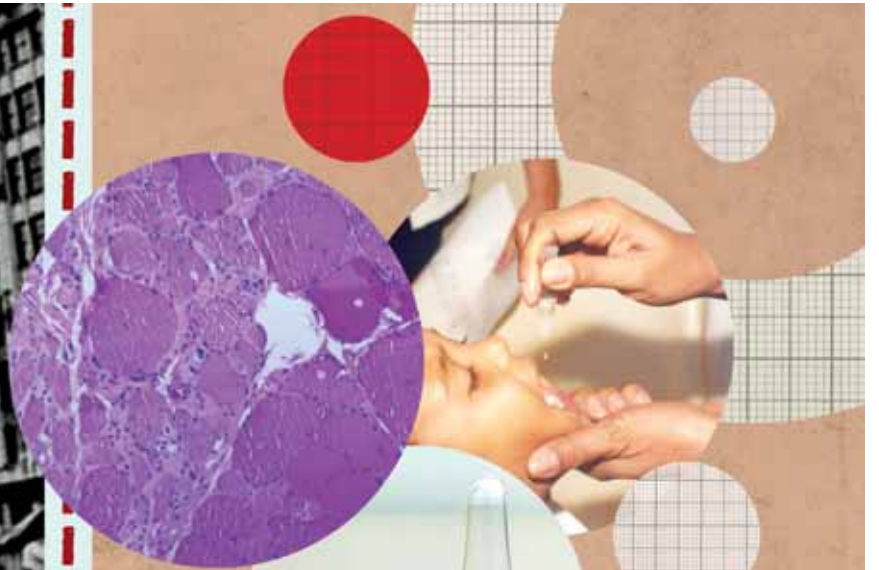


6

Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura

CARLOS FIDELIS PONTE

DILENE RAIMUNDO DO NASCIMENTO



POLÍTICA ECONÔMICA E ALTERAÇÕES NOS QUADROS EPIDEMIOLÓGICO E SANITÁRIO DO PAÍS

Carlos Fidelis Ponte

“Tempo negro. Temperatura sufocante. O ar está irrespirável. O país esta sendo varrido por fortes ventos. Max.: 38°, em Brasília. Min.: 5°, nas Laranjeiras.”

Jornal do Brasil, 14 de dezembro de 1968

Assumindo o controle do país em um contexto marcado pela Guerra Fria e por uma crise econômica que lhes conferia o apoio de segmentos expressivos da iniciativa privada e dos setores médios urbanos, os militares adotaram o planejamento como instrumento capaz de equacionar e dar encaminhamento à resolução dos problemas acarretados pelo subdesenvolvimento, que sacrificava a população e minava o orgulho nacional. Nesta perspectiva, a retórica ufanista, que caracterizou boa parte da propaganda do movimento militar, aliou-se a uma sucessão de planos que buscavam alavancar a economia e atacar os obstáculos estruturais que se interpunham ao desenvolvimento.

A adoção do planejamento, entretanto, não representou um consenso entre as correntes de opinião que integravam o bloco de apoio ao movimento de 1964, e a discussão das estratégias a serem implementadas suscitou divergências no meio governista. As propostas para fazer frente ao quadro socioeconômico vigente no final dos anos 1960 incluíam desde medidas de cunho bastante liberal até aquelas claramente intervencionistas. Esta polarização contribuiu para certa descontinuidade da ação governamental, gerando, inclusive, a superposição de medidas contraditórias em termos de políticas macroeconômicas e setoriais (Almeida, 2004). As divergências sobre os rumos a serem assumidos pela política econômica tornaram-se mais evidentes no período de transição entre os governos Costa e Silva (1967-1969) e Emílio Garrastazu Médici (1969-1974), quando despontaram as posições destoantes defendidas, respectivamente, por Albuquerque Lima, Antonio Delfim Neto e João Paulo dos Reis Velloso.

Na visão de grupos nacionalistas conservadores aglutinados em torno do general Albuquerque Lima, candidato derrotado à sucessão de Costa e Silva, era preciso fechar o flanco aos apelos socialistas fortalecidos pelo sucesso da revolução cubana, procurando garantir o aumento de postos de trabalho nas cidades e dar resposta aos conflitos que sacudiam as áreas rurais. Para tanto, esses grupos preconizavam, entre outras medidas, a instauração de uma reforma agrária que desconcentrasse a renda e promovesse a ampliação do mercado interno, como forma de sustentar a industrialização em bases semelhantes às do processo de substituição de importações até então adotado.

6

Tanques do Exército ocupam as ruas do Rio de Janeiro na noite de 31 de março de 1964 e na manhã de 1º de abril: era o início de um dos períodos mais conturbados da história do país

Disponível em <http://orebate-cassloribeiro.blogspot.com/2008/04/ecos-e-flashes-dos-anos-de-chumbo.html>

Assembleia estudantil de oposição ao regime militar realizada na PUC, no Rio de Janeiro, em outubro de 1968

Foto: Rubens
Acervo Arquivo Nacional

Policiais a cavalo combatem manifestação contra o regime militar no centro do Rio de Janeiro em 1968

Acervo Arquivo Público do Estado do Rio de Janeiro





Essa proposta, longe de unânime, implicava ferir os interesses das oligarquias agrárias que faziam parte dos alicerces de sustentação do movimento, dificultando sua aceitação por parte do conjunto de forças que formavam a coalizão que derrubara o presidente João Goulart. Para boa parte dos interlocutores do regime, o movimento não reunia condições suficientes para que se buscassem saídas consideradas traumáticas do ponto de vista da manutenção de sua coesão. Além disso, a intervenção estatal na economia era observada com ceticismo por segmentos expressivos da base de apoio dos governos militares. Na opinião de Delfim Neto, por exemplo, o planejamento estatal de longo prazo não passava de “uma espécie de futurologia”. Segundo ele, a ação do governo no campo econômico deveria ser meramente instrumental (Macarini, 2005).



Ministro da Fazenda de Costa e Silva, Delfim Neto foi reconduzido ao cargo na administração Médici, contrapondo-se às diretrizes traçadas pela pasta do Planejamento dirigida por Reis Velloso, adepto de intervenções mais duradouras e atentas ao conjunto mais amplo da economia. Utilizando-se de afirmações como “deem-me um ano e não se preocupem com décadas”, Delfim Neto defendeu a promoção de medidas de resultados mais imediatos, relegando para

segunda ordem as ações permanentes e estruturantes preconizadas pelo Ministério do Planejamento no I Plano Nacional de Desenvolvimento (1972-1974) (Macarini, 2005).

Beneficiário de uma conjuntura externa favorável, o país entrou nos anos de 1970 impulsionado pelos efeitos da ação estatal que procurou aprimorar a estrutura produtiva brasileira conferindo centralidade ao setor agroexportador, visto pelo então ministro da Fazenda Antônio Delfim Neto como o segmento capaz de repercutir de modo positivo nos demais ramos da economia nacional. Vencedor nas disputas travadas com o grupo representado por Reis Velloso, Delfim Neto, contando, entre outros recursos, com a poupança resultante do ajuste fiscal anteriormente efetivado, privilegiou a aceleração do crescimento econômico em detrimento de um maior equilíbrio entre os setores produtivos nacionais, conforme

O então presidente João Goulart, acompanhado de sua mulher Maria Thereza, discursa em comício na Central do Brasil no qual anunciou um conjunto de medidas de caráter nacionalista que ficou conhecido como reformas de base e que previa, entre outras iniciativas, a realização da reforma agrária e o aumento da participação do Estado na economia. Suas propostas foram duramente combatidas pela cúpula das forças armadas e por setores da elite empresarial do país, e estão na origem do movimento político-militar que resultou na queda de seu governo. Rio de Janeiro, 13 de março de 1964

Acervo Arquivo Nacional/

Delfim Netto (à esquerda) e João Paulo dos Reis Velloso em fotos recentes. Durante o regime militar, visões divergentes sobre o desenvolvimento econômico

Fotos: Valter Campanato e Elza Fiúza
Acervo Agência Brasil
Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Delfim_Netto.jpg e http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Joao_paulo_dos_reis_veloso.jpg



**BRASIL
AME-O OU DEIXE-O**

reclamava a área do Planejamento. Sua ideia era associar os recursos provenientes da exportação à grande capacidade ociosa observada na indústria desde a crise econômica dos anos 1960. Na avaliação do ministro, a agricultura apresentava uma capacidade de resposta à crise bem mais rápida e eficiente do que o parque industrial instalado. Para ele, a indústria nacional não havia alcançado ainda condições que a habilitassem a competir no mercado internacional, estando, portanto, dependente da dinamização do mercado interno, que, a seu ver, seria obtida a partir do fortalecimento do setor agrário e das exportações daí decorrentes.

Bafejado pela grande disponibilidade de recursos financeiros na economia mundial, o desenvolvimento nacional ganhou forte impulso, atingindo o seu auge na primeira metade da década de 1970, período do “milagre brasileiro”, em que as taxas de crescimento alcançaram patamares superiores a 10% ao ano, chegando a 14% em 1973 (Abreu, 1989). A aceleração da economia não significou, no entanto, maior distribuição de renda entre a grande parte da população do país, que contava com pouco mais de 90 milhões de habitantes. Na contramão do lema do ministro da Fazenda Antônio Delfim Neto, que afirmava ser preciso “esperar o bolo crescer para depois dividir”, o que se observou foi um intenso processo de concentração de riquezas expresso pela formação de grandes conglomerados nacionais, pela crescente presença de multinacionais na economia, bem como pela substituição da agricultura familiar e de subsistência por projetos agroindustriais voltados para a exportação.

Apesar do bom desempenho da economia, as promessas dos lemas ufanistas veiculados pela propaganda oficial, que anunciava a emergência de uma nova potência mundial, não se materializaram. Na realidade, a “democratização do capital” só se fez presente na bolsa de valores, permitindo que uma parcela dos setores médios participasse da euforia desenvolvimentista. Ao lado disso, a utilização dos recursos do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e o crescimento do setor de serviços alimentaram a especulação imobiliária, a indústria automobilística e a produção de bens de consumo duráveis que, impulsionadas pelo crédito facilitado, passaram a contar com um mercado maior no país. Paralelamente à formação desse mercado consumidor, o que se verificou foi um intenso êxodo rural, no qual migrantes expulsos de suas terras ou à procura de melhores condições de vida foram engrossar as periferias das grandes cidades ou “tentar a sorte” nos projetos de expansão da fronteira econômica interna, incentivados pelo governo na Amazônia e no Centro-Oeste.

