



O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento

Brazil's National Immunization Program: origins and development

Este artigo resultou da tese de doutoramento, defendida em julho de 2002 junto ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, intitulada *O complexo industrial da saúde: público e privado na produção e consumo de vacinas no Brasil*.

José Gomes Temporão

Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz
Rua Conde de Irajá, 122/201
22271-020 Rio de Janeiro — RJ Brasil
temporao@ensp.fiocruz.br

TEMPORÃO, J. G.: 'O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. 10 (suplemento 2): 601-17, 2003.

Este artigo tem por objeto apresentar e discutir os aspectos centrais envolvidos na trajetória do Programa Nacional de Imunizações (PNI) em suas relações com a dinâmica das políticas setoriais. Herdeiro das experiências exitosas do passado, mas concebido em momento completamente distinto, o PNI segue o sucesso da Campanha de Erradicação da Varíola e abre uma nova etapa na história das políticas públicas no campo da prevenção. O PNI passará a articular sob um único comando um conjunto de práticas anteriormente dispersas em vários órgãos e instâncias de governo. O processo de concepção, estruturação e desenvolvimento do PNI, ao interior das políticas desenvolvidos pelo Estado no campo da saúde é abordado. Seus principais determinantes, atores institucionais e conflitos políticos e ideológicos derivados de sua implementação, são ressaltados. O sucesso obtido em sua implementação é considerado como um importante componente do processo de estruturação de um mercado de vacinas no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Nacional de Imunizações (PNI), campanhas de vacinação, políticas de prevenção, mercado de vacinas.

TEMPORÃO, J. G.: 'Brazil's National Immunization Program: origins and development'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. 10 (suplemento 2): 601-17, 2003. *The article discusses the central aspects of the trajectory of the National Immunization Program as regards the dynamics of sectoral policy. Heir to successful experiences of the past yet conceived at an entirely different moment, the Program followed the triumphant Campaign to Eradicate Smallpox and inaugurated a new phase in the history of public policy in the field of prevention. Under one sole command, the Program came to articulate a set of practices that had previously been spread across a number of government agencies and jurisdictions. The article examines the process by which the Program was conceived, structured, and developed within government health policy, and also underscores the main determinants of this policy, its institutional actors, and the political and ideological conflicts born of its implementation, whose success was an important component in the structuring of a vaccine market in Brazil.*

KEYWORDS: Programa Nacional de Imunizações (PNI), National Immunization Program, vaccination campaigns, prevention policies, vaccine market.

Introdução

¹ A campanha foi criada pelo decreto 59152 de 13 de agosto de 1966 (Benchimol, 2001, p. 310).

A história recente da política de imunizações no país tem como marco o ano de 1973,¹ com o término da campanha de erradicação da varíola, iniciada em 1962, e a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Os anos 1970, década de contrastes e de enfrentamento de múltiplos modelos e projetos no campo da saúde, foram determinantes na atual configuração do sistema de saúde brasileiro. Foi um tempo de introdução de propostas racionalizadoras, do planejamento como instrumento do desenvolvimento de políticas públicas, do surgimento de iniciativas que propugnavam a universalização dos cuidados em saúde e da estruturação de um novo campo de saber e práticas, o denominado movimento sanitário brasileiro.

Vivia-se um período crítico no desenvolvimento das políticas públicas de atenção à saúde e em período específico da estruturação do Complexo Médico Industrial (CMI) em nosso país. No entendimento de Cordeiro (1980, p. 162),

O que é significativo no período 1966-1974 são as transformações dirigidas ao processo de capitalização da prática médica que articulava o conjunto de instituições prestadoras de assistência à saúde, de formação de recursos humanos e de produção de insumos materiais (medicamentos e equipamentos) para a constituição do Complexo Médico Industrial.

A especificidade daquela conjuntura estava determinada pelo desenvolvimento do CMI a partir da modernização dos aparelhos estatais de atenção à saúde onde, no Ministério da Saúde (MS) ocupavam espaço crescente os projetos de extensão de cobertura, com a utilização de tecnologia simplificada (idem, *ibidem*, p. 163).

O II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) (1974-79), lançado no governo Geisel, admitia a existência de contrastes e distorções no processo de desenvolvimento do país e reconhecia a necessidade de implementação de políticas sociais dentro do processo de desenvolvimento econômico, objetivando o fim da pobreza absoluta. Na saúde, considerava a necessidade de reforma das estruturas organizacionais, buscando aumentar a capacidade gerencial do setor.

Baseando-se em pesquisa documental sobre o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), Vater (1996, p. 123) percebe na política de saúde do governo Geisel a introdução da racionalidade do planejamento “onde a saúde passa a ser interpretada como um subsistema político global”.

Essa autora sugere haver uma especificidade naquele período que a diferenciaria dos demais governos do ciclo militar. Afirma que as propostas de mudança do sistema de saúde brasileiro concebidas pelos reformistas da área da saúde que se constituíram no que ficou conhecido

como “partido sanitário” foram feitas a partir de uma visão míope das políticas de saúde do ciclo militar, entendendo-o como homogêneo durante todo aquele período, sem perceber na gestão Geisel especificidades estruturantes de uma nova postura.

A complexidade dessa conjuntura está exemplificada na aprovação pelo Congresso Nacional da lei 6229 de 1975 que estabelecia as áreas de competência dos distintos aparelhos estatais na saúde e a criação do Sistema Nacional de Saúde. Ela definia com clareza que as atividades de atenção individual seriam de competência do então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), enquanto as voltadas para a organização e oferta das ações de caráter coletivo ficariam sob a responsabilidade do Ministério da Saúde (MS). Ao estabelecer a definição de campos institucionais específicos e confiar competências no campo a ministérios, política e financeiramente mais poderosos que o MS, esta lei desencadeou intensa polêmica. Esta envolvia aspectos técnicos — a adequação da divisão entre ações de caráter coletivo e individual — e políticos — a expansão da política de compras de serviços assistenciais ao setor privado, entre outros.

