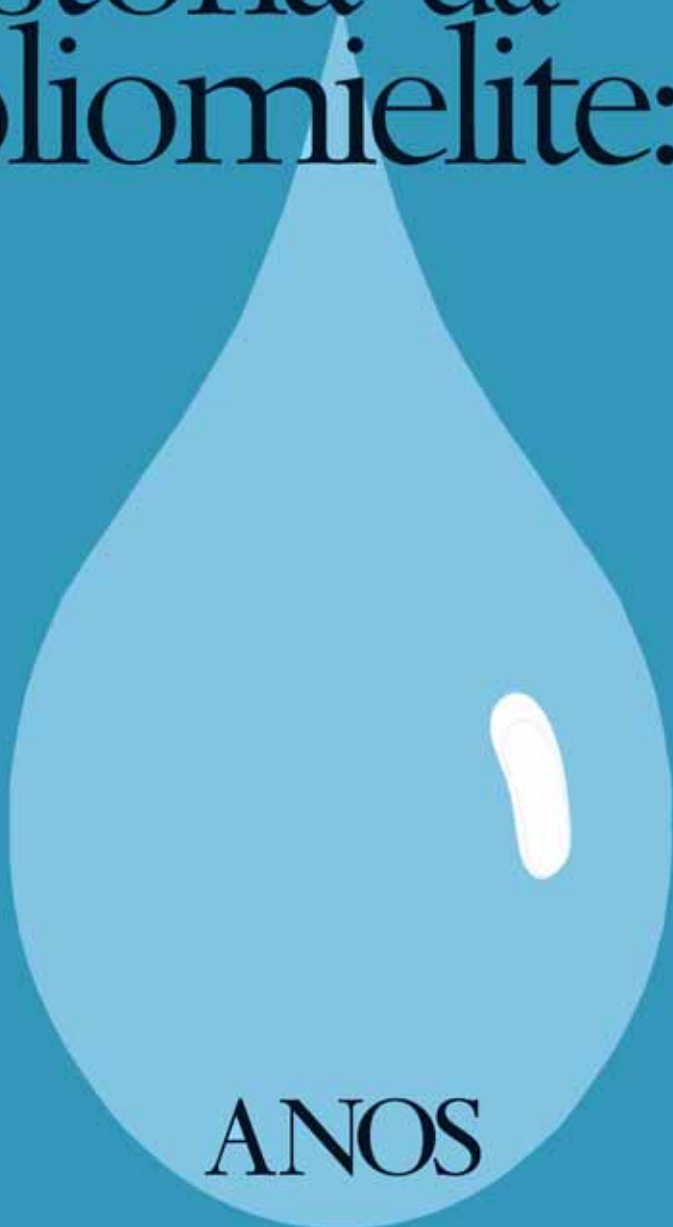


Anais do
seminário

História da poliomielite:



ANOS

DE VACINA
SABIN NO
BRASIL

SEMINÁRIO

**A História da Poliomielite: 40 anos
de Vacina Sabin no Brasil**

12 de dezembro de 2001

Local: Auditório do CICT

Fundação Oswaldo Cruz

Av. Brasil, 4365 – Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Programa Estratégico de Pesquisa da Casa de Oswaldo Cruz

PEP/2000

Equipe:

Dilene Raimundo do Nascimento (coordenadora)

André Luiz Vieira de Campos

Ângela de Araújo Pôrto

Anna Beatriz de Sá Almeida

Laurinda Rosa Maciel

Maria de Lourdes V. da Silva

Eduardo Maranhão (consultor)

Bolsistas PIBIC:

Alinnie Silvestre Moreira (auxiliar de pesquisa)

Ana Carolina Pereira de Oliveira

Danielle Sanches de Almeida

Fernanda Lima Barreto

Tamara Rangel Vieira

Ives Mauro Junior (bolsista PAP)

Casa de Oswaldo Cruz

Depto. de Pesquisa

Av. Brasil, 4036/4º andar — Manguinhos

21040-361 — Rio de Janeiro — RJ

Tels.: (21) 3882-9086/3882-9083

Contato: dilene@coc.fiocruz.br

Sumário

Apresentação	5
Mesa de Abertura	7
Painel 1 – A experiência da doença: laboratório, epidemiologia e clínica	11
Painel 2 – O enfrentamento da doença: vacina, campanha, erradicação	51

Apresentação

Aproveitando o ensejo dos 40 anos de introdução da vacina Sabin no Brasil, este seminário foi organizado pela equipe do projeto “A história da poliomielite e de sua erradicação no Brasil”, como um evento promovido pela Casa de Oswaldo Cruz, aberto ao público. Buscou reunir profissionais que estiveram e/ou estão envolvidos com a história da poliomielite no país, nos seus aspectos científicos, políticos e sociais e que contribuíram efetivamente para o seu controle e erradicação.

Assim, teve como objetivos:

- marcar os 40 anos da introdução da vacina Sabin no Brasil;
- discutir os vários aspectos que envolvem a história da poliomielite: a clínica, o laboratório, a epidemiologia, a vacina, as campanhas e a erradicação;
- refletir sobre possíveis aprofundamentos do estudo da história da poliomielite.

Este seminário foi realizado em um único dia, com programação pela manhã e à tarde, sendo uma mesa de abertura e dois painéis, e ficou assim estabelecida:

9h – Mesa de abertura:

Dra. Nísia Trindade Lima – diretora da Casa de Oswaldo Cruz

Dra. Dilene Raimundo do Nascimento – coordenadora do projeto A história da poliomielite e de sua erradicação no Brasil

9:30h – Painel 1: A experiência da doença: clínica, laboratório e epidemiologia

Dra. Tânia Rodrigues – “A experiência da doença e da reabilitação”

Dr. Edson Elias da Silva – “O diagnóstico laboratorial da poliomielite”

Dr. Eduardo Maranhão – “A vigilância epidemiológica da poliomielite”

Coordenador: Dra. Anna Beatriz de Sá Almeida

12:30 – Almoço

14h – Painel 2: O enfrentamento da doença: vacina, campanha e erradicação

Dr. Akira Homma – “A produção e reformulação da vacina Sabin”

Dr. Ivanildo Franzosi – “As campanhas de vacinação contra a poliomielite”

Dr. Reinaldo Martins – “Os efeitos adversos da vacina”

Dra. Cristina Rocha – “A educação em saúde nas campanhas”

Coordenador: Dra. Cristina Maria Vieira Rocha

Foi realizado no dia 12 de dezembro de 2001, no Auditório do CICT, da Fiocruz, com entrada franca, e contou com uma razoável participação de público.

O seminário foi gravado em fitas K-7 que foram transcritas e incorporadas ao Acervo de Depoimentos Orais, do Departamento de Arquivo e Documentação, da Casa de Oswaldo Cruz. Além disso, tivemos a colaboração do Departamento de Vídeo do CICT/Fiocruz que filmou em VHS todo o seminário.

SEMINÁRIO

A História da Poliomielite: 40 anos de Vacina Sabin no Brasil

12 de dezembro de 2001

Local: Auditório do CICT

Fundação Oswaldo Cruz

Av. Brasil, 4365 Manguinhos – Rio de Janeiro

Mesa de Abertura

Nísia Trindade Lima

Bom dia a todos. Nós vamos dar início a esse Seminário sobre “A História da Poliomielite”, que procura trazer à nossa reflexão os 40 anos da vacina Sabin no Brasil. É para nós uma honra contar com a presença de tantos especialistas e estudiosos importantes na questão da política de imunização no Brasil e do conhecimento científico a ela associada. Em nome da Casa de Oswaldo Cruz, além de dar essas boas vindas, eu gostaria de, em breves palavras, colocar a importância para nós da realização desse evento.

Para nós, esse evento da História da Poliomielite, organizado pelo projeto “A História da Poliomielite e de sua Erradicação no Brasil”, coordenado por Dilene Raimundo do Nascimento, tem uma importância especial.

A Casa de Oswaldo Cruz é o Centro da Fundação Oswaldo Cruz responsável pela organização da pesquisa histórica dos arquivos, tanto de documentação, como arquivos de escrita, documentação iconográfica (em termos de imagens, vídeo) que retratam a história da Fundação Oswaldo Cruz, seu papel na sociedade brasileira e na ciência, bem como nas campanhas sanitárias realizadas, e a história da saúde pública em termos mais amplos. Realizar esse projeto na Casa de Oswaldo Cruz é, para nós, um motivo de grande satisfação. Nós começamos esse programa [Programa Estratégico de Pesquisa-PEP], coordenado por Gilberto Hochman, com a idéia exatamente de incentivar os temas mais ligados às políticas de Saúde Pública, onde a história mais recente do Ministério da Saúde tivesse lugar de destaque. Então, é uma satisfação muito grande ter recebido, logo na primeira seleção, esse projeto coordenado pela Dilene, sobre o qual, Dilene vai falar com mais propriedade. Creio que muitos aqui presentes saibam qual é a sua finalidade e a contribuição que ele poderá dar nesse resgate histórico. Mas para nós é realmente de uma importância muito grande ver que têm se adensado as pesquisas sobre esse tema. E uma particularidade que eu gostaria de ressaltar, é que uma história com essa característica, necessariamente se faz como um encontro interdisciplinar, entre os historiadores e cientistas sociais, os profissionais da área de saúde pública e atores importantes na construção do conhecimento científico e no desenvolvimento das campanhas, em que estiveram presentes. Então, eu acho que esse Seminário tem essa marca, que

gostaríamos realmente de ressaltar como importante. Sobre a vacina eu deixo para os especialistas falarem. E passo então para a Dilene, desejando que nós possamos realmente aprofundar essas reflexões e aproveitar esse momento privilegiado de troca, que esse evento nos proporciona.