Dessa forma, o desenvolvimento proporcionado pelo incentivo ao setor agroexportador ampliou as tensões no campo, ao mesmo tempo em que a abertura de mercado de trabalho nas grandes cidades funcionou como uma fonte de atração da mão de obra proveniente dos contingentes marginalizados

O presidente Emílio Garrastazu Médici em visita às obras da ponte Rio-Niterói, um dos símbolos do “milagre brasileiro”. Rio de Janeiro, 4 ago. 1973

Acervo Arquivo Nacional

“Brasil, ame-o ou deixe-o” foi o *slogan* mais popular veiculado pela propaganda oficial dos governos militares, trazendo implícito em sua mensagem um recado para os descontentes com o regime

Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Brasil_ame-o_ou_deixe-o.png



pelo processo de mecanização e extensão da atividade agrícola. A conjugação desses fatores gerou um aumento populacional nos centros urbanos, que experimentaram um crescimento sem precedentes. Estima-se que, entre 1960 e 1980, o êxodo rural brasileiro movimentou cerca de 27 milhões de pessoas, encontrando-se entre os maiores movimentos populacionais observados na história mundial. O país, que até os anos de 1960 tinha 55% da sua população nas áreas rurais, passou a apresentar, nas duas décadas seguintes, um perfil demográfico eminentemente urbano, que em 1980 respondia por aproximadamente 70% do total de habitantes (Camarano e Abramovay, 1999).

O crescimento das cidades aliado às precárias condições de vida a que foi submetida a população de baixa renda, alocada em áreas destituídas de estrutura sanitária e sofrendo os efeitos da desnutrição, alterou o quadro epidemiológico do país, revelando, em sua face mais visível, o recrudescimento das doenças transmissíveis e o aumento da mortalidade infantil.



Linha de montagem da Chevrolet. A indústria automobilística foi um dos setores da economia que mais se beneficiou com os anos de crescimento acelerado

Acervo Arquivo Nacional/
Fundo Correio da Manhã

Região central da cidade de São Paulo. Entre as décadas de 1960 e 1980, o Brasil foi palco de um intenso processo migratório dos campos para as cidades, tornando-se um país predominantemente urbano

Foto: Lukaaz
Disponível em
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Centro_Antigo_de_S%C3%A3o_Paulo,_Brasil_-_by_Lucas.jpg

Este quadro comprometia a imagem do regime e desafiava a estrutura de atenção à saúde do Estado. Por outro lado, os projetos de integração nacional e de expansão da fronteira econômica, como os desenvolvidos na Amazônia e no Centro-Oeste, também davam sinais de graves problemas na área da saúde. A malária, a febre amarela e outras doenças endêmicas nessas regiões atingiam milhares de trabalhadores e afetavam a execução dos planos governamentais (Ponte, 2003).

A situação se agravava ainda pela intensa exploração da força de trabalho, que, chamada a participar do esforço desenvolvimentista, era sacrificada pelo aumento da jornada e pelo arrocho salarial incorporados pelo modelo econômico como peças importantes da aceleração do crescimento. Somando-se a isso, em 1973, a partir do primeiro choque do petróleo (quando os países produtores quadruplicaram os preços do produto), a situação externa começou a mudar, sinalizando que os anos de fartura estavam se esgotando e que a crise em breve bateria às portas da classe média.

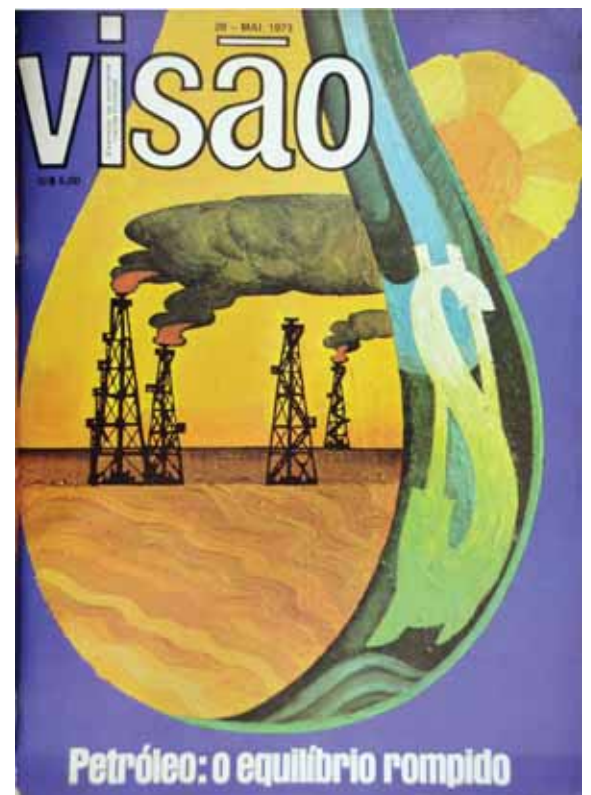
Dividida entre a saúde pública, propriamente dita, e a medicina previdenciária, a área da saúde encontrava-se extremamente fragilizada e com escassas possibilidades de responder às novas e graves demandas que o modelo de desenvolvimento econômico trazia para o setor.

O “inchaço” das cidades brasileiras nos anos 1970 foi acompanhado pelo aumento da desigualdade social e do número de pessoas vivendo em precárias condições de existência

Fotos: Cid Fayão
Acervo Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Capa da revista *Visão* alusiva ao primeiro choque do petróleo: os anos do “milagre” estavam chegando ao fim

Fonte: *Visão*, 28 maio 1973
Acervo Associação Brasileira de Imprensa



A SAÚDE COMO MERCADORIA: UM DIREITO DE POUCOS

Carlos Fidelis Ponte

“O atual sistema de saúde é incompetente, distorcido e perverso, no sentido de que ele é um devorador de recursos públicos e simultaneamente a isso não consegue resolver os problemas mais simples da saúde do nosso povo.”

Sérgio Arouca, agosto de 1987

Em 1974, com a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), as empresas de medicina passaram a contar com uma nova fonte de financiamento para construção, ampliação e compra de equipamentos. Administrado pela Caixa Econômica Federal e constituído principalmente com recursos da Loteria Esportiva, o FAS desembolsou até 1979 cerca de sete bilhões de cruzeiros (moeda de então) para a saúde, dos quais 70% (algo em torno de um bilhão e meio de reais) foram destinados a hospitais particulares situados no eixo Rio-São Paulo (Cordeiro, 1983). Tais empréstimos, em sua maior parte, foram realizados em condições vantajosas para os empresários, ou seja, com longos prazos de carência, juros subsidiados e correção monetária abaixo da inflação. Instala-se, assim, um verdadeiro processo de drenagem dos recursos públicos que passam a capitalizar as empresas de medicina privada, transformando a saúde em um negócio bastante lucrativo.

Nessa perspectiva, a prioridade conferida à medicina curativa, o financiamento público e o crescimento dos grupos privados no setor saúde são as engrenagens de um processo em que a capitalização e expansão da rede privada, por um lado, e a degradação dos serviços públicos e a sangria dos recursos do Estado, por outro, são faces da mesma moeda.

O decréscimo da participação direta do Estado no atendimento à população e sua consequente substituição pela rede privada torna-se mais visível quando verificamos que as internações nos hospitais próprios da Previdência Social caíram dos reduzidos 4,2% do total de internações em 1970 para 2,6% em 1976, enquanto os hospitais particulares passaram a responder por 98% deste serviço (Cordeiro, 1980). Ou, ainda, quando observamos que os 41 hospitais pertencentes ao Inamps em 1978 eram responsáveis por apenas 253 mil internações de um total estimado em aproximadamente 6.286.000. O que significa que, naquele período, 96% das internações ficavam sob a responsabilidade de empresas de saúde contratadas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. Cabe assinalar que desenvolvimento semelhante ocorreu com os serviços ambulatoriais, uma vez que do total de consultas médicas pagas pelo Inamps em 1978, 53% foram realizadas pela rede contratada e conveniada (Almeida e Pêgo, 1983).

6



Charge de Carlos Xavier (Caco) satirizando o crescimento da saúde privada no Brasil

Proposta: *Jornal da Reforma Sanitária*, n. 25, jan. 1991
Acervo Programa Radis/Fiocruz

Charge de Aristides Dutra sobre a expansão do setor privado na saúde

Radis, n.19, mar. 1994
Acervo Programa Radis/Fiocruz



A manutenção dessa prática estava em consonância com o pensamento do presidente da Federação Brasileira de Hospitais, que declarava, na *Tribuna da Imprensa* de 21 de julho de 1975, que

(...) a atuação do Governo deve se concentrar nas atividades de saúde de interesse coletivo, como saneamento básico, pesquisas, formação profissional, higiene e segurança do trabalho. A iniciativa privada concentra-se, principalmente, no atendimento individual (...). A área de atuação do Governo deve ser normativa e fiscalizadora, cabendo à iniciativa privada a efetiva atuação no atendimento da população (...) através de convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social (apud Luz, 1978, in Guimarães, 1978 e por Cordeiro, 1980, p. 164).

Assim, no que toca à medicina curativa, caberia ao Estado gerar, conforme defendia a Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo por ocasião da promulgação da lei que instituía, em 1975, o Sistema Nacional de Saúde, (...) os financiamentos que criarão os atrativos para a rede privada assumir o papel que lhe compete (...), ficando o setor público responsável por operar (...) os hospitais cujo atendimento é mais social do que assistencial como: lepra, pênfigo foliáceo, tuberculose (Fernandes, 1975, citado por Cordeiro, 1980).

Expressivo também é o crescimento do número de instituições hospitalares de caráter lucrativo. Segundo os dados disponíveis, de 1964 até 1974 esses estabelecimentos passaram de 944 para 2.121, aumento que ultrapassa o percentual de 200% em dez anos. Isto sem contabilizarmos nesse rol as instituições filantrópicas, que, como se sabe, cada vez mais assumem um caráter empresarial e lucrativo, ou servem de fachada para empreendimentos bastante distintos daqueles concernentes à caridade e ao assistencialismo (Almeida e Pêgo, 1983). O gráfico a seguir traça a linha de evolução do número de estabelecimentos classificados como lucrativos no período compreendido entre 1964 e 1974.