Já para Escorel (1998, p. 67), as transformações ocorridas durante a conjuntura Geisel caracterizaram-se por uma mudança política no campo da saúde, onde emergiu um novo ator: o movimento sanitário.

Segundo essa autora, essa nova força política² em sua origem se constitui de três vertentes principais: o movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); os movimentos de médicos residentes e o Movimento de Renovação Médica (REME); e a Academia.

Esta conjuntura foi marcada também pelo surgimento de projetos alternativos ao modelo hegemônico: os denominados “programas alternativos não hegemônicos”³ incluindo-se aí o Programa de Localização de Unidades de Serviços (PLUS),⁴ o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde (PREPPS/OPAS), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), além das experiências das prefeituras de Niterói, Campinas e Londrina.

Aquele momento específico de desenvolvimento da política de saúde permite apreender, portanto, um movimento com três faces: o fortalecimento das práticas médicas como espaço de estruturação de uma nova etapa no processo de capitalização da saúde; a modernização dos espaços e das práticas institucionais com programas de extensão de cobertura, dos quais o PNI é um exemplo; e o surgimento de um pensamento crítico que questiona as duas anteriores.

Portanto, a concepção, estruturação e desenvolvimento do PNI estarão determinadas pelo conjunto de forças e projetos que se enfrentam naquela conjuntura. Como se pretende demonstrar, sairia vitoriosa uma determinada concepção de saúde pública e um modo específico de enfrentar determinadas situações sanitárias, dignas herdeiras da tradição consolidada por Oswaldo Cruz.

² Benchimol (2001, p. 115) utiliza termo muito semelhante em um contexto totalmente distinto, mas que guarda paralelo do ponto de vista político. Na visão desse autor, “o chamado ‘movimento sanitarista’, protagonizado por uma geração de médicos calejada nas campanhas sanitárias ou expedições científicas promovidas por Oswaldo Cruz entre 1903 e 1913 ... esses médicos mobilizaram-se contra a inconsistente política de saúde das oligarquias, reivindicando a modernização e centralização dos serviços sanitários, e uma política voltada não só para as doenças de base urbana mas também para a prevenção e o controle das endemias rurais”.

³ Denominação corrente entre sanitaristas na década de 1980.

⁴ Segundo Escorel (1998), o PLUS foi a primeira experiência coletiva de um grupo de saúde pública na Previdência Social brasileira.

⁵ Este tópico toma como base as informações encontradas em Risi Jr. (2001).

⁶ No período de 1953 a 1990, os órgãos que promoveram as campanhas no Brasil foram o Departamento Nacional de Saúde, seguido pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), depois pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), Fundação Serviço Especial de Saúde Pública e, por fim, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) (Benchimol, 2001).

⁷ Segundo Benchimol (2001), o dr. João Baptista Risi Júnior era, à época, o principal arquiteto das campanhas de vacinação brasileiras.

As origens do Programa Nacional de Imunizações⁵

O sucesso da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) fortaleceu, dentro do MS, uma corrente que defendia maiores investimentos no controle de doenças infecciosas preveníveis por imunização.⁶ Algumas iniciativas importantes ocorridas no período, que se estende de 1973 a 1980, permitem perceber a construção de uma base técnica, política e institucional que apenas nas décadas seguintes iria consolidar-se como importante ferramenta do Estado no controle efetivo de algumas doenças na nosologia prevalente no país.

A conclusão do programa de erradicação da varíola no Brasil, com a certificação pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1973, foi um marco fundamental nessa trajetória. A CEV, que dispunha de estrutura executiva autônoma diretamente subordinada ao Ministro da Saúde, mobilizou grandes esforços nacionais no desenvolvimento de estratégias de vacinação em massa, apoiou a produção e o controle de qualidade da vacina antivariólica, introduziu a aplicação dos então recentes conceitos de vigilância epidemiológica e estabeleceu mecanismos de avaliação do programa.

Com o encerramento de suas atividades, uma massa crítica de profissionais capacitados engajou-se em outras atividades relacionadas ao controle de doenças evitáveis por imunização. Havia dúvidas sobre a real capacidade que as estruturas formais do sistema de saúde teriam para a manutenção da vacinação sistemática contra a varíola após encerrada a campanha. Esta preocupação tinha raízes mais profundas e acabava por se estender ao conjunto da rede de serviços de saúde em sua crônica incapacidade em controlar o conjunto das doenças preveníveis por imunização.

Em 1973, o Ministério da Saúde funcionava no Rio de Janeiro, com base na reforma realizada pelo ministro Rocha Lagoa em 1970. Esta instituiu o Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças e, no seu interior, a Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde (DNEES). Até então, as atividades de vacinação estavam divididas: enquanto algumas eram operacionalizadas pelos programas verticais do MS, como varíola, tuberculose e febre amarela, outras eram executadas através das secretarias estaduais de Saúde como poliomielite, sarampo e vacina tríplice bacteriana.

Para Risi Jr. (2001),⁷

a criação da DNEES reuniu algumas pessoas que representavam experiências variadas na área de imunizações. Seu dirigente, o dr. Brito Bastos, era um entusiasta de ações educativas e havia dirigido, no antigo Departamento Nacional de Saúde, no início dos anos 60, as primeiras tentativas de controlar a varíola em grandes áreas, mediante a mobilização de recursos locais. Outros técnicos, como o dr. Eurico Suzart, traziam a experiência de serviços básicos estruturados da Fundação SESP, enriquecida pela vivência no processo dinâmico e altamente exitoso que conduziu à erradicação da varíola.

A DNEES passou então a trabalhar no desenvolvimento de estratégias integradas de controle de doenças por vacinação. Os quadros técnicos que ingressavam na DNEES aliavam décadas de experiência de trabalho na Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), com a acumulada na campanha da varíola.