Dilene Raimundo do Nascimento

Bem, como a Nísia falou, eu coordeno o projeto “A História da Poliomielite e de sua Erradicação no Brasil”. Nesse projeto, nos propusemos a analisar a história da pólio no Brasil e essa história, para nós, efetivamente inicia nas primeiras décadas do século XX. Quer dizer, apesar de haver algumas referências anteriores da ocorrência da poliomielite, os registros são mais efetivos a partir do início do século XX, a partir de mil e novecentos, quando se tem as primeiras notícias de surto de pólio. Essa análise vai até os dias de hoje, nos quais nos obrigamos a manter as campanhas de imunização, apesar da erradicação da doença desde 1994 aqui nas Américas, para bloquear a entrada de novos casos no país. Dessa forma, a nossa pesquisa passa por surtos mal definidos e mal registrados da doença, por conta da dificuldade de diagnóstico e pela falta de notificação sistemática dos casos. Mas o desenvolvimento de tecnologias no campo da vigilância epidemiológica, em boa parte, herança do programa de erradicação da varíola, o desenvolvimento da vacina, a certeza de diagnóstico pelas técnicas laboratoriais no campo da virologia e uma resposta social ao enfrentamento da doença, foram elementos que levaram a priorizar uma política de controle da poliomielite. A decisão política de enfrentar e implementar esse controle resultou nas campanhas dos Dias Nacionais de Vacinação, em 1980, que assegurou um declínio importante da doença. Então, estudar a história da poliomielite e de sua erradicação se justifica pela importância social e econômica dessa doença, significa analisar a história de uma doença que condena crianças, suas principais vítimas, à paralisia com seqüelas bastante importantes. Os objetivos do projeto são analisar a trajetória das campanhas de vacinação no Brasil, enquanto uma política de saúde de responsabilidade do Ministério da Saúde, e estudar um período mais recente da história da Fiocruz, no que diz respeito à sua excelência em pesquisa e seu processo final sobre ciência imunobiológica. A riqueza de questões envolvidas nessa história, razão pela qual tentamos trazer pessoas aqui das várias áreas que complementam esse enfrentamento à poliomielite, reveste o projeto de uma característica integradora, tanto para pelos eixos por onde passam as análises, como pelos métodos de pesquisas que a gente está utilizando nesse projeto. O estudo se insere no campo da história das doenças e apresenta interfaces com a história das políticas de saúde e com a história das ciências e da tecnologia requerendo, então, um enfoque multidisciplinar, como a própria Nísia disse. Nós temos na equipe historiadores, tecnólogos da área de arquivo e documentação, e o nosso consultor, que é

epidemiologista. Além dos pesquisadores da área de história das doenças, do Departamento de Pesquisa da Casa de Oswaldo Cruz, que somos Anna Beatriz de Sá Almeida, Ângela de Araújo Pôrto e eu, tem Laurinda Rosa Maciel e Maria de Lourdes Vasques da Silva, do Departamento de Arquivo e Documentação, também da Casa de Oswaldo Cruz, André Campos, da Universidade Federal Fluminense, e Eduardo Ponce Maranhão, da Escola Nacional de Saúde Pública, como nosso consultor, que foi imprescindível no encaminhamento da nossa pesquisa na área de epidemiologia. Assim, aproximamos várias disciplinas ao estudar a história da poliomielite, principalmente a epidemiologia e a virologia. No projeto, nós pretendemos usar como documentos para análise, não só a documentação escrita que já existe, como a documentação oral, quer dizer, os depoimentos orais, assim como, a iconografia que diz respeito à pólio. Aqui mesmo, nesse plenário, tem vários profissionais que nós já entrevistamos com o fim de colaborar para que escrevêssemos essa história. Eu acho que é isso, a equipe é acrescida de bolsistas de iniciação científica, que ao mesmo tempo em que aprendem, eles ajudam a fazer levantamento de material, que é muito extenso. Quando iniciamos o projeto, achávamos que encontraríamos pouca coisa, mas encontramos muitas fontes mesmo. Com esse esforço nosso em fazer a história oral, pretendemos construir um acervo de história oral que, mais adiante, será processado na Casa de Oswaldo Cruz, com transcrição e armazenamento no Departamento de Arquivo, e depois será tornado acessível a outros pesquisadores que queiram investigar essa história também. Nós também já fizemos uma exposição sobre a pólio: “Um Mundo sem Pólio”, por encomenda do CENEPI, em Brasília, logo depois da erradicação, após o Brasil ter recebido o certificado de erradicação. No entanto, foi uma exposição pequena. Pretendemos agora ampliar essa exposição, reformá-la. Está sendo construído também um acervo iconográfico, para disponibilizar na Internet e dar acesso para outras pessoas.

Também gostaria de agradecer a presença de todos, as pessoas que vieram de fora, a Cristina e o Ivanildo, principalmente, que vieram de Maceió e de Brasília. Agora chamo a pesquisadora Anna Beatriz de Sá Almeida, coordenadora da mesa da manhã.

Painel 1

A experiência da doença: laboratório, epidemiologia e clínica

Participantes:

Dr. Edson Elias da Silva

Dr. Eduardo Maranhão

Dra. Tânia Rodrigues

Dra. Anna Beatriz Sá de Almeida (coordenação da mesa)

Anna Beatriz Sá de Almeida

Bom dia. Para quem não me conhece, sou Anna Beatriz, trabalho na Casa de Oswaldo Cruz, como a Dra. Dilene falou, no Departamento de Pesquisa, e estou tendo a honra de fazer a coordenação dessa mesa. A nossa mesa agora pela manhã, será “A experiência da doença: laboratório, epidemiologia e clínica”. Para compor a mesa, tenho a honra de chamar a Doutora e Deputada Estadual do Rio de Janeiro, **Tânia Rodrigues**, hoje Presidente da ANDEF, Associação Niteroiense de Deficientes Físicos, que tem tido uma destacada atuação na defesa de leis no campo social, sobretudo para os portadores de deficiências físicas. Ela apresentará o tema “A experiência da doença e da reabilitação”.

Gostaria também de chamar o **Dr. Edson Elias da Silva**, bioquímico, pesquisador do IOC da Fiocruz, que tem dois doutorados no CDC, chefe de laboratório de enterovírus, desde 1986, laboratório esse que é referência do Ministério da Saúde e da OPAS, e é de fundamental importância na história da erradicação da poliomielite no Brasil e nas Américas. É uma honra ter aqui o Dr. Edson. É uma pena não termos aqui também o Doutor Hermann Schatzmayr, ele estava também previsto no programa. E, completando a mesa, o **Dr. Eduardo Maranhão**, médico epidemiologista, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública, com larga experiência no campo das doenças imunopreveníveis, foi coordenador do grupo de Programa Ampliado de Imunização da ENSP, e vai fazer uma apresentação sobre a vigilância epidemiológica da poliomielite. Por questões de estrutura e para atender as necessidades da mesa, faremos uma pequena inversão. A Dra. Tânia começará, pois ela tem compromisso

na Câmara, a Assembléia a espera, então daremos prioridade para ela falar e abriremos algumas questões para ela. Já que a Dra. Tânia não poderá permanecer até o final da mesa, faremos essa inversão e depois seguiremos com a programação.

Tânia Rodrigues

Bom dia a todos. Primeiro eu gostaria de agradecer o convite para fazer parte deste projeto, que eu acho de suma importância não só para a população científica, mas para a população de um modo geral, para que tenha conhecimento do que aconteceu durante esses anos todos, em virtude da Pólio, que contaminou o nosso país.

Vou falar da minha experiência como portadora de seqüela de poliomielite, que foi bastante difícil, principalmente para os meus pais. Eu tive pólio em 1954, aos três anos de idade. O diagnóstico foi difícil de ser feito, não foi imediato. Eu tive os sintomas de um resfriado comum, a minha mãe me levou ao médico e ele falou que não tinha problema algum, que era um resfriado e que ela retornasse comigo para casa. Alguns dias depois eu não conseguia ficar em pé. Quando ela foi me dar banho eu não conseguia ficar em pé, então minha mãe retornou comigo para um médico, não mais para um médico particular, mas diretamente no hospital. Meu pai era funcionário público federal e antigamente tinha essa divisão de institutos e eu fui para o Hospital dos Servidores do Estado. Eu residia, nessa época, em Niterói e quando nós chegamos aqui no Hospital dos Servidores, eu já tinha paralisia, praticamente completa, e já estava fazendo uma insuficiência respiratória. Fui transferida para o Hospital Jesus e fiquei treze dias no pulmão de aço. Isso foi muito importante para mim. Recordo-me do tratamento que tive, no Hospital Jesus, que era assim: eu, no isolamento em um quarto, ninguém podia me ver, só tinha contato com o serviço de enfermagem. Existiam enfermeiras em titulação que, por exemplo, não tinham paciência comigo, de esperar eu mastigar a comida, e simplesmente quando eu fechava a boca para poder mastigar, elas iam embora e me deixavam sem alimentação. E outro fato que também me marcou muito foi que colocaram todos os meus brinquedos em cima de mim e eu não podia mexer neles. Isso foi muito marcante para mim. Decidi fazer medicina. Eu tive pacientes em situações semelhantes à minha, e via quando a enfermeira não tinha paciência para dar uma injeção na criança. Ela falava “fica quieta, não chora”, eu dizia “não é bem assim”. E havia crianças paralisadas que as enfermeiras também colocavam bolinhas e outros objetos sobre elas, e eu lembrava daquela questão que me marcou bastante, embora eu tivesse três anos de idade apenas.

A partir da poliomielite, a vida da minha família mudou totalmente, porque eu residia em Niterói, e lá não havia mecanismo de reabilitação, naquela época. Então, meus pais tiveram que se mudar para o Rio de Janeiro, por conta da ABBR e comecei a fazer tratamento. Foi extremamente difícil, porque a ABBR situava-se na Zona Sul e meu pai teve que residir próximo, já que não tinha como a minha mãe me carregar

no colo o tempo todo ou no ônibus para me levar para fazer reabilitação. Daí começaram os problemas que as pessoas normalmente enfrentam no nosso país e, infelizmente, até a presente data. Já tem esse tempo todo que eu tive pólio e, infelizmente, a realidade mudou muito pouco ou quase nada, se formos comparar as dificuldades que a minha mãe teve. Nós residimos aqui no Rio durante algum tempo até que em Niterói já tivesse a Associação Fluminense de Reabilitação, quando, então, nós voltamos para Niterói.