2.121										
1.996										
1.744										
1.708										
1.596										
1.476										
1.425										
1.423										
944										
	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1973	1974

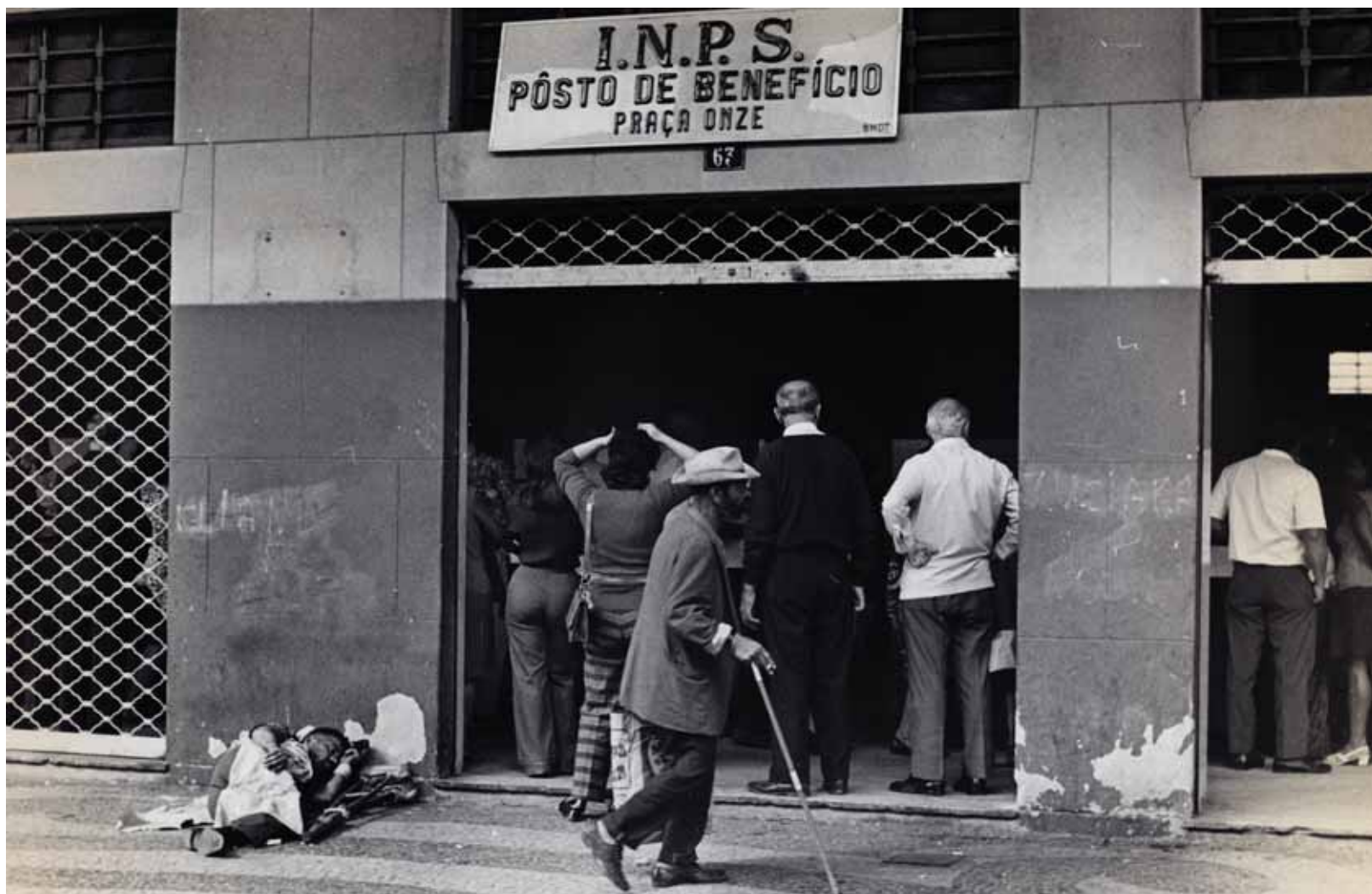
Fonte: Anuários Estatísticos FIBGE. Citado por Almeida e Pêgo (1983).

6

Apoiado em uma estrutura dependente do nível de empregos e salários e altamente vulnerável às fraudes e aos efeitos da má administração, o sistema previdenciário constituído a partir da Reforma da Previdência em 1967, da qual resultou a criação do Instituto Nacional de Previdência Social e mais tarde do Ministério da Previdência e Assistência Social, cedo começa a dar sinais de esgotamento de suas possibilidades como órgão de atenção à saúde. De fato, conforme observou André Cezar Médici,

(...) já na segunda metade da década de 70, ninguém mais acreditava na possibilidade de universalizar a atenção à saúde a partir da previdência social, pois mais de 50% dos trabalhadores brasileiros não contribuíam para o sistema (Médici, 1987, in: OPS, 1987).

Posto de atendimento do Instituto Nacional de Previdência Social no centro do Rio de Janeiro. Originado da fusão dos antigos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), o INPS não foi capaz de garantir o acesso à saúde para todos os brasileiros
Acervo Arquivo Nacional



Entretanto, até que a crise se estabelecesse o que vigorou foi o modelo preconizado pelos empresários da medicina e cuja ênfase estava no aspecto curativo em detrimento de ações de cunho preventivo. Esta opção prevaleceu durante toda a década de 1970 e em parte dos anos 80, período em que começaram a ser discutidas as diretrizes que atualmente orientam o Sistema Único de Saúde.

A tabela abaixo apresenta a evolução dos gastos federais com saúde segundo áreas ou programas específicos. Sua análise permite verificar a imensa desproporcionalidade dos gastos e a pouca atenção conferida aos programas preventivos, como os de controle de doenças transmissíveis. Vejamos:

Programas do Governo Federal	Gastos % anos de referência						
	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Alimentação e nutrição	2,83	3,00	3,28	3,97	4,76	5,95	5,84
Atendimento básico de saúde	0,87	1,46	2,14	1,87	3,06	2,89	2,36
Controle de doenças transmissíveis	2,91	2,81	2,12	1,76	2,21	2,93	2,72
Atenção médico-hospitalar	86,48	86,64	86,29	85,21	83,95	80,46	81,33
Produtos profiláticos e terapêuticos	0,41	0,28	1,89	2,78	2,56	2,81	2,23
Outros	6,52	5,81	4,28	3,42	3,46	4,94	5,49

Fonte: Consolidação Plurianual dos Programas de Governo (OPS, 1987, p. 575).

A saúde pública agoniza

Para além dos problemas resultantes da dicotomia básica entre as ações preventivas e curativas levados a efeito, respectivamente, pelo Ministério da Saúde e pela Previdência Social, a área da saúde pública, por ter seus programas distribuídos por vários ministérios, era também prejudicada pela grande pulverização de recursos e pela falta de coordenação que tal situação acarretava. Importa mencionar, por exemplo, que atividades como saneamento básico encontravam-se sob a responsabilidade exclusiva do Ministério do Interior, a quem cabia também a administração do orçamento previsto para aquela rubrica do gasto federal.

Carente de recursos, precariamente estruturado e subordinado a lógicas e prioridades de outros setores, o Ministério da Saúde detinha reduzida margem de manobra e pouca capacidade de planejamento para equacionar e enfrentar com eficácia os problemas colocados na sua esfera de competência. Vale notar que em 1973, no auge do

Charge de Amâncio denunciando a escassez de recursos destinados à saúde pública
Disponível em <http://blogdocelsojardim.blogspot.com>

6



“milagre econômico”, os recursos destinados ao ministério correspondiam a apenas 1% do orçamento da União, enquanto ao Ministério dos Transportes e às forças armadas, por exemplo, eram reservados 12% e 18%, respectivamente.

Participação do Ministério da Saúde nas despesas gerais da União (Brasil)

Anos de referência	Percentual destinado ao Ministério da Saúde (%)	Anos de referência	Percentual destinado ao Ministério da Saúde (%)
1970	1,11	1978	1,81
1971	1,41	1979	1,82
1972	1,19	1980	1,38
1973	1,03	1981	1,39
1974	0,94	1982	1,56
1975	1,13	1983	1,11
1976	1,58	1984	1,48
1977	1,80		

Fonte: Balanços Gerais da União (até 1982) e orçamentos da União (até 1984). Citado por Médici – Financiamento da saúde. *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 103, n. 6, diciembre de 1987.

Tal situação era agravada pela constatação de que o desenvolvimento econômico trazia consigo novas e graves demandas para o setor, para as quais não havia recursos orçamentários disponíveis. Assim, numa exposição de motivos dirigida ao presidente da República, em 1973, o ministro da Saúde, Mário Machado de Lemos, justifica seu projeto de obter recursos adicionais para a área junto à loteria esportiva, nos seguintes termos:

(...) a obtenção de recursos justifica-se em face da constante ampliação dos encargos do setor público em decorrência das profundas transformações resultantes do processo de desenvolvimento que acarretam ao Estado Moderno novas e complexas funções. Esta situação exige novos e mais vultosos investimentos, tanto no campo econômico, como no campo social, que não poderão ser atendidos por meio das fontes tradicionais de financiamento da despesa pública. A par disso, o Ministério da Saúde, além das suas funções normais, prepara-se para o exercício de outra de maior importância, antes referida, de Órgão Central do Sistema Nacional de Saúde, o que por si só justificaria o aumento dos recursos postos à sua disposição. É oportuno ressaltar que a nova fonte de receita objetivada pelo novo projeto constitui a única possibilidade de viabilizar o equacionamento e a solução dos graves problemas de saúde pública (Exposição de motivos n. 286. Brasília, 8 de novembro de 1973. Arquivo do Ministério da Saúde).

Os graves problemas de saúde pública a que se referia o ministro estavam relacionados à degradação das condições de vida da população colocada à margem dos benefícios da industrialização e do crescimento econômico. A natureza da modernização alcançada e o grau de marginalização do processo de

desenvolvimento a que foram submetidos grandes contingentes populacionais, mesmo nos grandes centros e nas áreas mais desenvolvidas do país, podem ser vislumbrados pelo sensível índice de mortalidade infantil.

Conforme observou Costa (1983):

Particularmente em tempos recentes, quando a degradação bastante acentuada no padrão de vida causou até a inversão na tendência a diminuições nos índices de mortalidade infantil na região mais industrializada e “desenvolvida” do país: o município de São Paulo. (...) o achatamento dos salários provocou não apenas uma queda na capacidade de consumo dos trabalhadores, como um aumento bastante grave na mortalidade infantil entre os anos de 1968 e 1973. Enquanto em 1973 morriam no município de São Paulo 94,0 por mil, na Suécia tínhamos 9,9; México: 51,9; Uruguai: 48,6; União Soviética: 26,4 e EUA: 17,6. Os índices das outras capitais brasileiras também foram altamente significativos: Porto Alegre – 54,8; Belo Horizonte – 124,8 e Recife – 229,9.

A crise de financiamento na saúde manifestava-se, por exemplo, nas precárias condições de atendimento dos hospitais da rede pública
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Tal quadro foi confirmado pelo substituto de Mário Lemos quando da posse do novo governo. Ministro da Saúde da administração Geisel entre 1974 e 1979, Paulo de Almeida Machado traça um panorama do quadro sanitário que herdaria:

(...) nas grandes cidades existe uma deterioração crescente da saúde. Assim, a mortalidade infantil em São Paulo é hoje mais elevada que em 1962. O Ministério da Saúde, dominando eficazmente as técnicas preventivas para áreas menos desenvolvidas, não se aparelhou para a era industrial. É inegável o despreparo dos órgãos de saúde para enfrentar a problemática dos grandes centros industrializados (Ministério da Saúde. Plano Básico para o Quinquênio, 1975).

Por outro lado, no âmbito da medicina previdenciária, verificava-se que o crescimento se deu numa fase em que se acumulavam agudos problemas na área de saúde pública. Tal situação, aliada à crise econômica que se seguiu ao “milagre”, acabou por criar uma demanda ilimitada por assistência médica, num quadro em que se observavam claros sinais de falência de uma estrutura dependente do nível de empregos e salários, e altamente vulnerável às fraudes e aos efeitos da má administração (Ponte, 2003).