De fato, já em 1968 Risi Jr. (*apud* Benchimol, 2001, p. 317) refletia sobre as perspectivas advindas do sucesso da CEV no sentido de que seus resultados, “pudessem estimular tarefas semelhantes de imunização em massa para eliminar outras enfermidades transmissíveis já excluídas em outros países...através de um trabalho de imunização global ,arquitetado nas linhas de um vigoroso plano nacional de imunização”.

Uma experiência fundamental na trajetória da DNEES foi a criação, em 1971, do Plano Nacional de Controle da Poliomielite. Executado mediante campanhas sistemáticas de vacinação em nível estadual, funcionou até o final de 1973, tendo abrangido cerca de 14 estados. Permitiu acumular grande experiência de campo no controle desta doença, mas os resultados de impacto não puderam ser avaliados à época, pela falta de ações de vigilância epidemiológica estruturadas em âmbito nacional.

Esse plano permitiu desenvolver: investigação científica sobre a eficácia da vacina a utilizar; metodologia operacional e avaliação de desempenho em projeto piloto; metodologia de mobilização comunitária e de execução operacional de campanhas; suprimento continuado de vacinas e outros insumos e metodologia para desenvolver a capacitação de técnicos das secretarias estaduais.

De fato, a DNEES foi o espaço de desenvolvimento e aprimoramento da metodologia para campanhas de grande envergadura realizadas em um só dia⁸ e que apenas ao final dos anos 1970 obteve hegemonia dentro do MS como estratégia de enfrentamento das doenças preveníveis por imunização. Entre 1971 e 1973, a DNEES desenvolveu toda a tecnologia e metodologia necessárias à implementação de ações de vacinação em massa que pudessem ser utilizadas no controle de outras doenças. “Na essência trabalhava-se na construção de uma estratégia que pudesse tirar a extrema defasagem histórica no combate a estas doenças com uma intervenção baseada em campanhas, associada a uma forte estrutura de vigilância epidemiológica” (Risi Jr., 2001).

A criação do PNI, em 1973, deu-se no âmbito do processo de formulação de grandes programas nacionais, na gestão do ministro Mário Machado de Lemos (1972-74). Lançado oficialmente em Brasília, no final de 1973, com a presença de personalidades destacadas nas áreas de saúde pública e de controle de doenças, entre outros de Vicente Amato Neto e Nelson de Moraes, o PNI estava então funcionalmente vinculado ao DNEES.

O PNI, em seu documento conceitual, refere como exigências programáticas que

⁸ Inspiradas na metodologia de vacinação em massa realizada de forma sistemática desenvolvida por Albert Sabin e aplicada pela primeira vez em Cuba (Quadros, 2001).

seria preciso estender as vacinações às áreas rurais, aperfeiçoar a vigilância epidemiológica em todo o território nacional, capacitar laboratórios oficiais para a respaldarem com diagnóstico, instituir pelo menos um laboratório nacional de referência para o controle de qualidade das vacinas, racionalizar sua aquisição e distribuição e uniformizar as técnicas de administração ... além de promover a educação em saúde para aumentar a receptividade da população aos programas de vacinação (Benchimol, 2001, p. 320).

⁹ A CEME foi criada em 1971 com o objetivo inicial de produzir e comprar medicamentos e distribuí-los às camadas mais necessitadas da população, além de apoiar o desenvolvimento tecnológico de fármacos e medicamentos no país. A aprovação de seu plano diretor em 1973 consubstancia de fato um projeto de busca de autonomia do país em relação aos medicamentos considerados essenciais à assistência à saúde da população (Luchesi, 1991).

O papel da Central de Medicamentos (CEME)⁹ parece ter sido fundamental na concepção do PNI. Como órgão responsável pela aquisição e suprimento de vacinas para o Ministério da Saúde, o que exigia um planejamento integrado das necessidades nacionais de imunobiológicos, deu uma nova dimensão à questão dos imunobiológicos no país, nos aspectos de gerência, planejamento, suprimento e controle de qualidade.

As gestões da CEME junto ao Ministério da Saúde para estruturar o suprimento de imunobiológicos foram decisivas para a elaboração do PNI, que pretendeu integrar as estratégias de utilização das principais vacinas utilizadas em saúde pública. Técnicos da CEME trabalharam diretamente com os técnicos da DNEES na elaboração do programa, incorporando os conteúdos referentes ao suprimento e ao controle de qualidade. De fato, o PNI teria sido elaborado por uma ação conjunta entre a DNEES/MS e a CEME.

No tocante aos imunobiológicos, estas iniciativas estavam tradicionalmente com o Ministério da Saúde, por intermédio dos programas nacionais de controle de doenças específicas. As vacinas que não faziam parte destes programas ficavam a cargo das secretarias estaduais de Saúde, intervindo o Ministério da Saúde apenas ocasionalmente, sobretudo quando ocorriam epidemias de doenças. A CEME incorporou ao seu orçamento o suprimento de imunobiológicos, mas se deparou com a dificuldade de programar as necessidades, devido à fragmentação de comando e à dispersão de iniciativas existente no setor de saúde. Dois outros aspectos devem ser considerados: o fato de o país dispor de poucos especialistas em imunobiológicos, o que dificultava o desenvolvimento dos aspectos mais técnicos da programação; além da baixa expressão econômica apresentada pelos imunobiológicos diante do volume de recursos mobilizados na aquisição de medicamentos (Homma, 2001).