Agora o que marcou muito a minha infância foi ter ficado várias vezes no Hospital, ter sido realmente cobaia do processo, porque, na verdade, era uma doença que as pessoas não tinham muito conhecimento. Sofri algumas cirurgias ortopédicas, algumas que não deram resultado. Quando eu tinha sete anos de idade, eles resolveram, devido à minha escoliose, fazer uma artrodese de coluna. Colocaram isso para o meu pai, que perguntou quais as conseqüências que poderiam advir dessa cirurgia, e eles disseram que eu poderia ficar pior do que eu estava. E meu pai, então, decidiu não concordar com a cirurgia, já que era algo praticamente experimental e eles ainda estavam começando a fazer aqui. A partir desse momento eu não tive mais atendimento médico no Hospital dos Servidores do Estado. E todas as vezes que eu ia à consulta, eles colocavam “o genitor nega-se a autorizar cirurgia”. Nunca me deram nenhuma informação de qual era o tipo de prótese que eu poderia utilizar, se ósseo, ou alguma coisa nesse sentido. Eu continuei usando muleta articular, eu troquei de aparelho tutor por indicação do protético, não pelo ortopedista, e meu pai durante um tempo não mais me levou ao Hospital dos Servidores do Estado. Passamos a fazer consultas com outras pessoas sem ter uma orientação muito dirigida de como seria o processo de reabilitação. Meu pai começou a me tratar como se eu fosse uma pessoa normal, me colocou em escolas dentro da normalidade. Como deficiente física motor não tive muita dificuldade. Eu andava com aparelho ortopédico e com muletas, em relação a isso não tive muita dificuldade. Não tinha também consciência do que é ser portador de deficiência nesse país. Disso eu passei a ter consciência disso a partir de 1981, quando ocorreu o “Ano Internacional da Pessoa Portadora de Deficiência” e me convidaram para fazer parte de uma comissão no Município de Niterói, porque eu era funcionária da Prefeitura. Até então, eu só tinha relação com meus pacientes. Sabia que atendia os meus pacientes e as pessoas falavam, por exemplo, se era um encefalopata, ou se era um deficiente mental com Síndrome de Down, que tivesse crise compulsiva, ou alguma coisa nesse sentido, eu falava; “encaminha para a PESTALOZZI, encaminha para APAE”, mas eu não tinha muita noção do que era essa realidade de atendimento, a não ser aquele que eu tinha sofrido e que era uma coisa que foi bastante marcante na minha infância, na minha primeira infância. Não dava para eu ter noção do que essas Associações realizavam. A partir de 1981, que eu comecei a ter consciência do que é ser um portador de deficiência, porque até

então o meu pai cuidou para eu estar preparada para as situações, sem eu ter muita idéia de que situações seriam essas. Na minha cabeça eu era normal, só usava muleta, mas nunca, as pessoas me tratavam normalmente, e quando tinha algum tipo de preconceito eu nunca tinha tido consciência do que seria isso. Eu comecei a ter consciência, mesmo sem saber porquê, quando fui fazer residência. Eu fiz residência em Neurologia, no Hospital Antônio Pedro, e éramos vários residentes de todas as cadeiras. Ninguém realizava prova com os residentes. O meu chefe resolveu fazer prova comigo, e eu achei aquilo estranhíssimo, por que ele queria que eu fizesse prova se ninguém fazia prova? Então eu fui brigar na comissão de residentes, para saber o porquê dele querer que eu fizesse a prova. Mas eu não tinha idéia de que ele estava querendo que eu provasse que era capaz de ser neurologista apesar de ser deficiente, eu achava simplesmente que ele estava querendo implicar comigo, que estava querendo que eu provasse para ele que eu era bastante inteligente para estar lá, e não porque eu portava uma deficiência. Achava que era apenas por eu ser mulher, não sei, ou alguma coisa nesse sentido. E eu não tinha essa consciência, briguei, tive reuniões no Antônio Pedro com a comissão de residentes, e meu chefe passou a não cobrar mais de mim isso, mas eu não tive consciência até começar a militar no movimento de pessoas portadoras de deficiência. Quer dizer, em termos de preconceito esse foi marcante. Então, passei a observar que as pessoas de um modo geral, no Brasil, não têm consciência natural com relação às diferenças. Não é só a pessoa portadora de deficiência não, é o idoso, é o obeso, é alguém que fuja de um padrão pré-estabelecido pela sociedade. Foi aí que comecei a avaliar a questão de alguns professores, por exemplo, ou algumas pessoas, tenderem a nos ver como, “puxa vida, como ela conseguiu entrar na UFF?”, “como ela conseguiu fazer medicina?” Ou “como ela conseguiu isso?”, e assim tendem, muitas vezes a direcionar o que você pode fazer para facilitar a sua vida, ou senão eles tendem a dizer que se está aqui, você tem que provar que é melhor que todos. Mas dentro da normalidade, do que seria exigido pelas pessoas de um modo geral, por exemplo, isso não ocorre com a pessoa portadora de deficiência, sempre é uma coisa ou outra; ninguém nos vê, nem nos trata como se fôssemos uma pessoa normal. Dentro do país, para a consciência da sociedade, acho importante que haja campanhas. Também acho que os nossos marqueteiros são excelentes, as propagandas no Brasil são maravilhosas, são melhores que de países de primeiro mundo. Porém, infelizmente no que diz respeito à prevenção de um modo geral, os nossos marqueteiros tendem a chocar, e a chocar sempre no sentido de menos valia. Com relação às campanhas que consegui vivenciar, no período que eu já era militante de pessoas portadoras de deficiências, percebi que as campanhas tentavam atingir ao público em geral, mas ao mesmo tempo elas atingiam na menos valia. Eu me lembro uma que ficou muito marcada, que inclusive nós fomos para o Ministério da Saúde brigar. Foi a campanha do Ronaldinho.

O Ronaldinho sentado em uma cadeira de rodas e as pessoas dizendo assim, “imagina se ele poderia ser um campeão se ele não tivesse tomado a gotinha”. Então isso para os atletas, principalmente para os portadores de deficiência, foi horroroso. Como se vai conscientizar uma população de que, apesar das limitações, há a possibilidade de desenvolver alguns potenciais, e que, dentro dessas dificuldades todas que se enfrenta no Brasil, podem ser formados mitos dentro dos esportes pára-olímpicos, para que sirvam de exemplos para outras pessoas, para que saiam de suas casas e reingressam na sociedade? Como fazer isso, se você diz que o Ronaldinho, uma pessoa importantíssima para o desporto nacional, se não tivesse tomado a gotinha ele não seria nada, ele estaria em casa jogado na cadeira de rodas. Então, essa questão é que eu acho que falta trabalhar, fazendo com que as pessoas realmente não deixem de levar os seus filhos para serem vacinados, ou que tenham cuidado ao dirigir, que não bebam, que não excedam o limite de velocidade, que na verdade ela não vai acabar a vida dela como essas propagandas de trânsito que eles fazem, colocando uma pessoa horrorosa sentada em uma cadeira de rodas, que “acabou a minha vida”, não sei o que. É muito difícil para nós, enquanto portadores de deficiência, que lutamos diariamente, e quase que a toda hora, provando que somos capazes e, de repente, vem um segundo, três segundos de um comercial e acaba com toda essa construção. No Brasil, nós não temos uma pesquisa, não temos nada, no que diz respeito a tornar melhor a vida de um portador de deficiência. Então hoje, por exemplo, todas as nossas cadeiras de rodas e as próteses são importadas e, infelizmente, nossas universidades não estão voltadas para essa questão. E nós tivemos, ainda, o azar dos alemães terem vindo para cá, porque eles têm uma tradição familiar de empresa, e quando eles vieram, começaram a fazer aparelhos tutores, botas ortopédicas e a Europa, de um modo geral, ficou muito tempo somente com um padrão de órtese e prótese sem desenvolvimento nenhum. Só quando os Estados Unidos começaram a desenvolver cadeiras de rodas simples e de corrida, prótese de titânio, que a Europa levou um susto e falou “preciso fazer alguma coisa senão vou perder mercado”, e começou a fazer outros tipos de órtese e prótese. Nós, infelizmente, ainda vivemos essa situação de se ter protéticos e profissionais em órtese de fundo de quintal. Isso é extremamente difícil para uma população que tem uma renda muito baixa, como eu, por exemplo, que houve ocasiões em que, devido às dificuldades dos meus pais, fizemos aparelhos ortopédicos que, quando ficaram prontos, eu não consegui usar. E eu dizia para o responsável “está muito apertado, não é assim”. Ele pensava “essa garota vai dizer como eu devo fazer”. Quer dizer, nós não temos, dentro da nossa formação médica ou de fisio uma consciência de como prescrever. E essas pessoas aprenderam vendo outras pessoas fazendo e não sabem fazer outros tipos de aparelhos ou de órtese que seja de acordo com aquele paciente, ou, muitas vezes, querem fazer isso, mas não sabem como fazer. Em muitos casos ocorre aumento nas lesões,

devido a essa questão. No que diz respeito às crianças, temos muita dificuldade devido ao crescimento, sem contar as lesões sofridas por acidente¹.

Eu vou pedir desculpas, mas acho que muitas vezes, como neurologista, tenho muito preconceito com neurocirurgião. Ele até entrega a Deus, “agora que eu operei, toma conta você”. Essa é a experiência que eu tenho. Acho que não temos muito essa idéia de trabalho em equipe. E nas que possuem uma pessoa que não possui o terceiro grau fica difícil, porque o cirurgião não vai admitir, em hipótese alguma, que o protético fale “olha só, amputa aqui assim, porque na verdade para eu fazer, realizar o meu trabalho vai ficar melhor”. “Como? Esse cara vai me dizer onde eu tenho que amputar, eu vou amputar onde eu quero amputar”. Então, muitas vezes se tem um paciente com um coto pequeno, mas o médico acha importante conservá-lo por causa do joelho, e, por fim, não será possível confeccionar prótese adequada. Muitas vezes, o paciente deverá ser reoperado para que possa ser protetizado, caso contrário, não é possível a colocação da prótese, e assim, a maioria dos nossos amputados no Brasil usam muleta, às vezes até mesmo pela péssima qualidade das nossas próteses.

Quer dizer, eu acho que, graças a Deus, a gente conseguiu erradicar a pólio. Mas há ainda uma luta muito grande pela frente, que é fazer com que reabilitação nesse país, realmente não seja imaginária. Porque costume dizer que ser rico nesse país também não resolve, ele sofre mais, vai querer ir para os Estados Unidos, Inglaterra, ou para o Saara, mas vai acabar parando aqui mesmo, o mobiliário urbano não estará adaptado a ele, as pessoas não estão conscientizadas dos direitos dele. Os governos não cuidam disso, e nós acabamos sofrendo, tendo dinheiro ou não, maior facilidade ou não. Porque eu, por exemplo, posso ter um carro, posso ter uma pessoa para me conduzir, o que uma pessoa carente não terá. Ela se deparará com um ônibus, não adaptado, e, para poder chegar lá em cima, terá que subir de maneira desconfortável os degraus. As diferenças existem, mas os problemas de ricos e carentes são os mesmos. Eu espero ter contribuído com vocês de alguma forma e me coloco à disposição porque faço questão de estar acompanhando. Gostaria, novamente, de parabenizar, por terem executado essa pesquisa, esse projeto. Acho que há muito mais que possamos fazer para melhorar a vida do portador de deficiência nesse país.