IMUNIZAÇÃO: UM PROGRAMA NACIONAL

Carlos Fidelis Ponte

A segunda metade do século XX pode ser caracterizada como marcadamente importante para a história da saúde e da utilização de imunobiológicos no país e no mundo. Impulsionadas pelos progressivos sucessos da Campanha Mundial de Erradicação da Varíola (1959-1977) e pelos avanços no campo de desenvolvimento e produção de imunizantes, essas décadas assistem a uma proliferação do uso de vacinas jamais vista até então. São desse período, entre outras realizações de impacto, as vacinas Salk e Sabin contra a poliomielite; a intensificação das campanhas de vacinação; a constituição do Programa Ampliado de Imunizações (PAI), proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1974; o surgimento de programas nacionais de vacinação e a erradicação da poliomielite nas Américas, na década de 1990 (Ponte, 2003).

É também nesse período que a vacina se torna, paulatinamente, um negócio interessante para empresas multinacionais. De fato, o que se verifica é que a crescente demanda, associada aos investimentos na criação e ao aprimoramento dessa linha de produtos, tem aberto novas perspectivas de lucro e atraído a atenção de grandes conglomerados empresariais, que, desde a década de 1970, vêm ampliando sua participação no campo de desenvolvimento, produção e comercialização de vacinas.

No Brasil, apesar dos esforços empreendidos, em fins do século XIX e início do XX, por sanitistas como Oswaldo Cruz, Emilio Ribas e Vital Brazil na defesa da utilização da vacina como meio de promoção da saúde, seu emprego no país só se tornou alvo de uma política de abrangência nacional, a exemplo do que se verificava no cenário internacional, a partir da instituição, em 1966, da Campanha de Erradicação da Varíola.

Nesse sentido, os últimos trinta anos do século XX são particularmente importantes no que concerne à estruturação de um aparato público voltado para a implementação de políticas de imunização que dessem conta de todo o território. Para tanto, foram instituídos novos órgãos públicos e programas de ação. Datam das décadas de 1970-1990, por exemplo, a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), em 1970; o início das atividades da Central de Medicamentos (Ceme), em 1971, cujos propósitos iniciais incluíam o apoio tanto à produção de vacinas quanto de medicamentos, e a institucionalização do Programa Nacional de Imunizações, em 1973. Esse movimento contemplou também a revitalização da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a partir da segunda metade da década de 1970, com o surgimento do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos Bio-Manguinhos, em 1976, e do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), em 1981; e o lançamento do Programa de Auto-Suficiência Nacional de Imunobiológicos (Pasni), em 1985 (Ponte, 2003).



Edward Jenner (1749-1823), médico e naturalista britânico, desenvolveu a vacina contra a varíola, a primeira da história

Disponível em <http://portrait.kaar.at/Mediziner/image12.html>

Jenner vacinando o menino James Phipps, de oito anos, o primeiro ser humano a receber a vacina contra a varíola, em 14 de maio de 1796. Litografia de Gaston Mlingue (1840-1914), final do século XIX

Disponível em <http://www.gutenberg.org/files/28456/28456-h/28456-h.htm#page263>

Frota da Campanha de Erradicação da Varíola. Observe-se a presença de elementos característicos do modelo campanhista do período, tais como guardas sanitários uniformizados e cartazes fixados nas janelas dos veículos. Garanhuns (PE), 27 jul. 1971.

Acervo Casa de Oswaldo Cruz



Mesmo antes do início da década de 1970, os progressos obtidos na campanha contra a varíola e a crescente aceitação das vacinas como instrumentos positivos de promoção da saúde das populações já vinham animando técnicos e autoridades governamentais a buscar a expansão do uso de imunizantes. Assim, ao analisar o desenvolvimento da campanha de erradicação da varíola, João Batista Risi, um dos seus coordenadores, defendia, em 1968, a ampliação do uso de vacinas. Na sua concepção,

(...) os resultados que deverão ser colhidos bem que poderiam estimular tarefas semelhantes de imunização em massa, para eliminar outras enfermidades transmissíveis já excluídas em vários países (...).

A Campanha de Erradicação da Varíola prevê o encerramento de seus trabalhos em 1971. Nessa oportunidade teremos, então, apenas começado esta tarefa tão importante da *erradicação de doenças*, que cumpre a medicina realizar com o apoio dos poderes públicos, integrada na sua moderna significação social.

Bastante proveitoso seria para as crianças brasileiras, e certamente honroso para o nosso país, se, ao completar a fase de ataque da Campanha de Erradicação da Varíola, já estivesse em curso um trabalho de *imunização global*, arquitetado nas linhas de um vigoroso *Programa Nacional de Imunização* (Risi, 1968, grifos do autor).

Seguindo os passos de seu pai, João Batista Risi Junior também participou do combate à varíola, tendo coordenado a campanha de erradicação da doença nos estados do Rio de Janeiro e da Guanabara de 1968 a 1970

Acervo Organização Pan-Americana da Saúde Disponível em http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=469&Itemid=371

Inauguração da campanha antivariolosa em Natal (RN) em 1970. A campanha mobilizava grande número de pessoas nos eventos que promovia em cada cidade durante as datas de vacinação. Em geral, estendiam-se até a noite a fim de atender as pessoas que retornavam do trabalho

Acervo Casa de Oswaldo Cruz



Representando a face mais positiva e alvissareira das ações desenvolvidas por uma estrutura ministerial considerada ineficiente e pouco valorizada de atenção à saúde pública, a vacinação em massa começava, cada vez mais, a ser vista como medida factível de melhoramento das condições de saúde da população (Ponte, 2003). De fato, a atmosfera de crescente valorização das campanhas de vacinação, aliada ao estímulo internacional ao emprego cada vez mais amplo dos imunizantes, criou condições favoráveis à implementação de ações de maior vulto. Assim, foi proposta a criação, em 1973, do Programa Nacional de Imunizações (PNI), como forma de ampliar e articular nacionalmente iniciativas que já estavam em curso nos estados.



A utilização de figuras ilustres e de forte apelo popular foi uma das estratégias de mobilização adotadas durante as campanhas. Na foto, Frei Damião recebe a vacina contra a varíola. Paraíba, 1969

Acervo Casa de Oswaldo Cruz



Equipe de vacinação em campanha de erradicação da varíola nas estradas. Para obter maior alcance, as equipes não se restringiam à atuação nos postos; percorriam também as casas, vias de transporte e outros pontos importantes. Maranhão, 1969

Acervo Casa de Oswaldo Cruz



Crianças sendo imunizadas contra a varíola no Rio de Janeiro (RJ) em novembro de 1974. Nessa época, foi amplamente utilizado o dispositivo da pistola para vacinação, operacionalmente mais fácil e indicado para os momentos de surtos epidêmicos. Na pistola era acoplado o frasco de vacina e regulada previamente a quantidade de cada dose a ser ministrada. Seu uso foi depois considerado pouco seguro por apresentar risco de contaminação e pelas dificuldades de precisão na regulagem da dose

Foto: L. Carlos
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

O programa tinha como objetivos “promover o controle do sarampo, da tuberculose, da difteria, do tétano, da coqueluche e da poliomielite e manter erradicada a varíola no país”, inclusive estendendo as vacinações às áreas rurais (Ministério da Saúde, 1973). Sua meta era “vacinar 85% da população de zero a quatro anos, visando a provocar a imunidade e a aumentar a resistência” às doenças (Ministério da Saúde, 1973).

Entretanto, seus idealizadores cedo começaram a perceber com clareza a distância que separava o projeto original de sua efetiva execução. Apesar do otimismo inicial, o programa enfrentou, de saída, dificuldades, na medida em que, entre 1974 e 1979, injunções políticas mantiveram em posições-chave na estrutura do Ministério da Saúde os partidários da imunização como atividade rotineira nos postos de saúde e do fortalecimento da rede básica, ou seja, aqueles que eram contrários à realização de campanhas.

Os membros da comissão encarregada da elaboração do programa defendiam ainda a necessidade de preservá-lo ao máximo das oscilações políticas observadas com frequência nos estados, garantindo à coordenação nacional instrumentos para a manutenção da autonomia e da unidade de ação.

Especial atenção foi dada também à produção e ao controle de qualidade de imunizantes utilizados pelo programa. Assim, no que tange à produção, a comissão recomendava o estímulo ao desenvolvimento de vacinas nacionais, a modernização e o aprimoramento dos laboratórios produtores e a implementação do controle de qualidade.

A situação do programa começou a mudar com a instituição, em 1980, dos dias nacionais de vacinação promovidos pela campanha contra a poliomielite, cujo número de casos aumentava vertiginosamente



Paulo de Almeida Machado, ministro da Saúde entre 1974 e 1979. Durante sua gestão, as campanhas foram abandonadas e o programa de vacinação se diluiu na rotina dos postos. Nesse período, a única campanha nacional realizada foi a campanha contra a meningite, em 1975

Acervo Ministério da Saúde

Cartaz publicitário alusivo aos vinte anos do PNI (1973-1993). Um ano após a instituição do programa brasileiro, a OMS anunciou a criação do Programa Ampliado de Imunizações (PAI) com a finalidade de expandir o uso, aprimorar a tecnologia e incentivar a produção de vacinas no mundo inteiro

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Vacinação contra a meningite na cidade do Rio de Janeiro em janeiro de 1975

Foto: L. Carlos
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

naquela ocasião, demonstrando que a rotina não tinha sido suficiente para barrar o avanço da doença. O estrondoso sucesso alcançado pelos dias nacionais de vacinação causou assombro e calou as críticas que seus idealizadores receberam quando propuseram esta estratégia. De fato, nunca se tinha visto algo parecido em um país com as grandes dimensões e a infraestrutura tão precária como a do Brasil. Em plena ditadura, e com todos os problemas que afligiam a nação, os dias nacionais de vacinação transformaram-se, na concepção de um segmento expressivo da saúde pública e de setores do governo de então, numa espécie de ponte momentânea entre o Estado e a sociedade. Para muitos, a dinamização do emprego de imunizantes proporcionada pela Campanha Nacional contra a Poliomielite contribuiu tanto para ampliar o prestígio das vacinas como instrumento de proteção e promoção da saúde, quanto para melhorar a estrutura da rede de saúde e do controle de qualidade no país (Lima, 2002).

Segundo essa visão, os programas de vacinação concorreram “positivamente para o fortalecimento geral dos sistemas de saúde nas Américas”, ajudando a iniciar, entre políticos, trabalhadores da saúde e pessoas da comunidade, a cultura da prevenção, além de terem melhorado o relacionamento entre a comunidade e os provedores de serviços de saúde. Para olhares menos otimistas, uma excessiva focalização das ações nas campanhas teria resultado em cortes nos recursos empregados nas atividades de rotina (OPAS, 1995).