Em síntese, os primeiros anos da década de 1970 marcaram um conjunto de iniciativas voltadas para o controle de doenças evitáveis por imunização no Brasil, tendo como pano de fundo, em escala mundial, o programa de erradicação da varíola da OMS e a consolidação dos conceitos de vigilância epidemiológica difundidos também pela OMS. Entre estas destacam-se:

- a mobilização de grandes esforços no desenvolvimento de estratégias de vacinação em massa, desenvolvido pela CEV, incluindo: o apoio à produção e ao controle de qualidade da vacina antivariólica; a introdução da aplicação dos conceitos de vigilância epidemiológica; o estabelecimento de mecanismos de avaliação do programa; e a articulação de ações permanentes junto à FSESP e às secretarias estaduais de Saúde;
- o conjunto de iniciativas estratégicas desenvolvido pela DNEES, que implantou o Plano de Controle da Poliomielite, aperfeiçoou o apoio aos governos estaduais, introduziu a vacinação contra o sarampo e assegurou a disponibilidade de vacinas;
- a nova dimensão conferida pela CEME à questão dos imunobiológicos no país, nos aspectos de gerência, planejamento, suprimento e controle de qualidade, atuando decisivamente como instância de articulação das ações do próprio Ministério da Saúde relacionadas à vacinação.

Os conflitos no desenvolvimento do PNI: a concepção campanhista e as propostas de reforma setorial

A lei 5026 de 1966, denominada Lei Orgânica das Campanhas Sanitárias, tinha como objetivo coordenar nacionalmente as atividades públicas e particulares de prevenção e combate de doenças de alcance coletivo. O texto da lei já reforçava a idéia de campanhas conjunturais para enfrentar epidemias com a colaboração de instituições privadas, sem dar ênfase à permanência das atividades de prevenção (Benchimol, 2001).

De fato, desde as intervenções implementadas por Oswaldo Cruz no início do século XX, a estratégia campanhista sempre esteve presente como instrumento de controle de doenças de massa.

Como bem lembra Benchimol (op. cit., p. 299),

no Brasil o combate às endemias através de campanhas sanitárias marcou a atuação pública na área de saúde durante todo o século XX, desde as campanhas desfechadas por Oswaldo Cruz contra a peste, a febre amarela e a varíola — esta através da vacinação compulsória que tanta resistência provocou — até as campanhas de vacinação atuais que atingem maciçamente a população sem despertar rejeições.

Esta estratégia de combate às doenças infecto-contagiosas, marca que até hoje acompanha o desenvolvimento das políticas públicas no campo da saúde, foi cuidadosamente tecida em uma perspectiva científica e institucionalmente consistente, de 1970 a 1980. De fato, foi uma trajetória repleta de conflitos.

Entre 1974 e 1979, no governo Geisel, o ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado, transferiu a sede do Ministério da Saúde do Rio de

Janeiro para Brasília e deu início a um processo de reestruturação, que contou com forte apoio da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Na área de imunizações, predominou uma abordagem que se opunha à realização de campanhas de vacinação, tidas como produtoras de resultados efêmeros, sem possibilidade de sustentação no tempo, e que, segundo essa visão, contribuíam para desorganizar ações permanentes, confundindo a população. Toda a ênfase doutrinária nesse período esteve voltada para o fortalecimento da vacinação de rotina, nas unidades de saúde, e para a organização de ações de vigilância epidemiológica.

Em 1975 foi promulgada a lei 6259, que dispunha sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, da notificação compulsória de doenças e da regulamentação do PNI. Esta lei tornava obrigatória a vacinação básica no primeiro ano de vida, sujeitando os pais infratores à suspensão do pagamento do salário-família. Instituiu também a notificação compulsória de um conjunto de doenças selecionadas. É desta época a veiculação pela mídia de campanhas de divulgação cujo personagem central era o dr. Prevenildo e cujo objetivo era estimular a procura aos centros de saúde. As mensagens lembravam ainda que a vacinação era obrigatória e que, “se seu filho não for vacinado até completar um ano, você perderá o direito ao salário família” (Benchimol, 2001, p. 321).

Por outro lado, o ministro Almeida Machado ratificou medida da administração anterior, que delegava à FSESP, sediada no Rio de Janeiro, a operacionalização do PNI e do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. A FSESP elaborou um projeto para o desenvolvimento do sistema e recebeu recursos para implementá-lo. A consolidação dos aspectos técnicos avançava: sistematização de normas técnicas sobre armazenagem e distribuição de vacinas; elaboração do Manual de Vigilância Epidemiológica; implantação do sistema de vigilância da poliomielite e outras doenças; investigação de casos com apoio laboratorial; difusão de informações técnicas no Boletim Epidemiológico; sistematização de informações sobre vacinas aplicadas no país, passando-se a dispor de dados de cobertura vacinal nos estados.

No plano internacional, predominavam os princípios aprovados na Conferência de Alma-Ata.¹⁰ A varíola foi declarada erradicada do mundo em 1979, e a OPAS/OMS instituiu o Programa Ampliado de Imunizações (PAI), alinhado com os princípios de Alma-Ata e voltado para o fortalecimento da vacinação na rede de serviços. A influência dos organismos internacionais, sobretudo da OMS, foi decisiva no processo de erradicação da varíola. A experiência desenvolvida neste processo propiciou a formação de uma massa crítica na área de vigilância epidemiológica e de imunizações que permitisse construir um modelo próprio de intervenção.

Entretanto, a influência dos organismos internacionais na estruturação e desenvolvimento do PNI deve ser relativizada. Segundo Quadros

¹⁰ A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), foi realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata, na antiga URSS, e estabeleceu a estratégia dos cuidados primários de saúde com o objetivo de que “todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva” (Unicef, 1978, p. 3).

(2001), o intercâmbio entre técnicos do PNI e da OPAS era intenso. O principal esforço desse organismo internacional era no sentido de capacitar os países da região, estimulando-os a organizar programas de âmbito nacional, aperfeiçoar a vigilância epidemiológica e os aspectos gerenciais e logísticos envolvidos, além de capacitar os quadros técnicos locais. Neste caso, o Brasil apoiou mais do que recebeu apoio. Foi o único país da América Latina que realmente buscou estruturar um programa de âmbito nacional.