Quereria agradecer a todos vocês e lamentar de não poder ficar, mas tenho um projeto hoje, o Passe Livre, que estamos reapresentando, e que eu não posso deixar, pois amanhã acaba e entraremos em recesso, então só no próximo ano. Então, eu preciso ir para negociar, passar, porque não contamos com os empresários de ônibus no que diz respeito à adaptação e nem em relação ao passe livre. Obrigada pelo convite e um bom dia para vocês. (aplausos)

¹ Fim da fita lado A

Anna Beatriz de Sá Almeida

Para termos a chance de conversar com a Deputada, vamos estar alterando um pouco o ritmo abrindo o debate com a platéia, com duas ou três pessoas que queiram se manifestar, e depois prosseguiremos com a mesa. Tem alguém interessado em fazer alguma colocação?

Nísia Trindade de Lima

É sempre importante ouvi-la, testemunho da dificuldade que é a luta pela reabilitação. Vemos os portadores de deficiência e ficamos pensando o que uma instituição como a Fundação Oswaldo Cruz, como se preocupa, ou como se envolve com esse tipo de questão, até mesmo no reconhecimento da questão.

A nossa área na Casa de Oswaldo Cruz envolve pesquisa histórica, esse projeto da pólio, e atividades para o público em geral, de divulgação científica por intermédio do Museu da Vida. Uma das nossas preocupações tem sido a dificuldade de acesso das pessoas com deficiência a esse patrimônio. O Museu já foi concebido com essa preocupação, mas nós temos alguns prédios aqui no campus que até o momento não há essa sensibilidade. Há alguns prédios de excelente estrutura, como é o caso do Pavilhão de cursos do Instituto Oswaldo Cruz. Nós tivemos a experiência muito complicada, de uma reunião do Conselho Nacional de Saúde com representantes de portadores de deficiência, e as pessoas só têm uma escada de acesso. Então foi uma situação constrangedora. Acho que o problema tem que ser encarado, sem constrangimento. Como, realmente, não se oferece condição adequada para receber deficientes físicos. Para registrar, gostaria de informar que no ano que vem está prevista uma parceria nossa, da Casa de Oswaldo Cruz, com uma ONG, a Nova América, com a idéia de realizar um Seminário sobre a adaptação de prédios às pessoas portadoras de deficiências. Gostaria que você soubesse disso que é algo pequeno, mas já é um sinal de uma preocupação que nós tivemos na montagem do Museu. Há uma consciência maior, da própria mobilização de pessoas que se organizam buscando melhoria das condições para os deficientes físicos. Devemos realizar esse seminário aqui no campus, pelo Departamento de Patrimônio Histórico, exatamente pensando nas formas de facilitar o acesso e pensar que é um público importante.

Tânia Rodrigues

É para nós extremamente difícil. Considero que o Brasil, principalmente o estado do Rio de Janeiro e o município do Rio de Janeiro encontram-se muito atrasados nessas adaptações, e a gente tem que brigar muito para que elas sejam realizadas, porque, na verdade, a minha limitação está diretamente ligada ao acesso. Hoje, vários portadores de deficiência, não podem, mesmo que quisessem, desempenhar determina-

das funções. Por exemplo, se quiser ser advogado, tem que pensar inúmeras vezes, ter alguém que se proponha a te carregar e fazer algumas tarefas, porque os Fóruns, de um modo geral, têm escadas. E quando não têm escadas, fazem como aquele Fórum Federal, na Cinelândia: eles recebem os documentos na sobreloja e o elevador não pára na sobreloja. Quer dizer, as pessoas tornam a nossa vida extremamente difícil; eu, por exemplo, tenho que ter todo um planejamento hoje, porque andar de cadeira de rodas é muito pior do que andar de muletas. Com elas eu não me sentia muito deficiente, me sentia normal, porque eu subia em ônibus, escada, fazia tudo. A partir do momento que passei a andar na cadeira de rodas, a minha vida ficou extremamente limitada. Para dirigir já é difícil, porque tenho que pedir a alguém para colocar a cadeira na mala do carro, e antes não, eu dirigia tranqüila. Tenho dois filhos e até na hora de fazer a cesariana estava dirigindo, não tinha problema algum, trabalhei até a véspera. Quando eu passei a usar cadeira de rodas é que a minha vida mudou. Eu falei “meu Deus” e isso é porque achei que estava conscientizada para isso, mas não estava.

Quando comecei a usar cadeira de rodas, fui convidada para ser madrinha de um casamento. Então comecei a procurar vestido. Entrei em uma loja, tinha um vestido bonito, falei para o meu marido que iria comprá-lo. Perguntei à vendedora quanto custava, era aproximadamente quatrocentos reais nos dias de hoje, e eu me assustei. O meu marido perguntou se ainda assim eu iria comprar o vestido, mesmo custando mais que um salário mínimo. Eu saí da loja chorando e ele não sabia porque. E falei que não compraria mais. Saí chorando porque achei que a vendedora iria pensar que eu não tinha dinheiro para comprar o vestido. A menos valia estava na minha cabeça, no meu subconsciente.

Em época de campanha, sou bloqueada. Se me colocarem aqui para falar, para conversar, eu faço tudo, mas se pede para eu panfletar eu fico bloqueada. Porque se for panfletar, alguém quer me dar esmola, as pessoas nem ouvem o que estou falando.

Houve uma vez que parei em um bar no centro de Niterói, os meus pacientes estavam presentes, me cumprimentaram e disseram que iriam panfletar junto de mim, queriam me ajudar. Havia alguns idosos lá. Na hora que eles pararam e eu fui dar um panfleto, uma mulher disse que não tinha trocado. O meu paciente, foi atrás dela e disse que eu era sua doutora. Como se estivesse dizendo a ela que eu não era um pedinte ou um vendedor de balas. As pessoas não me enxergam.

Costumo dizer que no Brasil, cadeirante não tem identidade. Nós não temos identidade, somente a temos nas pára-olimpíadas, porque usamos um crachá, eles olham para o retrato para ver se somos nós mesmos. Fora isso, aqui no Brasil não tem condições. Qualquer um pode sentar na cadeira e fazer campanha para mim, dizer que é Tânia, e as pessoas acreditam. Somente as pessoas mais chegadas que, obviamente, não acreditarão. Ainda nessa questão do portador de deficiência, eu, por exem-

plo, se estiver com sede, não tomo a água toda, porque eu tenho certeza que não terá um banheiro adaptável. Então se eu precisar usar o banheiro, tenho que me programar, programar a minha bexiga, para dar tempo de chegar na Assembléia Legislativa e utilizar o banheiro de lá. Usar o banheiro da Assembléia, para mim é lógico, porque lá eu sei que tem. Ou senão, tenho que ficar o dia inteiro, até retornar para a minha casa. Eu estou falando aqui, só posso molhar a boca um pouco e não posso tomar todo o líquido, mesmo que esteja muito calor. É muito difícil. Se eu for viajar, por exemplo, todas às vezes que eu faço uma viagem longa, eu tenho quase sempre uma infecção urinária. Porque já tenho que preparar a bexiga, alguns dias antes, para não usar o banheiro do avião. Na maioria das vezes, tenho uma infecção urinária depois da viagem, porque venho num avião tomando pouca água, mesmo com aquele ar ressecando a garganta, somente para não utilizar o banheiro. Então, a vida fica muito difícil. Imagina se eu trabalhasse aqui e tivesse uma diarreia de repente, como seria? É muito complicado. Você vai ao teatro, ato que as pessoas não pensam que deficiente faz; quando nós saímos, acham sempre que estamos indo ao médico. E, para o lazer, por exemplo, não tem condição. Eu já tive um amigo que sofreu no Maracanã, pois, de repente, teve uma diarreia. Além de não ter adaptações para deficientes, o banheiro é todo sujo. Meu amigo sofreu muito.

São muitas as dificuldades que o deficiente enfrenta e que têm soluções simples. O grande problema é conscientizar nossos construtores, engenheiros, arquitetos, pois infelizmente, no Brasil, formamos por ano quantidade enorme de profissionais despreparados para atender a essas questões.

Pedro Carlos de Moraes Sarmiento Pinheiro

Meu nome é Pedro Carlos, sou médico do Hospital Jesus. Atualmente estou na chefia da Ortopedia desse mesmo hospital. Tentei lembrar onde você deve ter ficado.

Tânia Rodrigues

Não me recordo porque eu era tão pequena e depois não retornei mais.

Pedro Carlos de Moraes Sarmiento Pinheiro

Eu me lembro de quando eu entrei no Hospital, em setenta e três ou setenta e quatro, era residente, fazia o diagnóstico de pólio, na fila de triagem na rua. Nós fazíamos a triagem na época, dos pacientes ortopédicos. Lembro-me de ter feito muito diagnóstico de pólio na rua. Na fila, nós que colhíamos dados na época. E o lugar onde você ficou, hoje não existe mais. Na década de setenta, entre oitenta e noventa por cento do diagnóstico dos internados eram de pólio. O restante era de outras enfermidades. E grande número de pacientes de pólio vinha de todo o país. Como você

falou, realmente a primeira cirurgia de coluna, no Brasil, foi feita no Hospital Jesus. O Doutor Oswaldo era muito amigo de Sabin, convidou na época Paul Harrington, um texano. O Oswaldo era casado com uma americana e, naquela época, já viajava aos Estados Unidos, como hoje se vai. Oswaldo era muito à frente de todos, ia com frequência aos Estados Unidos. Ele trouxe o Paul Harrington para operar no Brasil. Quando foi feita a primeira cirurgia tinha muito fotógrafo. E o Paul Harrington veio ao Brasil exatamente porque lá na América ele tinha dificuldades em fazer a cirurgia. Ele até trouxe o instrumental dele, e hoje ainda temos esse profissional. Outro detalhe importante, que assino em baixo, é em relação ao que você colocou, Tânia. Já estou no Hospital há vinte e oito anos, e até hoje brigo pela presença de um laboratório de órtese e prótese, porque é fundamental para nós que trabalhamos com deficientes físicos.