Produção nacional, autossuficiência e qualidade

A institucionalização do Programa Nacional de Imunizações, a progressiva dinamização de suas atividades e o sucesso alcançado pela adoção de estratégias de imunização em massa aumentaram em muito a utilização de imunobiológicos e trouxeram consigo a necessidade de garantir a qualidade dos produtos empregados. Essa necessidade se tornou crítica em maio de 1981, quando foi constatada a contaminação da vacina importada da Iugoslávia que seria utilizada na campanha contra a poliomielite, levando ao adiamento dos dias nacionais de vacinação, previstos para julho e agosto daquele ano.

O episódio da contaminação das vacinas contra a poliomielite mobilizou setores da esfera pública no sentido de constituir mecanismos mais efetivos de controle de qualidade dos imunobiológicos utilizados pelos programas do governo, e o Ministério da Saúde começou a discutir a implantação de um sistema nacional de controle de qualidade de vacinas, definindo os laboratórios mais aptos para realizar esse tipo de análise. Imediatamente, ficou estabelecido que qualquer vacina importada pelo Brasil deveria passar por exames rigorosos no Centro Nacional de Referência para Enterovirose, da Fundação Oswaldo Cruz.

O Brasil começava a perceber o grau de defasagem institucional e tecnológica que o separava dos países do primeiro mundo no que se relacionava ao controle de qualidade e à produção de vacinas e medicamentos. Na realidade, até aquela data, o controle e registro de drogas, alimentos, vacinas e outros produtos de grande impacto sobre a saúde da população eram debilmente realizados. Incorporado à Fiocruz em 1978, um antigo laboratório encontrava-se completamente abandonado e desprovido de recursos humanos e materiais.

A descoberta de contaminação nos lotes de vacinas a serem empregadas em uma campanha do governo, que, apesar da recessão, vinha apresentando resultados muito positivos, de certo influenciou para que os recursos anteriormente contratados fossem logo repassados à Fiocruz para a conclusão das obras,





a aquisição de equipamentos e materiais, assim como para a contratação e treinamento de pessoal necessário ao início das atividades de um novo instituto: o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) (Santos, 1999).

Na época, entretanto, não se tinha nem mesmo conhecimento sobre a capacidade e as condições de produção dos laboratórios e fábricas existentes no país. Assim, o Ministério da Saúde convocou um grupo de trabalho cujas atividades incluíram a realização de visitas de avaliação em todos os laboratórios produtores, com a

finalidade de levantar e conhecer a capacidade instalada, as linhas de produtos e as condições de produção disponíveis (Bermudez, 1992).

A fragilidade e a dependência do Brasil no campo da produção de imunobiológicos foram, todavia, mais uma vez demonstradas num episódio envolvendo uma empresa multinacional.

Material publicitário do Programa Nacional de Imunizações. Ministério da Saúde

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

O Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), no *campus* da Fiocruz, em Manguinhos. Rio de Janeiro, s.d.

Acervo Coordenadoria de Comunicação Social/Fiocruz



Tão logo foi posto em pleno funcionamento, em 1983, o INCQS da Fundação Oswaldo Cruz identificou problemas com a vacina DPT, produzida pela empresa Syntex do Brasil. O Ministério da Saúde ordenou a suspensão da comercialização e distribuição das vacinas analisadas até que as irregularidades apontadas pelos laudos técnicos fossem sanadas. A multinacional, no entanto, optou por desativar sua área de produção de imunobiológicos no país, acarretando graves perturbações ao suprimento de soros antiofídicos, que até os primeiros anos da década de 1980 eram produzidos no Brasil principalmente por aquela empresa (Ponte, 2003).

O Ministério da Saúde buscou a importação de soros antiofídicos e de outros produtos produzidos pela Sintex. Entretanto, a iniciativa esbarrou na demora das autoridades em detectar e reagir ao problema, e na dificuldade de se encontrar as quantidades e as qualidades de soro que atendessem às necessidades brasileiras, pois, como se sabe, esses antígenos são, em geral, preparados a partir de venenos de espécies cuja ocorrência geográfica é restrita, o que acaba por determinar a especificidade do soro e inviabilizar sua substituição por produto similar elaborado com veneno de outras espécies.

A situação tornou-se gravíssima no início de 1985, quando o produto efetivamente desapareceu dos serviços de saúde do país e a imprensa começou a relatar, para espanto da população, a amputação de pernas e braços de trabalhadores rurais e a ocorrência de óbitos decorrentes da inexistência de soros nos hospitais e postos de saúde procurados pelas vítimas de acidentes com animais peçonhentos.

Profissional em atividade
no laboratório de
toxicologia do INCQS

Foto: Peter Illiciev
Acervo Coordenadoria de
Comunicação Social/Fiocruz

Técnicos em laboratório
do INCQS

Acervo Coordenadoria de
Comunicação Social/Fiocruz



Além da crise específica dos soros antiofídicos, o ano de 1985 registrava, já no primeiro semestre, problemas no abastecimento de outros imunobiológicos, como o toxoide tetânico, a vacina antirrábica e a vacina BCG (Ministério da Saúde, 1987). Essa situação era agravada ainda, segundo algumas análises, pelo fato de que o maior rigor no controle de qualidade não estimulava a entrada de produtores privados, uma vez que o setor se caracterizava por ser de alto risco e baixo retorno econômico, sobretudo se comparado ao setor farmacêutico, especialmente lucrativo (Gadelha e Temporão, 1999).

Pressionada pela opinião pública, a Presidência da República solicita ao Ministério da Saúde informações sobre a extensão da crise e sugestões para solucioná-la de forma mais duradoura que a importação em caráter emergencial. A resposta elaborada pelo ministério mostrou a necessidade de criação de um



programa de investimentos federais que possibilitasse dotar o país de um parque industrial capaz de torná-lo independente de qualquer importação de soros e vacinas até 1990. Nascia então o Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos (Pasni).

Em linhas gerais, o Pasni pode ser caracterizado como um plano de investimento na modernização física, estrutural e tecnológica dos laboratórios nacionais envolvidos com a produção de soros e vacinas utilizados em programas e serviços públicos de imunização e atenção à saúde. Foram destinados recursos para os seguintes laboratórios: Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos/Fiocruz/RJ); Butantã (SP); Instituto Vital Brazil (RJ); Instituto de Tecnologia do Paraná (Tecpar/PR); Fundação Ezequiel Dias (Funed/MG); Fundação Ataúlfo de Paiva (RJ) e Instituto de Pesquisas Biológicas (IPB/RS) (Gadelha, 1996).

As justificativas para a execução de um programa tão ambicioso giravam em torno de quatro pontos. O primeiro deles considerava a questão do ponto de vista da segurança nacional, na medida em que argumentava estar em jogo a saúde de grandes contingentes populacionais que estrategicamente não poderiam depender de importações. O segundo se referia à economia que a nacionalização da produção de imunobiológicos proporcionaria ao país, tendo em vista, inclusive, a possibilidade de o Brasil disputar, em futuro não muito distante, um lugar de destaque no mercado internacional de vacinas. O terceiro salientava que a diversidade de fatores que interferiam no processo de fabricação tornava a indústria de imunobiológicos um investimento de alto risco, pouco atrativo para o capital privado, exigindo, dessa forma, forte participação governamental no setor. O último ponto estava relacionado ao fato de que o domínio da produção de vacinas representava assunto de interesse científico e tecnológico do país, merecendo, portanto, maior atenção por parte do governo federal (Ponte, 2003).

Posto em prática a partir de 1985, o Pasni contribuiu de modo efetivo para a melhoria da qualidade da produção nacional, investindo pesadamente na aquisição de equipamentos e na construção de instalações físicas. Pode-se afirmar, inclusive, que, sem os recursos dele provenientes, boa parte do parque produtor nacional não sobreviveria. Entretanto, apesar dos



sucessos obtidos, o programa não atingiu a maioria das metas e finalidades a que se propunha. Seu principal objetivo, a autossuficiência em imunobiológicos, permanece ainda hoje como algo muito distante (Gadelha, 1996) e as razões para a não-concretização de grande parte do programa podem ser buscadas numa série de fatores.

Percebe-se a ausência de referências realistas ao aparato de conhecimento e pesquisa necessário à implementação e manutenção do programa, e ao equacionamento dos problemas acarretados pelo forte hiato existente entre a pesquisa básica e o desenvolvimento tecnológico no país. Não encontramos também propostas alternativas que visem contornar os entraves colocados por uma administração pública

sabidamente burocrática e engessada num emaranhado de leis e procedimentos que mais prejudicam do que defendem o patrimônio e o bem-estar da sociedade. Não se percebia, então, uma preocupação com a montagem de uma estrutura destinada à realização da série de testes que cercam o desenvolvimento e a habilitação de uma vacina. Observa-se que, na realidade, apesar de suas nobres intenções, as metas do Pasni foram hiperdimensionadas, se considerarmos as precárias condições em que se encontrava o país em relação à produção de vacinas e o curto espaço de tempo estabelecido para o seu cumprimento.

Pavilhão Rocha Lima, que abriga o Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos da Fundação Oswaldo Cruz/Bio-Manguinhos. Rio de Janeiro (RJ), 1983

Foto: Vinicius Pequeno
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Fachada do Instituto Butantan, em São Paulo (SP)

Foto: Rhcastilhos
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Instituto_Butantan01.jpg
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Instituto_Butantan01.jpg

Sede do Instituto Vital Brazil, em Niterói (RJ)

Acervo Instituto Vital Brazil
Disponível em <http://www.ivb.rj.gov.br>

Vista aérea do Complexo Industrial de Bio-Manguinhos, inaugurado em 1998 com recursos do Pasni

Acervo Coordenadoria de Comunicação Social/Fiocruz



Na verdade, observada com os olhos do presente, a meta da autossuficiência é, em razão das rápidas e constantes transformações por que passa a área de vacinas, além de irracional, literalmente inatingível. O desenvolvimento e a produção de vacinas são atividades complexas que exigem um aporte considerável de recursos, bem como um longo período de maturação, constituindo-se num investimento sujeito a inúmeras influências e, portanto, de alto risco. Estima-se, por exemplo, que a criação e habilitação de uma nova vacina pode custar hoje, dependendo do caso, algo entre cem e duzentos milhões de dólares e consumir aproximadamente 15 anos entre a bancada e o seu ingresso na rotina dos programas de imunização. Ademais, cabe lembrar que as instituições envolvidas nesse campo encontram-se inseridas numa zona de fronteira do conhecimento cada vez mais dinâmica e competitiva. Isto implica, além da revisão das bases tradicionais de organização, uma constante atualização do saber e das estruturas de apoio e desenvolvimento que o cercam.

Trabalhador em
laboratório de produção
de vacinas em
Bio-Manguinhos

Acervo Coordenadoria de
Comunicação Social/Fiocruz

Vacina contra a febre
amarela produzida em
Bio-Manguinhos

Acervo Coordenadoria de
Comunicação Social/Fiocruz



Assim, por não contemplar entre os seus principais objetivos uma efetiva capacitação no que diz respeito à inovação científica e tecnológica para o setor, o Pasni se viu fragilizado diante das rápidas mudanças no cenário mundial relativas ao avanço tecnológico e organizacional, ficando impossibilitado de acompanhar o ritmo frenético e ininterrupto que caracteriza esse campo desde a década de 1980 (Gadelha, 1996).