Esse período foi marcado também pela epidemia de meningite meningocócica, que teve seu principal foco em São Paulo. Desde 1972 sucediam-se casos em São Paulo e Rio de Janeiro. Em 1974, ocorreram centenas de mortes. Apesar das tentativas do governo militar para abafar a verdadeira dimensão da situação, registraram-se 2.575 mortes em São Paulo no ano de 1974 (Benchimol, 2001).

O ministro Paulo de Almeida Machado decidiu vacinar toda a população e, em dezembro daquele ano, o presidente Ernesto Geisel aprovou o Programa Nacional de Combate à Meningite, abrangendo todos os grupos etários. O impacto dessa decisão implicou que, para atender à demanda de vacinas, o laboratório Merieux da França tivesse de construir uma planta nova especificamente para tal fim.¹¹

¹¹ Foram adquiridas ao Instituto Merieux cerca de oitenta milhões de doses (Benchimol, 2001).

Foi montada uma verdadeira operação de guerra: “Era preciso recrutar vacinadores voluntários, montar a rede de refrigeração para armazenar as vacinas, pôr em movimento os meios de transporte que as levariam a pontos estratégicos previamente equipados. Em três meses todo o país foi imunizado!” (Benchimol, op. cit., p. 327).

Tal experiência contribuiu para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica e de estratégias de vacinação em massa contra a doença, que naquele momento representou a principal iniciativa mundial de aplicação em massa de uma nova vacina.

Claro que tanto o clima político que se criou com aquela grave epidemia como a fragilidade institucional mais uma vez demonstrada pela rede pública de serviços fortaleceram as propostas para a utilização de uma abordagem mais agressiva no combate a essas doenças.

Segundo Risi Jr. (2001),

havia divergências institucionais entre o MS e a FSESP, na implementação do PNI e do sistema de vigilância epidemiológica, o que prejudicou o seu desenvolvimento. As coberturas vacinais, baseadas na rotina dos serviços, atingiam apenas 50% dos menores de um ano. Epidemias de poliomielite e sarampo eclodiram em vários estados. O dr. Albert Sabin mais uma vez vociferou na imprensa nacional (em 1979) contra a ineficiência da vacinação contra a pólio no Brasil.

Há, assim, conflito entre duas concepções, na medida em que a ocorrência de graves epidemias fortalece cada vez mais os que propugnavam por medidas mais agressivas de controle.

Em dezembro de 1979 ocorreu então uma epidemia de poliomielite na fronteira entre Paraná e Santa Catarina. O ministro da Saúde convocou uma reunião para analisar a situação e acatou a proposta de criação de um dia nacional de vacinação.

Essa idéia amadurecera a partir de experiências anteriores, principalmente com o Plano Nacional de Controle da Poliomielite (1971-73), além da experiência concreta obtida com os esforços para o controle da meningite. A diferença era que, naquele momento, as condições de viabilidade apresentavam-se distintas. Disponha-se de uma base de dados que permitia avaliar o impacto das campanhas e mostrar os resultados à sociedade. Por outro lado, o governo federal, na campanha da meningite, organizara um formidável sistema de divulgação, que poderia ser utilizado praticamente sem custos pelo Ministério da Saúde. Por fim, era patente a grande aceitação popular da prática de imunização através de campanhas. A opção por esta estratégia partia de um entendimento de que a possibilidade de se atingir e manter altas coberturas unicamente pela atuação rotineira da rede básica de serviços era mínima. As experiências anteriores pareciam não deixar margem de dúvida quanto a isso (Risi Jr., 2001).

Na prática a estratégia implementada

consistia em aplicar a vacina oral trivalente no país inteiro, em um único dia, em todas as crianças até quatro anos, independente de vacinação anterior. Haveria duas vacinações nacionais consecutivas, com ampla mobilização da opinião pública e de voluntários, que não teriam dificuldades em aplicar a vacina por via oral. Os dias de vacinação seriam em junho e agosto ... escolheu-se o sábado para facilitar a adesão de voluntários, a movimentação das pessoas e o transporte de materiais (*apud* Benchimol, 2001, p. 352).

Após intenso embate doutrinário e algumas resistências importantes, os indiscutíveis resultados do primeiro dia nacional de vacinação,¹² ocorrido em junho de 1980, determinaram a hegemonia dessa estratégia campanhista, a partir de então definitivamente incorporada ao conjunto de instrumentos de intervenção sanitária do Estado.

Na realidade, situações críticas causadas por epidemias de doenças com forte impacto no imaginário da população, criando situações de comoção, como foram as de meningite e poliomielite, criaram as condições políticas para o início da hegemonia da estratégia campanhista. Por outro lado, o próprio desenho do sistema de saúde, fragmentando a organização do conjunto da oferta de serviços entre múltiplas instituições, criava as bases para que a única possibilidade de enfrentar a situação de caos sanitário se desse através do instrumento dos dias nacionais de vacinação. Então, a possibilidade da construção de um modelo mais integrado de atenção, que tivesse como eixo organizador das ações os serviços locais de saúde, teve seu horizonte de implementação adiado.

¹² A infra-estrutura mobilizada envolveu a criação de 92 mil postos de vacinação envolvendo cerca de 320 mil trabalhadores, a maioria voluntários (Benchimol, 2001).

Na oposição a esse modelo, podiam ser identificadas duas correntes. De um lado, o modelo tradicional de saúde pública, com base no centro de saúde, e que tinha na Faculdade de Saúde Pública da USP os defensores mais ferrenhos. Além dos argumentos já mencionados, alegava-se que a forma correta de atuar no enfrentamento da situação epidemiológica seria dirigindo os esforços para as comunidades periféricas com baixo acesso à rede de serviços, onde se encontravam os segmentos de população mais vulneráveis.