Existe uma casa que foi fundada na mesma época da ABBR, em São Paulo, que se chama ACD. E a ACD hoje é de produto nacional, as órteses e próteses são feitas de ótimo material e é tudo nacional. A ABBR foi fundada com a mesma intenção, com o mesmo propósito, porém não vingou. Ou seja, a ACD, hoje em dia, é um mundo, é um ambiente fora da realidade brasileira, e a ABBR continua na realidade brasileira, ou seja, quase acabou há alguns anos atrás, e agora está se tentando melhorar um pouco. Isso que você passou no seu depoimento é exatamente o que acontece. Nós mandávamos os pacientes fazer a órtese e demorava um ano para ficar pronta, e quando o paciente levava a órtese para nós, ela estava inadequada. E hoje em dia lá no Hospital Jesus, o fundador, provavelmente da órtese da ABBR trabalha comigo. Levo-o junto a mim para o Hospital Jesus, para ele fazer com as crianças deficientes o aparelho obviamente que é pago pela família. E funciona assim, lamentavelmente. Já passaram vários diretores, secretários de saúde do município, e sempre peço, que é fundamental, para nós que trabalhamos com crianças deficientes, que haja essa humildade de trabalhar com protético e o osso-protético. Eu trabalho com um profissional que até hoje está lá ao meu lado, e nós trocamos idéias em relação ao que é melhor para o paciente. Eu tive a oportunidade de ver que o protético que faz laboratório funciona, na América. E isso procuro fazer aqui no Hospital Jesus. Nós trabalhamos exatamente com o mesmo protético, desde o começo. E eu tenho a honra de trabalhar com um protético.

Então, Tânia, o seu depoimento é muito importante. Dizer que muita coisa não mudou, as dificuldades que você como paciente tem, nós também temos como médicos. Queremos fazer o melhor para os nossos pacientes, mas os gestores e os secretários não atentaram ainda para as dificuldades dos deficientes físicos nesse país, que continuam as mesmas, exatamente como você falou. Em relação a isso, é uma vitória pessoal, sua, da sua família, e é assim que funciona; se você depender do Estado, a dificuldade é enorme. Eu queria te agradecer e fico muito feliz por você ter sido bem-

sucedida, só lamento os ocorridos que você falou, que não são bons, e te peço desculpas em relação ao erro médico do Hospital.

Tânia Rodrigues

Eu queria dizer que nós temos uma fábrica de cadeira de rodas na Associação. Nela, desenvolvemos as cadeiras e vendemos peças para a ACD. Essa instituição faz, na maioria, cadeiras de rodas específicas, porque ela compra equipamentos e monta. Nós estamos procurando fazer o mesmo, mas as cadeiras de rodas especiais, principalmente para crianças, são extremamente caras porque os equipamentos nós temos que comprar, porque não fabricamos, e isso faz com que o preço final da cadeira fique muito alto. Nós desenvolvemos uma cópia dessa cadeira, feita por um engenheiro. Então acontece que nós fizemos uma cadeira de qualidade e de baixo custo, algo difícil no país. Mas nós não vendemos essas cadeiras para as ortopedias, porque se vendermos, o preço para o consumidor poderá ser o dobro ou o triplo do valor que repassamos às ortopedias. Então, o custo não será baixo como queríamos que fosse. Desse modo, somente vendemos essas cadeiras para as associações de deficientes físicos do Brasil, incluindo a ACD e a ABBR ou para o SUS. Para esse último, conseguimos que fosse feita uma padronização de cadeiras destinadas à doação. Hoje eles procuram comprar a nossa cadeira que custa mais barata, que é de ferro, mais pesada que a de alumínio, e cobram do sistema uma cadeira quase três vezes mais cara, como a de alumínio. Infelizmente, é isso que acontece no país. Todo mundo sabe disso e não acontece somente com o empresário, mas com algumas ONG's. Quer dizer, é difícil fiscalizar também essas doações. Agora, não sei se os funcionários do Ministério da Saúde estarão aqui, porque eles criaram uma rede de reabilitação, que ainda não tive a oportunidade de ver a portaria, mas eu espero que consiga realmente contemplar alguns portadores de deficiência. Porque na verdade tem que acabar no país essa mentalidade de achar que parlamentar, Lions e Rotary, é responsável para dar órteses e próteses para as pessoas. Eu nem falo que a gente tem uma fábrica de cadeiras de rodas, porque se eu disser, no meu gabinete vai fazer fila para pedir cadeiras de rodas. Então isso é gritante nesse país, porque a necessidade está aí, as crianças sem poder andar, as pessoas se jogando no chão. Têm vários parlamentares que incentivam essa questão. Mas muitas vezes, somos forçados a dar. Existe uma quantidade mensal de doações, e existe uma fila uma enorme aguardando, porque é extremamente necessário.

Nos Estados Unidos, as pessoas saem do Hospital já protetizado ou com uma órtese, caso tenham necessidade. Aqui não, aqui eles saem e, se Deus quiser, vão conseguir uma cadeira de rodas usada, ou alguém que fez uma doação, ou algo do gênero. No Brasil, o deficiente não tem garantias.

Penso que é essencial um programa de doação, como já existiu. Eram dois e meio por cento em cima das consultas ambulatoriais e agora não temos controle sobre isso.

Anna Beatriz de Sá Almeida

Eu queria agradecer à Tânia, e dizer que, infelizmente, extrapolou o tempo da Deputada e da mesa, não vamos poder mais abrir para a platéia. Mas agradecemos a você, Tânia, mais uma vez.

Tânia Rodrigues

Eu trouxe uma cartilha, que o nosso mandato sempre faz. Já fiz quatro dessas. Ela fala sobre o portador de deficiência e a legislação que o contempla, é bem resumida, mas apresenta as principais. Isso porque acreditamos que as pessoas possam resgatar a sua cidadania a partir do momento que conheçam seus direitos, e então fizemos essa cartilha que pode ser importante para dar aos portadores de deficiência e seus familiares. Caso queiram, podem vir pegá-la. Muito obrigada a todos.

.....

Anna Beatriz de Sá Almeida

Acreditando que vamos vencer os desafios da tecnologia e conseguir colocar o *Datashow* para funcionar, vamos inverter novamente e convidar o Doutor Eduardo Maranhão para falar sobre a epidemiologia, vigilância epidemiológica, enquanto tentamos que o Doutor Edson possa fazer uso do *Datashow*.

Eduardo Maranhão

Obrigado, bom dia. É um prazer estar com os meus amigos aqui da Casa Oswaldo Cruz, que tiveram a gentileza de me convidar para participar dessa mesa. E também é um grande prazer ver aqui colegas que batalharam e viveram essa experiência importante e dizer que sou um pouco triunfalista da erradicação da poliomielite, como o Reinaldo, Cristina, Ivanildo. É igualmente um prazer vermos também os nossos colegas do Hospital Jesus, que teve um papel importante aqui no Rio de Janeiro. Agradeço também Itamara Meilman, companheira no trabalho com a poliomielite no Brasil.

Vou falar sobre a vigilância epidemiológica da pólio. No primeiro momento, vou pontuar algo dos pilares, o significado de algumas atividades básicas para a inicia-

tiva da erradicação da poliomielite. A seguir, vou tentar puxar algumas referências históricas, datas e momentos que foram importantes na evolução da vigilância epidemiológica da poliomielite. E vou tentar, no final, assinalar alguns pontos que considero que foram chave para o êxito da vigilância epidemiológica na iniciativa da erradicação da poliomielite.

A estratégia para a erradicação da poliomielite está apoiada em quatro pilares. Compreende a alta cobertura de rotina de vacinação; a vigilância da vacina oral contra a poliomielite, a OPV, a vacina Sabin; a imunização através das campanhas de massa, os Dias Nacionais de Vacinação; e uma vigilância epidemiológica efetiva. E nos estágios finais, quando poucos casos estão ocorrendo, ou já não ocorrem mais, as realizações da operação limpeza, que é a vacinação casa-a-casa, em áreas onde o vírus ainda persiste.

Eu vou abordar esse quarto pilar da estratégia da erradicação da pólio, que é a vigilância epidemiológica, uma rede de informação que sustenta a iniciativa da erradicação. Então sem essa referência investigativa, seria impossível identificar onde e como os poliovírus selvagens estão circulando, ou verificar quando eles foram erradicados. Para o Programa Ampliado de Imunizações (PAI), da Organização Pan Americana, ou Organização Mundial de Saúde, a vigilância apresenta dois eixos: a vigilância da doença, que é o acompanhamento epidemiológico da doença, onde se vê as tendências, oscilação da doença, variação sazonal, como se acompanha a doença. E um outro eixo importante para o enfrentamento da doença, que é a vigilância da medida altamente efetiva e eficaz, que é a vacina. Trata do monitoramento das coberturas de vacinação, a vigilância de eventos adversos, que Reinaldo depois em algum momento vai abordar o tema “Eventos adversos de vacinação”, especificamente para pólio eu acredito, e a vigilância da logística e da cadeia de frio. Ou seja, como se acompanha isso, para que a vacina chegue na ponta do sistema de modo a estar mantendo a sua capacidade de produzir uma resposta imunológica satisfatória.

Agora vou tentar apontar alguns momentos da vigilância da pólio, como se fossem alguns pontos que pudessem servir de referência para a história, já que o nosso tema é a história da poliomielite. Em 1968, o Ministério da Saúde, através da extinta Vigilância² Epidemiológica da pólio, introduziu a notificação obrigatória semanal, feita por cada secretaria estadual de saúde. Já em 1971, com algum conhecimento das características da circulação do poliovírus selvagem no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu, em face da ocorrência de repetidos surtos da doença em vários pontos do território nacional, o Plano Nacional de Controle da Poliomielite. Neste plano foi adotada a estratégia de vacinação em massa, em um só dia, compreendendo na

² Final da fita 1 lado B

época três etapas anuais de vacinação, em um grupo etário de três meses a quatro anos de idade, e realizadas em períodos distintos nos diversos estados do país.

Até 1974, a maioria dos estados somente notificava casos e não havia uma vigilância sistemática, não se fazia investigação de casos notificados. O diagnóstico laboratorial era extremamente precário, ou praticamente não existia, além de outras atividades essenciais a vigilância epidemiológica da pólio. Ainda nesse mesmo ano, o Plano Nacional de Controle da Poliomielite foi incorporado ao Programa Nacional de Imunizações e abandonou a estratégia de vacinação em massa através de campanhas de um só dia, adotando a vacinação de rotina através da rede básica. A partir de 1975, iniciou-se a vigilância da pólio em âmbito nacional no Brasil. Nesse mesmo ano foram notificados mais de três mil e quinhentos casos no país, e a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública, a Fundação SESP, implantou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e estabeleceu as normas técnicas referentes à notificação, a investigação de casos notificados, a confirmação laboratorial e a avaliação de seqüelas. Ainda em 75, iniciou-se a implantação da Rede de Laboratório de Saúde Pública, que assumiu a responsabilidade do diagnóstico da infecção pelo póliovírus nas amostras de sangue e fezes dos casos notificados. Entre 1975 e 1979, foram estudadas, de forma mais aprofundada, as características epidemiológicas da poliomielite e a análise dos dados disponíveis demonstrou que a vacinação realizada naqueles últimos anos, através da rede de serviços básicos de saúde era insuficiente para promover o controle da poliomielite, o que ocorreu também com relação às demais doenças evitáveis por vacinação. Então, diante desses fatos, o Ministério da Saúde decidiu reorientar as ações de controle da poliomielite, adotando a estratégia de vacinação em massa através dos Dias Nacionais de Vacinação. Em 1980, iniciaram-se as Campanhas Nacionais de Vacinação contra a Pólio, em duas etapas anuais, vacinando em um só dia o grupo de zero a cinco anos de idade, em todo o Território Nacional e, em consequência, houve uma acentuada diminuição do número de casos da doença, passando de 1.290 casos em 1980, para 122 em 1981. Em 1983, ocorreu o menor número de casos que até então haviam sido registrados nacionalmente, quarenta e cinco casos confirmados. Em 1984, as coberturas com a vacina oral contra a pólio nas Campanhas Nacionais começaram a cair, esse fato associado à baixa imunidade para pólio vírus Tipo III, produzida pela vacina oral utilizada na época, levou a ocorrência da última epidemia de pólio no país, com a expressão máxima nos estados do Nordeste. Esse é um ponto sobre a vacina que Akira Homma na parte da tarde terá a oportunidade de se aprofundar mais.