Outro fator importante a ser considerado na análise do desempenho do programa refere-se ao período em que o Pasni foi lançado, pois, na década de 1980 e início da seguinte, o Brasil vivia sob os efeitos de uma crise econômica de proporções devastadoras. Esse quadro era agravado também pela demora e irregularidade dos repasses de verbas, que dificultavam ainda mais o planejamento e o cumprimento de compromissos e metas anteriormente estabelecidos, gerando descrédito e aumento desnecessário de despesas.

Soma-se a isso um aspecto sistematicamente assinalado pelos personagens que se viram envolvidos, direta ou indiretamente, com o programa. Para Akira Homma (1996), por exemplo, uma das razões do baixo desempenho dos laboratórios públicos, no que toca ao cumprimento das metas estabelecidas pelo Pasni, era justamente a falta de mecanismos e instrumentos adequados para a gerência das atividades de desenvolvimento tecnológico e produção.

(...) eles não alcançarão rendimentos equiparáveis aos do setor privado enquanto permanecerem tolhidos pelos baixos salários, pelos superburocráticos processos licitatórios para a compra de material e equipamentos, pela demora na liberação dos recursos orçamentários, pela falta de mecanismos adequados de avaliação de desempenho funcional, pela carência de um sistema de educação contínua na área tecnológica, pela impossibilidade de demitir os funcionários que não rendem e de contratar profissionais com salários de mercado etc. Assim, os laboratórios públicos continuarão a ter dificuldade para cumprir o cronograma de produção, não terão condições de incorporar novas tecnologias e operarão com altos custos de produção. Portanto, é urgentíssimo buscar formas adequadas de gestão que viabilizem administrativa e tecnologicamente os laboratórios públicos produtores de vacinas, que os tornem autossustentáveis econômica e tecnologicamente, sem o que todo o investimento feito pelo governo pode soçobrar. (Homma, 1996, p. 111-132)

Trata-se de um ponto de vista, sem dúvida, polêmico. Mas, para essas análises, estaria em jogo, na realidade, não só a possibilidade de perda do mercado nacional para grupos mais bem aparelhados, e muitas vezes subsidiados pelos governos de seus respectivos países, mas, sobretudo, a própria possibilidade de avanço científico e tecnológico do país.



A EXPERIÊNCIA DO DIA NACIONAL DE VACINAÇÃO

Dilene Raimundo do Nascimento

“O Dia de Vacinação foi um movimento de massa no país, porque nós vacinamos vinte milhões de crianças. (...) As demandas, as filas enormes, a população acorreu em massa, foi uma festa da sociedade brasileira.”

Mozart Abreu Lima,
ex-secretário-geral do Ministério da Saúde, em depoimento de 2002

Para se chegar a essa “festa da sociedade brasileira” houve um trabalho, como disse, na época, o próprio ministro da Saúde, “monumental”, tanto para montar a infraestrutura de armazenagem, controle de qualidade e distribuição das vacinas e demais insumos necessários, como para negociar com os outros ministérios – principalmente o de Planejamento, a liberação de recursos financeiros, e o de Relações Exteriores, a importação das vacinas – e com os governos dos estados.

Ao assumir o Ministério da Saúde, em 1979, Waldir Arcoverde, um sanitarista nascido no Piauí e com a experiência adquirida no Rio Grande do Sul, pôs fim a uma gestão em que predominavam os adversários das campanhas de vacinação em massa. Arcoverde convidou Mozart Abreu Lima para ocupar o cargo de secretário-geral do ministério. Um homem do planejamento, respeitado tanto pelos grupos conservadores quanto pelos que defendiam uma reforma do sistema de saúde brasileiro, Abreu Lima teve um papel fundamental na arquitetura do ministério.

Segundo ele, a ideia foi compor uma equipe que funcionasse como pilar de sustentação da pasta ministerial, ligando o norte ao sul do país, tanto do ponto de vista da penetração e liderança política nos estados quanto da qualificação técnica, para enfrentar com competência os problemas na área da saúde pública (Lima, 2002). Para tanto, recorreu a profissionais oriundos da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene), que traziam as técnicas e práticas reconhecidas em termos de planejamento e administração; a especialistas em vigilância epidemiológica do Rio Grande do Sul e a técnicos da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), que possuíam grande conhecimento da realidade brasileira e de estratégias de controle de doenças, incluídas as passíveis de serem prevenidas por imunização. Além disso, estabeleceu uma estreita aliança com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), para apoio em áreas como virologia, epidemiologia e logística.

Essa nova equipe do Ministério da Saúde teve de enfrentar uma importante epidemia de poliomielite no Paraná e em Santa Catarina, em fins de 1979. Ao contrário do que ocorre normalmente nos primeiros

O ministro da Saúde
Waldir Arcoverde durante
campanha nacional de
vacinação contra a
poliomielite. 17 jun. 1984

Foto: Jamil Bittar
Acervo Agência O Globo

momentos de uma epidemia, em que as autoridades tentam negá-la ou minimizá-la, o secretário de Saúde do Paraná foi à televisão denunciar o fato, atribuindo-o ao descaso do governo federal. A denúncia teve grande repercussão nacional (Risi, 2000).

A essa altura, as características epidemiológicas da poliomielite – como idade, estado vacinal prévio, tipo de poliovírus isolado, municípios de ocorrência e informações relacionadas com a presença de sequelas – já estavam estudadas. Observava-se que a poliomielite incidia mais nas crianças do grupo etário de zero a quatro anos, com predominância no de seis meses a dois anos, não vacinadas, que

viviam em zonas urbanas, e era causada principalmente pelo poliovírus do tipo 1 (Risi, 1980).

Esses elementos criaram um ambiente favorável a que se decidisse pelo enfrentamento da poliomielite no Brasil por meio da estratégia de vacinação maciça, em crianças de zero a cinco anos, nos primeiros dias do mês de janeiro de 1980, em período muito curto de tempo, em todo o território nacional (Becker, 2002).

O processo político da proposta de controle da poliomielite

A decisão pela vacinação em massa esteve muito longe de ser tranquila. Sanitaristas, que defendiam a atenção primária à saúde como a política adequada para melhoria integral da qualidade de vida das

populações, consideravam a estratégia de campanha prejudicial à conscientização e educação da população para as ações de saúde de rotina. Segundo Risi (2000), havia opositores entre os sanitaristas da Escola de Saúde Pública da USP, que por motivos técnicos privilegiavam as práticas rotineiras dos serviços básicos de saúde. Havia outros que participavam do movimento da reforma sanitária, como os sanitaristas da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e, ainda, os seguidores dos preceitos defendidos na Declaração de Alma-Ata, que preconizava a atenção primária de saúde como estratégia para o alcance da meta de Saúde para Todos no Ano 2000. Ele ressalta que a Organização Mundial da Saúde (OMS) também não apoiou a ideia de “dia nacional”.

Apesar das oposições, iniciou-se um processo intenso de negociação política entre o Ministério da Saúde e os estados, representados por governadores e secretários de saúde. O ministro viajou para todas as unidades da federação para pedir que os governadores priorizassem a campanha. Era imprescindível que os estados apoiassem essa estratégia de dias nacionais de vacinação porque a execução estaria sob a responsabilidade deles,



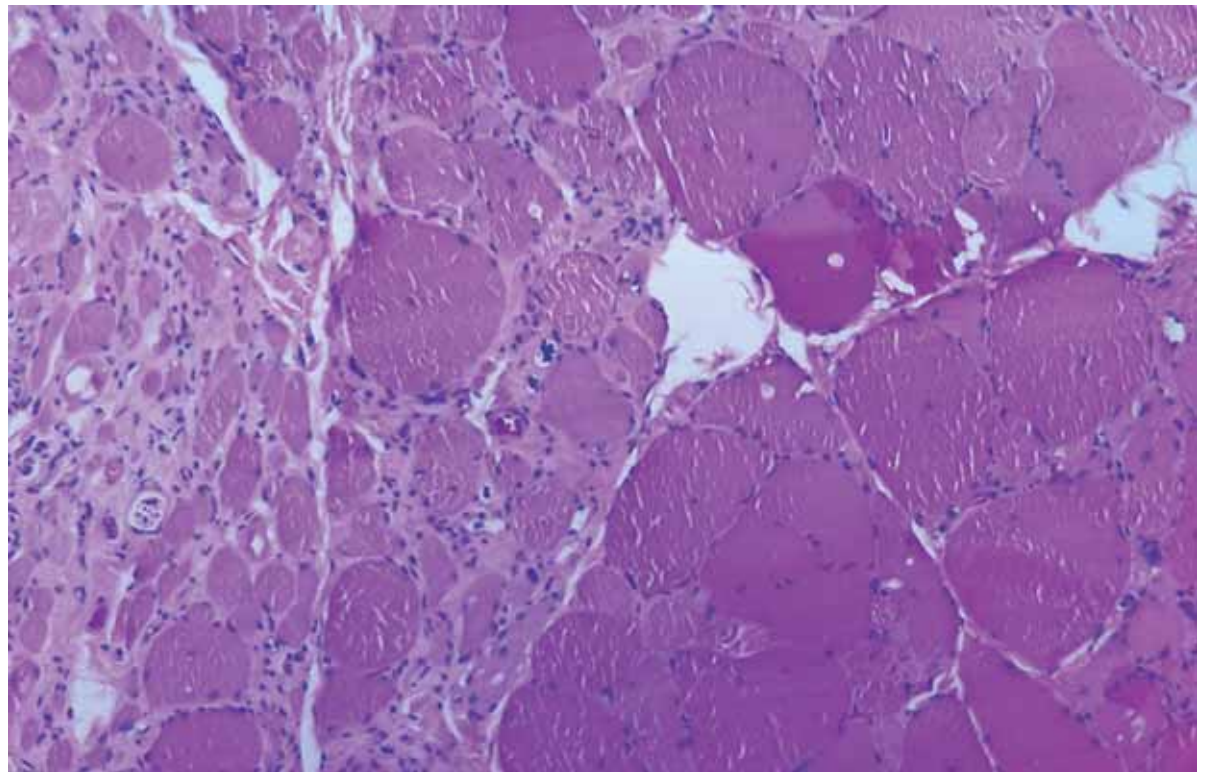
cabendo ao Ministério da Saúde fornecer os recursos materiais necessários, inclusive o suprimento de vacinas, além do necessário apoio logístico (Lima, 2002). Cristina Rocha, educadora do Ministério da Saúde, à época, que acompanhou de perto este processo, nos relata um vigoroso trabalho de convencimento e articulação de relações institucionais e técnicas.

quando decidiram: vai-se fazer a vacinação, a gente entrou de cheio, tanto para trabalhar a questão da comunicação, como para trabalhar a estruturação das campanhas nos estados. (...) Tinha um epidemiologista e um educador, e íamos, em dupla, para os estados para montar todo aquele esquema (...). De uma maneira geral, era assim: a gente chegava, tinha a equipe da secretaria já articulada. Quer dizer, geralmente o nosso contato era com a vigilância epidemiológica, ela já tinha articulado alguém da educação e saúde, alguém da comunicação social, alguém da área de logística, já tinha convocado o pessoal da Superintendência de Campanhas (Sucam) daquele estado, já tinha convocado o pessoal da Fundação SESP. Aí vinha a secretaria de Educação, a secretaria de Governo e fazia-se um grande fórum para colocar a ideia da estratégia e dali se formavam grupos. Então eu tinha o grupo da logística; eu tinha o grupo da educação; eu tinha o grupo da comunicação; e esses grupos iam fazer reuniões e estabelecer um plano de ação para o estado como um todo. Aí eu tinha um grupo que ia descer aos municípios para fazer essa mesma coisa lá (Rocha, 2002).