Esta visão encontra-se explicitada em dois documentos da época. No primeiro, o então diretor da Faculdade de Saúde Pública da USP, dr. Oswaldo Forattini, em correspondência enviada ao ministro da Saúde, Waldir Arcoverde, faz considerações sobre o que ele destacava como sendo os três aspectos centrais envolvidos em programas de controle da poliomielite: a análise da situação epidemiológica, a estrutura e organização da rede de serviços de saúde e o conhecimento dos agentes etiológicos e da vacina Sabin. Sua posição em relação à estratégia definida pelo governo era clara: “sob o ponto de vista educativo a realização de uma campanha em regiões onde a vacinação de rotina já está incorporada ao comportamento da população deverá provocar redução na procura dos serviços de saúde para a vacinação rotineira” (Forattini, 1980). Ele apoiava-se em documentos de organismos internacionais para defender seu ponto de vista: “finalmente esta campanha contraria de certa forma o proposto pelo PAI da OPAS-OMS que recomenda a prioridade de vacinação em menores de um ano e gestantes, a aplicação simultânea de vacinas na mesma criança e a incorporação desta prática à rotina dos serviços de saúde”.

O outro documento é um boletim da Associação dos Médicos Sanitaristas do Estado de São Paulo, editado em 1980, que trata o programa do MS como proposta de “caráter demagógico e para fins de efeito político, sendo a mesma mais uma manipulação isolada de um fato que vem causando tensão social” (pp. 3, 4). O documento continua afirmando considerar que

o gasto e o esforço a ser despendido por essa campanha poderiam ser canalizados na implementação e/ou dinamização da rede básica, diminuindo assim, a médio e longo prazos, a disseminação das doenças transmissíveis assim como influenciando na melhoria geral da qualidade de vida ... consideramos por fim que esta estratégia poderá fazer com que a população passe somente a aguardar campanhas de vacinação deixando assim de procurar os centros de saúde para as imunizações de rotina.

De fato este conflito no campo das metodologias de estruturação e organização das práticas de intervenção em saúde escondia conflitos mais profundos que se situavam no campo das idéias sobre a forma como os serviços de saúde deveriam estar organizados para uma atenção integral e inclusiva da sociedade.

A segunda corrente de oposição à estratégia campanhista estava conformada pela participação ativa de quadros do movimento sanitário de oposição em vários espaços institucionais. Segundo Risi Jr. (2001),

existia uma nova corrente de sanitaristas mais preocupada com o processo político de construção de um novo sistema de saúde, que pretendia a descentralização de ações e serviços para o nível local, sob controle social da população. Parte dessa estratégia consistia em desarmar o poder federal dos seus instrumentos tradicionais de atuação, representados por normas técnicas e recursos vinculados. Propugnava que normas, prioridades e estratégias de ação deveriam ser estabelecidas no nível local. O Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) era um paradigma dessa corrente, para a qual o estabelecimento de um “dia nacional de vacinação” representava iniciativa retrógrada, verticalizada e antagônica ao processo de mudanças.

Na base da estruturação das campanhas de vacinação e do próprio PNI podem-se perceber então três forças em conflito: os sanitaristas tradicionais que defendiam o modelo vertical, centralizador, campanhista; os sanitaristas desenvolvimentistas, com um projeto de modernização e uma visão mais integrada do sistema a ser construído, representada principalmente pelos sanitaristas de São Paulo; e os reformadores do movimento sanitário, que propunham uma ruptura do modelo então em vigor, e identificavam naquela estratégia uma síntese de modelo a ser combatido e transformado.

Na visão de Escorel (1998, p. 28), essas três forças representariam correntes de pensamento no interior do campo de conhecimentos da saúde coletiva, diferenciadas segundo sua visão do papel do social no campo da saúde. Para o “preventivismo”, tratava-se de um conjunto de atributos pessoais como educação, renda, ocupação etc.; para os “racionalizadores”, um coletivo de indivíduos; para a “abordagem médico-social”, um campo estruturado de práticas sociais. Para essa autora, denomina-se de saúde pública tradicional ou preventivismo aquela que apresentava como “palco máximo de práticas o centro de saúde e sua porção mais conservadora e proeminente na política de saúde que era representado pela Superintendência de Campanhas (SUCAM) e Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), sendo que esta apresentava também aspectos racionalizadores”.

Ainda segundo essa autora, as instituições de saúde pública introduziam, em suas práticas, inovações disseminadas em grande parte pelos organismos internacionais como a OPAS, sem abandonar “o referencial positivista dos problemas de saúde”.

O fato é que a aceitação do dia nacional de vacinação “mostrou-se extraordinária, superando as expectativas mais otimistas. O êxito alcançado, com impacto epidemiológico claramente demonstrado, foi

fator de grande prestígio para o setor saúde, quebrando todas as possíveis resistências” (Risi Jr., 2001).

E Risi Jr. (2001) define com clareza o conceito de campanhista. Para ele, o termo não deveria ter qualquer conotação pejorativa.

Aplica-se o termo ao conceito de mobilizar recursos externos e obter apoio da sociedade com o objetivo de produzir um impacto inicial sobre um determinado problema, medido em altas coberturas vacinais e em níveis de redução da incidência de doenças, de forma a criar condições propícias à implementação das etapas seguintes do processo. Campanhas bem organizadas contribuem para a aceitação de práticas preventivas e fortalecem a imagem dos serviços locais de saúde junto à população. A redução da ocorrência de casos novos, por sua vez, reforça essa imagem, motiva os profissionais de saúde e facilita a organização de ações de investigação epidemiológica e controle de focos. O termo “campanhista” não deve ser confundido, portanto, com iniciativas de cunho imediatista e episódico, associadas à necessidade de dar satisfação pública na ocorrência de epidemias, ou a ações promocionais com interesses diversos. No caso em questão, trata-se de uma abordagem estratégica do uso de vacinas em saúde pública, desenvolvida e aperfeiçoada com base no conhecimento da realidade nacional e na experiência de muitos anos de intenso trabalho.