Em 1985, o Governo brasileiro, juntamente com os demais países da região das Américas, foi, então, conclamado, através da Organização Pan Americana de Saúde, a assumir o compromisso de erradicar a transmissão autóctone do pólio vírus selvagem. Esta proposta resultou dos avanços obtidos no controle da doença na região.

Em 1986, foi criado o Grupo de Trabalho de Erradicação da Poliomielite, o GT Pólio, que até hoje existe dentro do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), na FUNASA. Para alcançar a meta proposta era necessário um aprimoramento técnico traduzido por uma maior eficiência do programa de vacinação, um acompanhamento mais refinado do comportamento epidemiológico da pólio e o desencadeamento de medidas de controle oportunas e eficazes supervisionadas e avaliadas adequadamente. Em 1986, o GT Pólio, o Grupo de Trabalho de Erradicação da Poliomielite, iniciou os seus trabalhos num ano em que a epidemia de pólio no país atingiu o seu ponto máximo. Foram confirmados 612 casos no país, sendo que desses, 77% ocorreram na Região Nordeste. Em 19 de março de 1989, foi notificado o último isolamento do póliovírus selvagem no país, no Município de Sousa, na Paraíba, e tal fato deveu-se à conjugação de uma série de fatores como a mudança na formulação da vacina oral contra a pólio, que passou de 300.000 DCIT, para 600.000 DCIT para o pólio vírus do Tipo III, a realização de mais uma campanha anual de vacinação na Região Nordeste, além das duas campanhas nacionais; assim, o Nordeste começou a ter três campanhas anuais; a retomada de altas coberturas vacinais, que aí, a partir de 88, passaram de 90%; o aprimoramento da vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas e a intensificação das medidas de controle através da vacinação casa a casa, o que se chamou no Brasil de operação limpeza, em áreas de risco. No ano de 1989, foram realizadas trezentas e duas operações limpeza em municípios brasileiros, sendo que cento e quarenta e uma, na Região Nordeste, principalmente com base em alguns critérios. O critério principal era casos confirmados e/ou isolamento de póliovírus selvagem no período de 1987 a 1989. Durante essas operações limpeza foram vacinadas mais de 1.400.000 crianças menores de cinco anos. A partir de 1990 a 1993, foram realizadas outras cento e cinquenta e quatro operações limpeza em Municípios de ocorrência de casos de paralisia flácida aguda clinicamente compatíveis com pólio, onde foram vacinadas mais de 300.000 crianças menores de cinco anos. Em agosto de 1989, se criou a Comissão Nacional de Revisão de Casos de Poliomielite. Essa Comissão Nacional tinha a finalidade de revisar os casos confirmados e, posteriormente, os casos de pólio compatíveis, assim como aqueles dos quais havia dúvida quanto à classificação final. Acredito que dos nossos colegas que vão falar depois, alguns participaram diretamente dessa comissão.

A partir de 1990, embora mantendo as estratégias utilizadas até então para alcançar a erradicação da pólio, o Brasil direcionou o programa para o cumprimento dos critérios estabelecidos pela Comissão Internacional de Certificação da Erradicação da Pólio, criada com o apoio da Organização Pan Americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde. E o país cumpriu as exigências para a certificação. Uma das exigências era a ausência de casos autóctones de pólio confirmados pela virologia durante o mínimo de três anos, em circunstâncias de vigilância

epidemiológica adequada. Esse critério estava fundamentado por cinco indicadores, que permitiam avaliar a qualidade da vigilância das paralisias flácidas agudas, com o objetivo de comprovar se a ausência de casos autóctones se dava sob condições de uma vigilância epidemiológica. Então, cumpriu-se essa etapa. Os indicadores básicos eram de pelo menos 80% das unidades implantadas de notificação negativa, deveriam notificar-se semanalmente. Notificação negativa era uma definição de um sistema, de que não basta dizer que não tem casos, porque muitas vezes não se conheciam os casos, têm que se buscar os casos. Ao se afirmar que não houve casos, deve-se ter uma justificativa muito clara para demonstrar que na área, naquela região, naquele estado não está circulando pólio vírus, e que não houve realmente casos. Outro indicador é a taxa de notificação de casos de paralisia flácida aguda, que deveria ser de, no mínimo, um caso para cada cem mil habitantes menores de quinze anos. Esse é o indicador fundamental utilizado por todos os países das Américas, e que era necessário se cumprir para obter a certificação. Havia ainda o indicador em que pelo menos 80% dos casos, deveriam ser investigados dentro das 48 horas após a notificação. O quarto indicador é que pelo menos 80% dos casos de paralisia flácida notificados, deveriam ter duas amostras de fezes para cultivo do vírus, coletadas dentro das duas semanas seguintes ao início da deficiência motora. O último indicador, era pelo menos 80% dos casos deveria ter amostras de fezes de no mínimo cinco contatos.

Bom, outro ponto importante para a certificação era a necessidade da ausência de pólio vírus selvagem, detectáveis nas comunidades através de exames de amostras de fezes de crianças normais e da água de esgoto das populações de alto risco. E em 1991 e 1994, foram realizados inquéritos ambientais, em que se buscava nas águas residuais e nas águas de esgoto, detectar a existência do pólio vírus selvagem. Nesse período de 1991 a 1994, não houve isolamento de pólio vírus selvagem em quinze estados do país. Em dezenove municípios foram realizados apenas inquéritos ambientais, e em outros vinte e nove outros foram executados inquéritos ambientais e coprológicos concomitantes. Em todos esses municípios, não houve isolamento de pólio vírus selvagem. Outro critério importante para a certificação, foi a avaliação do Programa de Erradicação da Poliomielite por uma Comissão Nacional de Certificação, formada por várias pessoas de reconhecida competência do próprio país. E o quarto critério, e que é um critério importante, porque ainda permanece fundamental no momento, apesar de termos erradicado, é a adoção de medidas apropriadas frente aos casos importados. Estes são: o conhecimento e a investigação precoce e adequada de todos os casos de paralisia flácida aguda em menores de quinze anos; a intensificação de vigilância em áreas de risco de introdução de pólio vírus selvagem; a manutenção de coberturas vacinais altas, de forma homogênea, em todo o território nacional, com o objetivo de evitar formação de bolsões de suscetíveis; e a

realização de operação limpeza em todas as áreas, onde se avalie haver indicação. Todas essas medidas deverão constituir-se em atividades de rotina do programa, até que a poliomielite seja erradicada do mundo. Isso é importante manter, já que o Rio de Janeiro é um estado muito vulnerável, no nosso caso específico, na medida que recebemos grandes contingentes de outros países, principalmente de Angola. É um movimento intenso, há uma colônia angolana muito grande, e Angola, ainda, é um país que tem a poliomielite, casos de poliomielite e o vírus está circulando.

Agora para encerrar, gostaria de apontar alguns pontos-chave, que acredito terem levado ao êxito os programas de vigilância epidemiológica da poliomielite. Um deles foi a criação de uma vigilância efetiva e eficaz, com uma equipe de especialistas como, epidemiologistas, epidemiologistas de campo, virologistas, clínicos, que os clínicos eram e sempre são a linha de frente da chegada desses pacientes e os vacinadores, que foram importantes pessoas na ponta do sistema. E o fundamental é que na pólio – nós médicos sempre temos a política da clínica soberana, mas não é – o laboratório sim é soberano no caso da proposta da erradicação da pólio, é a definição, é a demonstração do vírus, que nos faz confirmar ou descartar o caso. Além dos clínicos, também os gerentes de programas, que eram importantes dentro de toda a parte operativa e organização desse sistema, que tinham que funcionar extremamente bem as engrenagens e estarem bem articuladas.

Outro apontamento ainda era o sistema de notificação. Ele procurou englobar os principais hospitais e consultórios e ter pelo menos uma fonte de notificação para cada unidade geopolítica, para estados e para municípios. Mais um ponto importante é que se superou a notificação habitual na época, uma forma tradicional, que era bastante passiva e se trabalhava sempre casos com rótulo de poliomielite, e se passou a notificar casos de paralisia flácida aguda, e não somente o que se rotulava como poliomielite. Paralisia flácida aguda, que vocês vão ver, possivelmente com o Reinaldo, que quando apresentar vai dar um ponto, da área clínica do diagnóstico diferencial, o quê era o mais importante no contingente onde poderíamos encontrar a poliomielite e diagnóstico diferenciado. Para alcançar outro objetivo importante, foi fundamental notificar semanalmente todos os casos de paralisia flácida aguda e notificar até mesmo a inexistência desses. Era a idéia de que essa inexistência tinha que ser notificada, conceito que permanece para o sarampo e para outras doenças, iniciado com a experiência da pólio que era a notificação negativa.