Porém, mesmo com o processo de abertura política, ainda se vivia sob uma ditadura militar. Nesse sentido, algumas avaliações são explícitas em sinalizar que, a despeito da negociação política com os

Fotomicrografia de tecido de músculo esquelético revelando alterações provocadas pela poliomielite

Acervo Centers for Disease Control and Prevention/ United States Department of Health and Human Services
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:PHIL_2767_Poliovirus_Myotonic_dystrophic_changes.jpg



Os dias nacionais de vacinação adotaram como estratégia a produção de material informativo, como cartazes, folhetos e manuais, veiculados em diversos meios e divulgadores de sua linha de ação. Seu objetivo era despertar a consciência da população para a necessidade da vacina. Uma das iniciativas adotadas foi a criação de uma logomarca para a campanha. Seu criador foi o artista plástico mineiro Darlan Rosa, então funcionário de um setor de publicidade de medicamentos do Ministério da Saúde. A logomarca foi batizada com o nome de Zé Gotinha, a partir de um concurso que contou com a participação de escolas públicas de todo o Brasil, e tinha por objetivo popularizar o símbolo da campanha

Acervo Fundação Nacional de Saúde

estados para adesão ao projeto, em último caso se faria valer o sistema ditatorial vigente no país e a decisão presidencial em favor da vacinação em massa. Da mesma forma, a decisão da cúpula do regime permitiu também que os recursos financeiros fossem disponibilizados e canalizados para a operação, e que se facilitassem todos os procedimentos administrativos necessários. Entre estes se incluía a realização de gestões pelo Ministério das Relações Exteriores para que fosse possível, via Organização Mundial da Saúde, o acesso do controle de qualidade brasileiro junto aos produtores internacionais de vacinas, no momento da produção, “para que tivéssemos a certeza da qualidade dessa vacina já que teríamos pouquíssimo tempo para testá-la” (Lima, 2002).

O Dia Nacional de Vacinação e seus resultados

Assim, nos dias 14 de junho e 16 de agosto de 1980, realizaram-se, respectivamente, a primeira e a segunda etapas da vacinação contra a poliomielite no país, para todas as crianças de zero a cinco anos de idade, independentemente de vacinação prévia, em um só dia, em todo o território nacional. Foram vinte milhões de crianças vacinadas.

O esforço para garantir a distribuição das vacinas a cada município e na quantidade apropriada foi gigantesco, agravado pela falta de dados atualizados sobre a distribuição da população no território.

Para contornar essa situação, que apontava para o risco de falta de vacinas em determinados lugares e sobra em outros, foi estabelecido um estoque nacional em Brasília, na Central de Medicamentos, articulado com uma base no aeroporto daquela cidade e em vários outros aeroportos do país. Cada secretaria estadual de saúde dispunha de um estoque, inclusive uma reserva de emergência, e cada região tinha um estoque adicional para remanejamento (Lima, 2002). A respeito disso, Mozart Lima (2002) relata-nos que, virtualmente, todos os meios de locomoção imagináveis foram mobilizados, desde grandes ou pequenos aviões até caminhões, lanchas e mulas. Foi preciso também mobilizar, com absoluta prioridade, os sistemas nacionais de telefonia, à época bastante precários; a Associação Brasileira de Radioamadores; além de uma rede de instituições como o Lions Club e o Rotary.

Para Mozart Lima, foi “um dia realmente muito bonito na história da Saúde Pública. Viam-se multidões nas ruas, multidões, as famílias foram realmente [aos postos de vacinação]”.



E tudo se revestiu de muita dramaticidade, em meio a “uma tensão enorme, [em] que a gente jogou, não o nosso sucesso como administradores na saúde, mas era o sucesso de uma estratégia de erradicação de uma doença” (Lima, 2002).

Algumas das lideranças responsáveis pela campanha chegaram a experimentar sentimentos de dúvida quanto à adequação e êxito da estratégia adotada, sobretudo diante das críticas que indicavam a necessidade de fortalecimentos da atenção primária de rotina. Ao fim e ao cabo, todavia, a avaliação dessas mesmas lideranças era de que o saldo final fora bastante favorável. Os Dias Nacionais de Vacinação, de acordo com este ponto de vista, renderam dividendos não só para a questão do controle da poliomielite, mas também para a estruturação da Vigilância Epidemiológica, do Programa Nacional de Imunização, para a organização das equipes de saúde, a prontidão das ações, o trabalho com a comunidade, assim como para um aprimoramento do uso da mídia nas questões de saúde.

Em um relato emocionado, Cristina Rocha nos informa:

Às vezes, você se perguntava: ‘Puxa vida, esse esforço todinho pra aplicar uma vacina’. Mas, assim, depois, com o correr do tempo, você começa a avaliar que pode até ter sido. Mas você tem os dividendos disso (...). Porque, aí, a gente começa a entender que a prestação do serviço, ela não se dá só dentro das quatro paredes. Então, eu tenho que sair, para fazer vacinação, tem que fazer outras coisas também (...). Você pode trabalhar com a comunidade. Eu acho que teve dividendos. Eu acho que foi uma coisa... E, assim... puxa, a gente conseguiu erradicar a poliomielite. Isso é uma coisa!

E conclui:

Você não tem o instrumento? Você tem. A vacina ali, de fácil aplicação, disponível, eficaz, por que não usar? E uma outra coisa também que se colocava é que essa era a estratégia: ocupar o espaço, o meio ambiente com o vírus vacinal. Essa era a forma. Então você tinha que fazer o mais rápido possível, o mais maciçamente possível, então... Eu acho que foi uma grande aprendizagem para a saúde pública. (...)

É uma resposta muito concreta que o serviço de saúde dá. Ele sai das quatro paredes. Ele vai mais próximo da população. É uma forma de estar dando uma resposta. Eu acho que melhorou essa relação entre o profissional de saúde e a população.

O nome Zé Gotinha associa as ideias de brasileiro e de vacina e hoje é sinônimo de vacinação. Esta marca teve várias utilizações na mídia, em desenho animado, cartilhas, cartazes de campanhas, camisetas e anúncios de TV

Acervo Casa de Oswaldo Cruz



Certificado da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) declarando erradicada a poliomielite nas Américas e assegurando que a transmissão do vírus selvagem da doença fora interrompida na região, inclusive no Brasil. Washington (EUA), 2 set. 1994

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Os dias nacionais de vacinação contra a poliomielite continuam após a erradicação da doença nas Américas, agora associados a outras vacinas. O objetivo é conscientizar a população sobre a necessidade de continuar vacinando, mantendo a vigilância sobre a doença

Acervo Fundação Nacional de Saúde

Em consequência dos Dias Nacionais de Vacinação, houve uma acentuada redução do número de casos da doença, observando-se, no ano seguinte, o menor número já registrado nacionalmente. Desde então, esta estratégia vem sendo adotada e aprimorada com a incorporação de novos imunizantes.



6



No Dia Nacional de Vacinação o programa "Flocruz pra você" bate recordes de crianças vacinadas e coloca a Fundação Oswaldo Cruz como o maior posto de vacinação do país. Todos os anos são mais de 5 mil doses aplicadas num único dia

Acervo Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz

CRÍTICAS AOMODELOCAMPANHISTA

Carlos Fidelis Ponte

Apesar de ter alcançado relativo sucesso na luta contra diversas enfermidades, a estratégia campanhista não se constituiu em unanimidade no campo da saúde pública. Muitos sanitaristas foram levados, por vezes, a tomar posição em um debate que opunha o campanhismo a outras formas de intervenção. Grande parte desse conflito esteve situada entre os defensores das campanhas de vacinação e aqueles que pretendiam fortalecer o atendimento ambulatorial de rotina.

Os críticos do modelo campanhista acentuavam que o seu caráter de transitoriedade, além de produzir resultados efêmeros, sem possibilidade de sustentação em longo prazo, retirava recursos e desviava a atenção da necessidade de se implementarem no país ações mais sistemáticas e de cunho permanente, cujos impactos seriam, em última instância, preponderantes sobre o quadro sanitário e as condições de vida das populações.

Para parte dos opositores do campanhismo, a focalização servia, muitas vezes, como “jogo de cena” para encobrir a fragilidade do sistema de saúde, que deveria fornecer à população uma assistência integral, com base no princípio da universalidade, e não apenas programas pontuais. Na opinião de muitos, a excessiva centralização e a verticalidade que caracterizavam a estratégia campanhista inviabilizavam a necessária descentralização dos serviços e o enraizamento, no nível local, das ações de saúde, comprometendo suas possibilidades de dinamização, sua integração com as comunidades e o estabelecimento de maior controle social sobre essas atividades.

Entretanto, não obstante os argumentos dos defensores de um atendimento ambulatorial rotineiro e integral, o fato é que estudos posteriores, realizados por uma comissão de especialistas da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), revelam aspectos também dignos de consideração na análise sobre a oposição entre tais estratégias de intervenção. Referimo-nos ao relatório final da Comissão Taylor,¹ como ficou conhecida a comissão de especialistas convocada pela OPAS, em 1992, para avaliar de que modo o Programa Ampliado de Imunizações e o Programa de Erradicação da Poliomielite nas Américas² afetaram os sistemas nacionais de saúde, e apresentar recomendações com base nos dados encontrados em cada país estudado (Ponte, 2003).

No relatório finalizado em 1995, sob o título “O impacto do Programa Ampliado de Imunizações e da iniciativa de erradicação da poliomielite nos sistemas de saúde nas Américas”, a comissão acabou por constatar que os programas contribuíram “positivamente para o fortalecimento geral dos sistemas de saúde nas Américas”, ajudando a iniciar, entre políticos, trabalhadores da saúde e pessoas da comunidade, a cultura da prevenção. Acrescentava a comissão que “até agora a experiência demonstra haver



Guarda de capturas do Serviço de Malária do Nordeste abordando uma família numa habitação a ser fiscalizada. Exemplo de organismo criado com base em princípios campanhistas, o Serviço de Malária do Nordeste tinha um objetivo específico e localizado: o combate ao mosquito *Anopheles gambiae*, responsável pela disseminação da malária. Ceará, 1940

Acervo Casa de Oswaldo Cruz

definitivamente necessidade de implementar os programas PAI/Pólio como parte de programas sistemáticos para o fortalecimento da infraestrutura de saúde” (Ponte, 2003).