Frise-se o fato de que a Sociedade Brasileira de Pediatria, superando divergências antigas com o Ministério da Saúde quanto à forma de condução dos programas de vacinação, passou a apoiar a estratégia campanhista (Soperj, 2001).

Entre 1992 e 1995 uma comissão criada pela OPAS para avaliar o impacto do PAI e das iniciativas de erradicação da poliomielite nos sistemas de saúde de vários países das Américas, denominada Comissão Taylor,¹³ concluiu que aqueles programas tinham contribuído para o fortalecimento dos sistemas de saúde, disseminando a cultura da prevenção, melhorando a relação entre comunidade e serviços de saúde, além da gestão dos mesmos (Benchimol, 2001).

¹³ Presidida por Carl Taylor, um dos redatores da declaração de Alma-Ata. Fazia parte da Comissão o ex-presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), Hésio Cordeiro.

Conclusão

O processo de estruturação e consolidação do PNI permite observar o conjunto de conflitos e contradições da política de saúde envolvendo as diversas forças políticas em enfrentamento. Ao se colocar como uma estratégia consistente de enfrentamento de problemas sanitários a partir de uma concepção baseada em princípios polêmicos do ponto de vista técnico e político, a estratégia campanhista sofreu duros ataques. A proposta do dia nacional de vacinação transformou-se em uma espécie de síntese das práticas a serem combatidas.

A essas críticas somaram-se aquelas referidas às relações entre política e saúde e à utilização das atividades do Estado como espaço de explicitação de interesses privados: privatização do Estado, centralização e autoritarismo. As campanhas de vacinação concentravam em um único espaço o conjunto de críticas de segmentos da burocracia, de intelectuais orgânicos vinculados a uma concepção modernizante de saúde pública e do movimento sanitário. Como indica Benchimol (2001, p. 355),

a campanha de erradicação da pólio foi acusada por muitos médicos e sanitaristas de desviar a atenção e os recursos da saúde pública para ações restritas que convinham a políticos, oligarcas e governos militares, prejudicando a atenção primária que se via esvaziada ... as campanhas de vacinação eram repudiadas por seu viés autoritário, pela excessiva verticalidade e centralização.

A conjuntura que se vivia à época propiciava também a emergência de críticas mais voltadas para a função das práticas médicas no capitalismo e sua capacidade de melhorar alguns indicadores sanitários sem tocar nas questões estruturais determinantes dos problemas de saúde. O fato de viver-se, à época, sob uma ditadura militar, colocava na mesma arena a rejeição ao método (campanha/centralização/autoritarismo) e o questionamento do papel das políticas públicas no campo social em uma sociedade cada vez mais excludente e desigual. Esta idéia transparece em Benchimol (op. cit., p. 322), quando este afirma que “a proliferação de governos militares na região tornava essa forma de intervenção contra as doenças transmissíveis mais vantajosa do que as reformas sociais propugnadas pelos sanitaristas, que se achavam, majoritariamente, na oposição”.

As campanhas de vacinação, ao terem o poder de proteger o indivíduo contra determinadas doenças mantendo as condições sanitárias e ambientais propícias ao desenvolvimento de agentes e vetores intactas, passaram em algumas conjunturas a serem acusadas de responsáveis por desviar a atenção de autoridades e sociedade da determinação de base econômica e social, em última análise responsável pela criação das condições sociais do adoecer e morrer.

Na realidade, as reformas sociais propugnadas à época pelos “sanitaristas de oposição” não desconsideravam a necessidade da utilização de todas as tecnologias construídas e desenvolvidas pelo homem para melhorar as condições de vida das populações, incluídas aí campanhas de vacinação ou o uso dos serviços de saúde como espaço privilegiado para a execução de programas de vacinação, como propugnava a OPAS. Ou seja, tratar-se-ia aqui de uma falsa questão na medida em que “reformas sociais” conseqüentes não poderiam abrir mão do uso de distintas estratégias de combate às doenças infecciosas.

Tratava-se na realidade de uma polêmica situada mais no campo da política e da ideologia, dada a caracterização das campanhas como

espaço de afirmação de uma prática de saúde pública criticada e contestada, pela sua excessiva centralização e tradição autoritárias. Na conjuntura específica vivida pelo setor saúde no país, o conflito era inevitável. De fato, tratava-se de projetos de construção do sistema de saúde brasileiro, em sua essência, conflitantes. Configurava-se então uma falsa contradição entre o que na visão dos reformistas seria instrumento de uma concepção ultrapassada para lidar com os problemas sanitários e as novas idéias em gestação no interior do então ainda incipiente movimento da reforma sanitária brasileira.

O fato é que as campanhas, e os dias nacionais de vacinação, foram assimilados, sem conflitar com os demais projetos em construção no campo da saúde. Em parte, pelos bons resultados obtidos no controle de algumas doenças, mas também pela histórica inoperância da rede básica de saúde, que persiste até hoje.

A manutenção das campanhas por mais de duas décadas reflete-se na própria aceitação popular. Pesquisa nacional de avaliação da satisfação dos usuários dos serviços públicos, realizada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, revelou que as campanhas de prevenção de doenças são as que mais agradam e têm credibilidade dentro do sistema de saúde brasileiro (Brasil, 2001).

A avaliação da Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro (SOPERJ) em relação ao PNI dá uma medida da visão atual dos pediatras em relação a esta política pública. Embora essa instituição ainda faça restrições em relação à não disponibilização de algumas vacinas modernas, como varicela, hepatite A e vacinas acelulares, no geral ela considera que

O PNI é o ponto alto das ações de saúde pública no país. Temos um dos melhores programas de imunização do mundo. Ele pode ser considerado um dos programas de melhores resultados... A cobertura vacinal pode não ser excelente mas é muito boa e traduz um trabalho de grande qualidade, considerando a extensão territorial do país, além do tamanho e condições da população (SOPERJ, 2001).