Outro ponto importante é que, para alcançar as mudanças no método habitual e tradicional de notificação, foi necessário capacitar e criar metodologias de capacitação especial, treinamentos, elaboração e produção de materiais instrucionais para cada nível do sistema de vigilância epidemiológica. Aqui é importante sublinhar, que a Escola Nacional de Saúde Pública junto com os nossos companheiros, na época da SNABS, tiveram um papel em conjunto muito importante nessa

capacitação, a nossa amiga aqui presente, Cristina Rocha, trabalhou em algum momento. Foi importante também vigiar, avaliar e supervisionar continuamente o sistema de vigilância, atualizando a notificação de paralisias flácidas agudas. Relevante ainda é que o sistema de vigilância respondia de imediato a todos os casos suspeitos, os quais eram investigados nas quarenta e oito horas seguintes ao seu conhecimento por um epidemiologista, e na maioria das vezes, por um profissional especialmente preparado, a fim de confirmar o diagnóstico e obter amostras de casos de paralisia flácida aguda, e de seus contatos para enviar ao laboratório. Está aqui conosco o doutor Edson Elias da Silva que representa, na realidade, essa dimensão, o laboratório, que tem um papel importantíssimo na erradicação da pólio. Estabeleceu-se e desenvolveu-se uma estreita colaboração e uma cooperação eficaz entre o pessoal operacional dos laboratórios e os epidemiologistas. Através de reuniões técnico-científicas, encontros e seminários. Estabeleceram-se, também, canais de comunicação com todos os laboratórios estaduais e regionais, que poderiam receber amostras de casos provados de pólio. Foi importante a cooperação entre os médicos em geral, médicos particulares e médicos privados, que tiveram um apoio. Essa cooperação foi apoiada, fundamentalmente, pela Sociedade de Pediatria, que foi imprescindível nas atividades para a vigilância epidemiológica. Essa colaboração próxima com a Sociedade Brasileira de Pediatria e em suas regionais no país. O desenvolvimento da comunicação social também foi de muita importância através das campanhas de sensibilização e educação. E havia um trabalho junto a pediatras, neurologistas, ortopedistas, e especialistas em reabilitação, afim de que tomassem consciência de sua cooperação e interesse, pois estes eram fundamentais para o êxito da iniciativa da erradicação da poliomielite. Foi essencial, ainda, a informação à população sobre a importância de notificar casos de paralisia flácida aguda, e sobre os procedimentos para realizá-la, através de campanhas de difusão com mensagens pelos variados meios, TV, rádio, artigos em periódicos, afim de que a população participasse da iniciativa da erradicação da pólio e também para que soubesse a quem notificar os casos de paralisia flácida. Um outro tópico relevante é que se mantiveram bem informados todos os participantes da vigilância epidemiológica, através dos informes, boletins, reuniões técnicas, encontros e seminários. Para melhorar e aperfeiçoar os sistemas de vigilância epidemiológica da pólio foram realizadas periodicamente as buscas ativas, tanto institucionais quanto comunitárias, principalmente nas áreas onde os indicadores mostravam uma vigilância epidemiológica deficiente, ou as unidades estavam notificando zero casos.

Para terminar, gostaria de mostrar três projeções e, então, encerro. Está dando para ver mais ou menos, mas dá para ter uma idéia. Nisso, quem viveu a pólio, bateu toda hora de frente com esse gráfico. A vigilância da pólio realizada pela propaganda vendeu, é lógico, o sucesso, o êxito. O que vemos claramente é o impacto que se

sucedeu entre 1979 e 1980, terminando em 1992. No entanto, em 1994 o número de casos continua zero, e depois desse ano, também continuamos com a mesma quantidade de casos. O que observamos aqui é uma queda brusca, intensa, e depois, em 1986, foi aquela epidemia no Nordeste, depois o Doutor Akira falará da modificação da formulação da vacina. E, enfim, conseguimos zerar os casos, e, em 1994, fomos certificados, de início com um primeiro documento, porque para a erradicação global mundial, o Brasil terá, como todos os outros países, terá que passar por uma nova certificação.

Agora, para finalizar, queria apresentar imagens que conseguimos. Entre as décadas de 40 e 50, o tratamento ficou muito nos pulmões de aço. Acredito que tenha até algo importado no Hospital Jesus, que está no acervo. Não temos mais essas tristes imagens. E também, não temos mais essa triste imagem de crianças brincando alegremente, porém gravemente mutiladas. Quanto a isso, tivemos como exemplo o depoimento da Deputada Tânia Rodrigues, sua experiência de vida. Limitações que conseguiu superar de maneira brilhante, mas que nem todos têm a oportunidade de compartilhar. É esse o resultado que queria dar. Obrigado. (aplausos)

.....

Anna Beatriz de Sá Almeida

Agradeço ao Eduardo. Vamos dar seqüência à mesa, e, vendo que não vencemos a tecnologia, não utilizaremos o *Datashow*. O Doutor Edson falará a respeito da importância do laboratório e do diagnóstico da erradicação da pólio.

Doutor Edson Elias da Silva

Eu peço desculpas a vocês. É uma honra estar presente aqui nesse evento. O Doutor Hermann que foi o palestrante convidado a participar desta mesa, mas como não pode comparecer, me pediu que o substituísse. Não tive tempo de preparar umas transparências especialmente para isso. Infelizmente eu havia trazido *slides* em *Datashow*, que não vou poder apresentar.

Nunca tive a oportunidade de falar assim. Vou tentar, nesse tempo, passar um pouco da minha experiência. Eu sou o chefe de laboratório de enterovírus do Departamento de Virologia do Instituto Oswaldo Cruz, a cerca de catorze anos, que é tempo suficiente para ter presenciado muitas experiências dentro desse programa de erradicação da pólio.

Aproveitando um pouco do que o Doutor Eduardo já havia citado, e foi dito também inicialmente, normalmente as pessoas gostam muito de comparar o Programa

de Erradicação da Pólio com o que foi feito anteriormente para o programa de erradicação da Variola. A gente acha que isso é correto porque a maneira epidemiológica de tratamento é similar ou é bastante parecido, porém com uma diferença, flagrante e clássica, que todo o caso de infecção da variola era uma doença que se manifestava. A importância do laboratório na erradicação da pólio é justamente essa, ou seja, quase 100% das infecções pelo vírus selvagem de pólio são inaparentes, sendo que 1% dos indivíduos infectados pelo vírus selvagem adquirem a seqüela. É notória a importância dos laboratórios, pois além de pólio vírus, outros enterovírus também podem causar quadros de paralisia, e esses quadros são indissociáveis daqueles causados pelo vírus da pólio. Ou seja, as infecções, na maioria, são imperceptíveis, e outros vírus podem causar quadros similares, quadros semelhantes à pólio, que chamam de *pólio life*. Para participar da vigilância da pólio, essa rede de laboratórios teve início no final dos anos setenta, constituída por oito laboratórios e o laboratório da Fiocruz. O laboratório do Departamento de Virologia da Fiocruz foi criado pelo Doutor Hermann Schatzmayr em 1963 ou 1964, se não me engano, na Escola Nacional de Saúde Pública. Posteriormente, na década de 70, foi transferido para o IOC e no final dessa mesma década foi criada essa rede constituída de oito laboratórios. A Fiocruz era o laboratório de referência para o Ministério da Saúde desde essa época, como ainda é até hoje. Em 1989 ou 1990, esse número de laboratórios que eram oito, passou a ser apenas três, a Fiocruz continuou sendo a referência para o Ministério da Saúde. A partir dessa data, o laboratório obteve mais status, porque fomos também designados e escolhidos como referência regional da Organização Mundial de Saúde. Ou seja, a região das Américas tem um laboratório de referência, que é a Fiocruz, e tem outro laboratório no CDC, que é um laboratório especializado. Há cinco laboratórios especializados no mundo e quatorze laboratórios regionais. A Fiocruz é um desses quatorze laboratórios, existem outros laboratórios que são chamados Nacionais, como há atualmente em Recife e Belém, responsáveis pelo isolamento de pólio vírus naquelas regiões.

O programa veio dessa maneira sob o ponto de vista de laboratório, de oito laboratórios passamos a ser três laboratórios.

Gostaria de mostrar a evolução dos métodos de diagnóstico, o diagnóstico clínico é naturalmente³ entre o pólio vírus selvagem e o pólio vírus vacinal. Todo o pólio vírus isolado no Brasil era classificado em pólio vírus vacinal ou pólio vírus selvagem, baseado em métodos de virologia clássica. Esses métodos foram evoluindo e a nossa participação a partir de 1985 foi nesse sentido, ou seja, de desenvolvimento de técnicas mais moleculares para detecção de pólio. Penso que a grande importância do laboratório, no que o Doutor Eduardo se referiu anteriormente nesses dias regio-

³ final da fita 2 lado A

nais de vacinação, nos dias nordestinos era o seguinte: em todo caso, sempre que fosse detectado um pólio vírus selvagem, o vírus era isolado, isso era feito rapidamente em um dia, notificávamos isso ao Ministério e se aquele vírus era do Nordeste, normalmente o vírus era do Nordeste, eles iriam fazer a vacinação de bloqueio, em volta daquela casa. Naquele local, todo mundo era vacinado. Então isso era interessante, pois eu conseguia ver a utilidade do laboratório. Nele, nós, praticamente, dirigíamos uma ação da epidemiologia, e isso é muito gratificante de ver. E é lógico que, se não fosse a vacina, não estaríamos aqui conversando sobre isso, visto que a vacina é o principal adversário do vírus.

Gostaria de lembrar que esse programa é de erradicação do pólio vírus autóctone, quer dizer, nós não estamos erradicando a poliomielite, porque essa doença também é causada por outros vírus. E todos os dias no laboratório, recebemos entre dez e vinte amostras de fezes. Isso porque diariamente há crianças que contraem a paralisia, e isso é uma preocupação nossa. Atualmente uma linha principal de investigação em nosso laboratório seria de quais são esses enterovírus que estão atuando de maneira predominante nesses casos. Uma outra colocação interessante atualmente é que, apesar de ser um seminário de comemoração dos quarenta anos de utilização da vacina, a OMS não pensa em utilizar outra vacina dentro da erradicação da poliomielite no mundo, prevista para 2005. Tenho participado de várias reuniões sobre isso na OMS, com questões sobre parar de vacinar, continuar com a vacina Sabin ou se utilizar a vacina inativada. Minha opinião é que países como o Brasil, não falando de modo negativo, mas pelo fato de haver discrepâncias sociais, podem erradicar a poliomielite utilizando a vacina Sabin. Nos Estados Unidos estão utilizando a vacina Salk, porque eles perceberam que seria muito mais barato utilizar a intradérmica, do que pagar advogados que processavam o Estado, por causa de poliomielite associada à vacina. Existem questões práticas também. Agora sob o ponto de vista molecular, a minha opinião pessoal é que a vacina Sabin, se fosse lançada atualmente, se tivesse ficado pronta hoje, dificilmente seria liberada para o uso humano, apesar de eu ser um torcedor da vacina Sabin, acho que ela é fabulosa frente a todos os gráficos de erradicação de pólio que têm no mundo evidenciando que a relação custo-benefício é imensa. No entanto, é uma vacina que tem problema, porque o pólio vírus é classificado como outros vírus, HIV, o vírus da febre aftosa, que são vírus cujo genoma é RNA, sob o ponto de vista molecular. Isso porque o RNA é chamado de quase espécie, não é nem uma espécie. Se utilizarmos hoje, por exemplo, um vírus de pólio no laboratório e começarmos a replicá-lo, obteremos subpopulações desse vírus. Então, quando se adquire o vírus de pólio, ele replica no intestino humano, começa a sofrer mutações lentas e reverte à seqüência consensos. O pólio vírus do Tipo I, por exemplo, veio de uma amostra chamada Marroney, isolada em 1940 num estado norte-americano. Esse vírus sofreu um processo de mutações. Trouxe também