A análise revelou ainda que a mobilização social levada a efeito pela campanha havia melhorado o relacionamento entre a comunidade e os provedores de serviços de saúde e também a gestão dos serviços. Entretanto, o relatório alertava para “a menção reiterada de um efeito fadiga nas comunidades e no pessoal” que poderia comprometer, no futuro, o andamento dos programas (Ponte, 2003).

Embora o número de referências negativas fosse bastante inferior, se comparado aos aspectos positivos relatados, o impacto negativo mais apontado, entre os entrevistados pela comissão, foi a excessiva focalização dos programas, em prejuízo de outras atividades de saúde que, em alguns casos, sofreram grandes cortes orçamentários (Ponte, 2003).

Altamente favorável à iniciativa da OPAS, o relatório da comissão finalizava nos seguintes termos:

Está patente que o Programa Ampliado de Imunizações e a Campanha de Erradicação da Poliomielite utilizaram, com sucesso, uma série de estratégias que não só facilitaram o cumprimento de seus objetivos, mas que, além disso, lançaram uma série de subprodutos que beneficiaram outros programas e serviços de saúde em geral. O mais importante talvez tenha sido aumentar a sensibilização para as vacinas (uma cultura de imunização) e maior comunicação entre o pessoal dos serviços de saúde e as comunidades, diminuindo a desconfiança e construindo pontes de comunicação. Mas o PAI/Pólio também foi útil pelo seu efeito demonstrativo, que incentiva outros programas a adotar suas estratégias entre agências e intersetorial, estratégias junto aos meios de comunicação, sistemas de informações, vigilância epidemiológica, avaliação etc. É bem possível que os sistemas de saúde das Américas não teriam tido a capacidade de responder, como fizeram com a epidemia do cólera, se não tivessem a experiência do PAI/Pólio (OPAS, 1995).

Com o passar do tempo, a polêmica ‘rotina *versus* campanhas’ perdeu fôlego e muitos passaram a considerar que, na realidade, tratava-se de uma falsa questão, na medida em que é possível, e por vezes desejável, associar as duas formas de ação.

Quadrinhos de Carlos Xavier (Caco) alusivos a campanha de combate à dengue. De forma bem-humorada, o artista destaca as similaridades do modelo campanhista com as estratégias militares

Súmula, n. 87, mar. 2002, p.16
Acervo Programa Radis/
Fiocruz



Notas

¹ Carl Taylor, redator da declaração de Alma-Ata sobre a necessidade de se ampliar e privilegiar a atenção à saúde em termos de atendimento ambulatorial integral e ferrenho defensor do enraizamento das ações de saúde. Taylor presidiu a comissão que levou seu nome a pedido de Ciro de Quadros, então diretor do Programa Ampliado de Imunizações. Segundo Quadros, a escolha de Taylor deveu-se às suas posições contrárias à focalização observada nos programas de vacinação (Quadros, 2001).

² O PAI, instituído pela resolução WHA/27.57, aprovada pela Assembleia Mundial de Saúde em maio de 1974, tinha como objetivos promover a expansão do uso de imunizantes em todo o mundo e estimular o desenvolvimento, produção e aprimoramento de vacinas.

Referências bibliográficas

Política econômica e alterações nos quadros epidemiológico e sanitário do país

ABREU, Marcelo de Paiva (Org.). *A ordem do progresso: cem anos de política econômica republicana, 1889-1989*. Rio de Janeiro: Ed. Campos, 1989.

ALMEIDA, Paulo Roberto de. *A experiência brasileira em planejamento econômico: uma síntese histórica*. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.pralmeida.org/05DocsPRA/1277HistorPlanejBrasil.pdf>

CAMARANO, Ana Amélia e ABRAMOVAY, Ricardo. *Êxodo rural, envelhecimento e masculinização no Brasil: panorama dos últimos 50 anos*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

CASTRO, Antonio Barros de e SOUZA, Francisco E. P. de. *A economia brasileira em marcha forçada*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

GREMAUD, Amaury P.; SAES, Flávio A. M. e TONETO JÚNIOR, Rudinei. *Formação econômica do Brasil*. São Paulo: Ed. Atlas, 1997.

MACARINI, José Pedro. A política econômica do governo Médici: 1970-1973. *Nova Economia*, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 53-92, set.-dez. 2005.

PONTE, Carlos Fidelis. Vacinação, controle de qualidade e produção de vacinas no Brasil a partir de 1960. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 10, suplemento 2, 2003.

A saúde como mercadoria: um direito de poucos

ALMEIDA, Célia Maria de e PÊGO, Raquel Abrantes. Organização dos serviços de saúde. In: INSTITUTO Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. *Saúde e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da V conferência Nacional de Saúde, Brasília, 5 a 8 de agosto de 1975.

_____. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Imunizações, 1973.

_____. Ministério da Saúde. Plano Básico para o Quinquênio. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz. Fundo

Presidência. Seção Secretária da Presidência, caixa 10, maço 2. Documento enviado ao ministro do Planejamento Reis Veloso, em 7 de janeiro de 1975.

CORDEIRO, Hésio. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

_____. Políticas de saúde no Brasil. In: INSTITUTO Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. *Saúde e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1983.

COSTA, Nilson do Rosário. Acidentes de trabalho. In: INSTITUTO Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. *Saúde e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1983.

FERNANDES, A. Planejamento de integração dos serviços de saúde pública e privados em nível federal, estadual e municipal: o ponto de vista da iniciativa privada. In: I Encontro de Hospitais do Rio de Janeiro, 1975. 30 p. (mimeo)

GUIMARÃES, Reinaldo (Org.). *Saúde e medicina no Brasil: uma contribuição ao debate*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

HAMILTON, Wanda e AZEVEDO, Nara. Um estranho no ninho: memórias de um ex-presidente da Fiocruz. Depoimento de Vinicius da Fonseca. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 8, n. 1, p. 237-264, mar.-jun. 2001.

INSTITUTO Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase). *Saúde e trabalho no Brasil*. Coord. Raquel A. Pêgo. Petrópolis: Vozes, 1983.

LUZ, Madel. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MÉDICI, André C. Financiamento da saúde. *Boletim de la oficina Sanitaria Panamericana*, v. 103, n. 6, p. 571-598, dez. 1987.

MORAES, José Cássio de e GUEDES, José da Silva. Epidemiologia da meningite por *Streptococcus Pneumoniae* em área metropolitana, Brasil, 1960-1977. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 348-360, out. 1990.

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana de Saúde (OPS). *Boletim de la oficina Sanitaria Panamericana*, dezembro de 1987.

PONTE, Carlos Fidelis. Vacinação, controle de qualidade e produção de vacinas no Brasil a partir de 1960. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 10, suplemento 2, 2003.

Imunização: um programa nacional

BERMUDEZ, Jorge A. Z. *Remédios: saúde ou indústria?* A produção de medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

_____. J. A. Z. Vacinas: Grupo de Trabalho de Controle de Qualidade de Imunobiológicos. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Doenças evitáveis por imunização*. Brasília: Anais do Encontro Nacional de Controle de Doenças, p. 115-123, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. A ação do Ministério da Saúde no controle dos acidentes ofídicos em âmbito nacional. Brasília, 25 de fevereiro de 1987.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Ações Básicas de Saúde. Plano de Ação para Erradicar a Transmissão da Poliomielite no Brasil. Brasília, janeiro de 1986.

_____. Ministério da Saúde. Plano de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos. 1985

_____. Ministério da Saúde. Anais da V Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 5-8 de agosto de 1975.

_____. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Imunizações. 1973.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde. 1973.

_____. Ministério da Saúde. Exposição de motivos n. 286. Brasília, 8 de novembro de 1973.

GADELHA, Carlos A. G. Debate: a produção e o desenvolvimento de vacinas no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 3, n. 1, p. 111-132, mar.-jun. 1996.

_____ e TEMPORÃO, José G. *A indústria de vacinas no Brasil: desafios e perspectivas*. Relatório técnico de pesquisas. Rio de Janeiro: BNDES, 1999.

HOMMA, Akira. Debate: a produção e o desenvolvimento de vacinas no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 3, n. 1, p. 111-132, mar.-jun 1996.

LIMA, Mozart de Abreu e. Depoimento para o projeto *A história da poliomielite e sua erradicação no Brasil*. Casa de Oswaldo Cruz; Fiocruz, 2002.

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana de Saúde (OPAS). Programa Especial para Vacinas e Imunização.

O impacto do Programa Ampliado de Imunizações e a iniciativa de erradicação da poliomielite nos sistemas de saúde nas Américas. Relatório final da Comissão Taylor, mar. 1995.

RISI, João Baptista. Variola. *Separata dos Arquivos de Higiene*, v. 24, tomo único. Acervo da Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz, 1968.

_____. Depoimento para o projeto *A história da poliomielite e sua erradicação no Brasil*. Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz; Fiocruz, 2000.

SANTOS, Sérgio Gil Marques dos. *Estado, ciência e autonomia: da institucionalização à recuperação de Manguinhos*. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – IFCS; UFRJ, Rio de Janeiro, 1999.

A experiência do Dia Nacional de Vacinação

CAMPOS, André Luiz Vieira; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; MARANHÃO, Eduardo. A história da poliomielite e seu controle por imunização. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 10 (suplemento 2), p. 573-600, 2003.

RISI JR, João Baptista. Considerações sobre a consultoria prestada pelo doutor Sabin ao Ministério da Saúde. Esclarecimentos necessários em face das repercussões de seu afastamento. Brasília, 1980.

Acervo de Depoimentos Oraís: Memória da poliomielite. Organização de Anna Beatriz de Sá Almeida, Dilene Raimundo do Nascimento, Laurinda Rosa Maciel. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

Depoimentos oraís de: Cristina Maria Vieira da Rocha (2002); João Baptista Risi Júnior (2000); Mozart de Abreu e Lima (2002); Roberto Augusto Becker (2002).

Críticas ao modelo campanhista

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. Programa Especial para Vacina e Imunização: O impacto do Programa Ampliado de Imunizações e da Iniciativa de Erradicação da poliomielite nos sistemas de saúde nas Américas. Relatório final da Comissão Taylor. 1995.

PONTE, Carlos Fidelis. Vacinação, controle de qualidade e produção de vacinas no Brasil a partir de 1960. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 10, suplemento 2, 2003.

QUADROS, Ciro de. História da poliomielite e de sua erradicação no Brasil: Acervo de Depoimentos Oraís. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz; Dad; Arquivo Sonoro, 2001. Entrevista concedida a Carlos Ponte, Dilene Nascimento e Jaime Benchimol.