Nos seus 27 anos de existência, o PNI ampliou a cobertura vacinal média da população, em menores de um ano, para 90% (Brasil, 1998). Além disso, em 1994, o Brasil obteve o certificado internacional de erradicação da poliomielite. A estratégia do estabelecimento dos dias nacionais de vacinação, iniciada em 1980 e mantida até hoje, permitiu ampliar significativamente a cobertura vacinal da população. Ficam evidentes os significativos resultados alcançados pelo esforço do país em ampliar o nível de proteção da população contra as doenças preveníveis por imunização.

Reichenheim e Werneck (1994) constatam melhorias importantes na década de 1980 em alguns indicadores de saúde, como a mortalidade infantil e a mortalidade de menores de cinco anos, e atribuem esses

resultados, entre outros fatores, ao aumento da cobertura vacinal, à implementação do programa de assistência integral à saúde da criança e ao aumento da cobertura dos serviços de saúde de nível básico. Segundo esses autores, naquela década, com exceção do sarampo, as doenças incluídas no PNI apresentaram taxas de incidência consistentemente decrescentes.

Por outro lado, os dias nacionais de vacinação podem ser considerados como uma inovação no conjunto de práticas sanitárias estabelecidas nos anos 1970. Não apenas no sentido específico da incorporação de um conjunto de técnicas e estratégias diferenciadas no enfrentamento de um problema sanitário, mas também na perspectiva do conjunto de tecnologias médico-sanitárias incorporadas ao sistema de saúde. De outro lado, a experiência acumulada com as campanhas de controle da meningite e da poliomielite, especificamente a utilização do rádio e da televisão como instrumentos de informação e mobilização, marcam a estruturação de uma vertente importante no campo da informação em saúde que se mantém até hoje.

A utilização destes instrumentos, acoplados ao conjunto de tecnologias médico-sanitárias utilizadas, dado o seu caráter pedagógico, foi fundamental na estruturação de uma consciência sanitária específica, fortalecendo a visão da vacina como um bem público, de caráter universal e eqüânime.

Por outro lado, é estabelecida uma inovação que se incorpora às práticas do Estado, que cria na sociedade uma visão de democratização no uso e acesso a uma tecnologia médica em que, nesse espaço específico, a eqüidade e a universalização são compreendidas como da natureza do sistema de saúde.

De fato, os eventos que cercaram a concepção e o desenvolvimento do PNI, e os desdobramentos que levaram à hegemonia de uma vertente mais tradicional, traduziram conflitos que persistem até os dias de hoje no sistema de saúde brasileiro. Mas o sucesso do PNI e, naquele momento, da hegemonia da abordagem campanhista, ao criar um mercado importante para o consumo de vacinas, colocará uma nova demanda: a da garantia da oferta em quantidade e qualidade, das vacinas necessárias à sua consolidação e expansão. A ampliação da demanda por vacinas decorrente do sucesso das campanhas e da expansão da rede básica de serviços de saúde, principalmente a partir do desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde¹⁴ na Nova República, são os motores da criação e expansão do mercado consumidor de vacinas no país.

¹⁴ As Ações Integradas de Saúde (AIS) foram a estratégia de reorientação setorial implementada pelo Inamps na gestão Hésio Cordeiro, entre 1985 e 1988, que propugnava a descentralização do sistema e o fortalecimento da rede pública de serviços de saúde.

Agradecimento

Agradeço ao dr. João Baptista Risi Júnior pela inestimável colaboração no acesso a documentos e pela entrevista concedida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Médicos Sanitaristas de São Paulo
abr. 1980 'A nova política do ministério: campanhas substituem programas de vacinação'.
Boletim Informativo. São Paulo, vol. 4, nº 4.
- Benchimol, J. L. (org.)
2001 *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*.
Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- Brasil
2001 Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia.
Retrospectiva das ações do programa nacional de imunizações-PNI.
Brasília, MS.
- Brasil
1998 Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. *PNI 25 anos*.
Brasília, Fundação Nacional de Saúde.
- Cordeiro, H.
1980 *A indústria da saúde no Brasil*.
Rio de Janeiro, Graal.
- Scorel, S.
1998 *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*.
Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- Forattini, O. P.
1980 *Considerações sobre a campanha nacional de vacinação contra a poliomielite: carta enviada ao ministro da Saúde*. São Paulo, USP. (mimeo.)
- Homma, Akira
26 set. 2001 Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz. Bio-Manguinhos, Entrevista realizada com o diretor de Bio-Manguinhos.
- Luchesi, G.
1991 *Dependência e autonomia no setor farmacêutico: um estudo da CEME*.
Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz.
- Quadros, C.
2001 Depoimento. Rio de Janeiro, Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz.
Acervo Projeto História de Bio-Manguinhos.
- Risi Jr. João Baptista.
Brasília. OPAS, 29 ago. 2001. Entrevista realizada em 29 de agosto de 2001 na sede da Opas em Brasília.
- Reichenheim, M. e
Werneck, G. L.
1994 'Adoecer e morrer no Brasil dos anos 80: perspectivas de novas abordagens'.
Em R. Guimarães (org.), *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*.
Rio de Janeiro, Relume Dumará.
- Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro
set. 2001 Entrevista realizada com a diretoria da SOPERJ.
Rio de Janeiro. SOPERJ.
- Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde
Alma-Ata, URSS, 1978
1978 *Cuidados primários de saúde: relatório*.
Brasília, Unicef.
- Vater, M. C.
1996 *A proposta de política de saúde do governo Geisel*. Dissertação de mestrado,
Rio de Janeiro, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. (mimeo.)

Recebido para publicação em setembro de 2002.

Aprovado para publicação em março de 2003.