um gráfico para mostrar, foram dezenas e dezenas de passagens em epiderme e testículo de macaco. Isso foi feito por dois pesquisadores do CDC, em 1953, C.T. Lee, chinês, e Shaker, um americano. Esses pesquisadores atenuaram esse vírus selvagem após cerca de quarenta e cinco passagens em hospedeiro não humano. Eles, então, criaram quatro linhagens de vírus, chamadas LS C, LS A, B e C. Essa LS C foi enviada ao laboratório do Doutor Sabin, que realizou dois experimentos de plaqueamento, a LSCC2A2. No segundo experimento, uma daquelas colônias não era virulenta para macacos, e esse processador já havia mostrado isso também, mas eles não tiveram a coragem de achar que tinham uma vacina nas mãos. Por causa disso a vacina foi atenuada por passagens sucessivas. Quando o vírus se replica no ser humano, ele começa a restituir aquelas bases que sofreram mutação, e essa é a principal linha de investigação em um laboratório de pólio. Atualmente no mundo, é muito estudada a verificação da estabilidade genética dos pólio vírus vacinais, que são isolados, tanto do meio ambiente como num caso de paralisia flácida. Isso está possivelmente relacionado a dois fatores: o primeiro é a deficiência em taxa de cobertura vacinal, porque apesar do vírus sofrer mutações, o remédio para isso ainda é a vacina; a segunda questão é a imunodeficiência ou uma hipogamoglobulinemia, onde o vírus se replica no indivíduo portador da deficiência e readquire um fenótipo selvagem. E desse modo ele pode adquirir um novo nicho ecológico e, diante da possibilidade de não haver uma quantidade de indivíduos vacinados que possa neutralizar aquele vírus no momento em que ele estiver circulando, encontra-se, nesse caso, a legitimidade da vacina. Foram descobertos alguns casos desses na Argentina, com um vírus derivado, tinha sofrido várias mutações, proveniente de um indivíduo imunosuprimido, e, como a taxa de cobertura vacinal na região era alta, o vírus não circulou. Na Ilha de Espanhola, que compreende os países República Dominicana e Haiti, entre 2000 e 2001 ocorreram dezenas de casos. Foi uma epidemia de poliomyelite por vírus Sabin, a própria vacina gerando epidemia. Isso porque havia taxa de cobertura vacinal, em torno de 40%, possivelmente, ocorreu um caso índice, em que o vírus se replicou com liberdade, e os indivíduos não imunes ficaram com paralisia, e o vírus tornou-se selvagem. Isso já está bem relatado. Atualmente, a última epidemia por vírus de vacina aconteceu nas Filipinas, esse ano, mês passado. Existe o comentário de que o Brasil tem fama de sempre ter vacinado bem, isso é verdade, e agora existem grupos de indivíduos suscetíveis em alguns municípios tem taxa de cobertura um pouco mais baixa, mas temos examinado esses vírus, o genótipo, desde 1997, e nunca encontramos nenhum vírus diferente. Entretanto, ocorreu um caso em Arapiraca no ano 2000, que já é conhecido pelo Ministério da Saúde. A amostra desse caso foi negativa, quanto ao isolamento de vírus, e cinco dias depois, aquela deficiência motora já havia um caso sem seqüelas. Uma semana mais tarde já tinha sido resolvido o caso, e foram coletadas dez amostras de fezes de comunicantes. O

programa de pólio atualmente, não exige, pede ou sugere que o laboratório examine amostras de fezes de comunicantes, a menos que o caso seja clinicamente compatível. Como não foi o caso, aquela amostra ficou parada no laboratório de virologia, no caso o laboratório de Recife, e um ano depois um funcionário do laboratório examinando aquelas amostras, completamente por acaso, isolou um vírus. É mais difícil acontecer isso que encontrar o Bin Laden. Foi encontrado um vírus tipado, classificado como não-pólio. É um enterovírus não-pólio, e uma doutora que está fazendo uma tese em nosso laboratório trouxe todos os enterovírus não-pólio para que fossem estudados aqui com uma seqüência, para fazermos um levantamento da prevalência dos enterovírus não-pólio, que estão causando pólio de paralisia. Nós seqüenciamos e era um pólio I, quer dizer, estava errado. Quando nós olhamos o genoma desse vírus, ele era um pouco modificado, o que não é nenhum desastre. É um vírus que tem nove diferenças. Ele é 1% diferente. Essa percentagem é problema, porque o único caso que ele perde é para esses vírus da República Dominicana que tem 2 ou 3% de diferença. Então é 1% em 900 nucleotídeos que a gente examina. Nós relatamos ao Ministério, foi um Deus nos acuda, foi feita uma investigação de campo imensa, nossa colega pode relatar depois, ela é Diretora de Saúde do Município de Arapiraca. Nós, então, encontramos um vírus derivado, isso acontece no Brasil e pode acontecer em todo lugar pode acontecer.

É por isso que disse que a vacina Sabin, à luz da biologia molecular, seria perigosa atualmente, mas o custo-benefício é indiscutível. Penso que não tem como substituir a vacina, e na minha opinião, o Brasil vai erradicar a pólio usando a vacina oral, quer dizer, já erradicou. O mundo vai erradicar usando a vacina oral, dessa maneira. Esse vírus de Alagoas serviu como exemplo para que as taxas de cobertura vacinal, não desçam de um certo limite mínimo. Porque no Haiti e na República Dominicana aconteceram casos muito relevantes, em torno de vinte casos de paralisia. Isso significa que, se imaginarmos que um caso de paralisia pode significar mil indivíduos infectados, o país estava todo infectado. Na América Central estava praticamente todo mundo infectado, lá a população não é muito grande, e cerca de vinte e cinco pessoas ficaram parálíticas. Atualmente o laboratório de diagnóstico de enterovírus tem trabalhado nesse sentido, ou seja, a vigilância e o aprimoramento de técnicas de biologia molecular que dão o resultado mais rápido do que davam antes aos órgãos de Saúde Pública, que poderiam dirigir aquelas ações, e esse caso foi um exemplo de como a evolução das técnicas permitiu a gente a estabilizar um vírus diferente, sem nenhum problema. Felizmente a cobertura vacinal na área era alta, porque foi feito um inquérito, foram examinados sessenta mil prontuários na região e não foi encontrado nada que desabonasse a vigilância, não houve falha de vigilância. Aquilo, como é uma área de imensa circulação, área de passagem, porque é a segunda cidade de Alagoas, provavelmente, algum indivíduo excretou aquele vírus ali, não sabemos

porque ele não circulou, ele ficou restrito e foi achado muito por acaso. Então, são essas histórias, eu teria algumas outras coisas ali para mostrar e estaria completamente aberto para responder algumas perguntas se eu tiver possibilidade. Muito obrigado. (aplausos)

.....

Anna Beatriz de Sá Almeida

Foi rápido, deu tempo. Você estava tão preocupado que não conseguiria falar os vinte minutos, e falou quase dezessete. Obrigada Edson.

Vamos abrir agora para o público para que tenhamos o debate. Temos um tempo razoável até o meio-dia para fazer o debate.

Marli Albuquerque

Na sua opinião quais são os dados na realidade do Brasil que separam a pólio no Brasil como doença erradicada para doença possivelmente reemergente. Quais são os dados reais?

Edson Elias

Eu não sei se compreendi direito. A poliomielite não tem sido colocada como doença reemergente. Ela poderia ser reemergente se, na eventualidade, um vírus desse modificado ter a “liberdade” de ficar circulando em uma população e provocar casos de paralisia. Assim poderia ser dito que esse vírus, essa doença está voltando, mas este vírus não é do tipo selvagem. Então o programa não estaria ferido nesse particular. Se no Brasil identificássemos um vírus selvagem de pólio, nós saberíamos em uma semana a origem do vírus. Se for um vírus daqui do Brasil, do Nordeste, a gente tem a seqüência de tudo, ou se seria um vírus de Angola, um vírus da Índia, locais que tenham o vírus selvagem. Então, o problema do vírus seria se ele encontrasse um ambiente propício, então você poderia dizer que a doença reemergiu. Mas neste caso, isso não é considerado não. Se o último pólio vírus selvagem isolado na Região das Américas, no Peru, em 1991, caso aparecesse novamente, nós saberíamos que esse vírus é o vírus do Peru. Esse último caso de poliomielite nas Américas, o vírus foi isolado na Fiocruz.

Eduardo Maranhão

A erradicação do vírus selvagem, padrão definido, claro, por qual era o vírus que existia antes das importações, antes de chegar à erradicação. Outro é essa variante

do vírus vacinal, que foi essa experiência do Haiti e a República Dominicana. A experiência do Haiti, por exemplo, país com coberturas que não chegavam ou ficavam em torno de 40%, deu oportunidade para o vírus vacinal. No caso, um vírus vacinal, circulando quase dois anos sem apresentar casos paralíticos. Mas nessa passagem ele foi se transformando, como disse o nosso *expert* aqui, a estrutura, o código genético do vírus vão sofrendo em alguns blocos alterações, no que chegou a uma alteração de 3%. Foi quando começaram a aparecer casos paralíticos por esse vírus. Nós notamos que há uma incapacidade do programa manter altas coberturas. No nosso caso, o Brasil mantém altas coberturas e relativamente homogêneas, por isso que nós devemos continuar mantendo campanhas de vacinação, de modo a ter e manter a população com esse nível de proteção bem elevado. O risco nosso é se, de repente, o programa começar a cair. Casos como esses, dessas variantes, já ocorreram no Egito, em 1981. Ocorreu esse do Haiti e da República Dominicana, e o último foi agora nas Filipinas. Mas também mostrava a mesma problemática. Nas Filipinas, coberturas extremamente baixas, relativamente baixas, possibilitavam esse tipo de circulação desse vírus, e aí retomou essa possibilidade de fazer a doença. O impasse do programa é que no momento que chegarmos à erradicação global, como vamos proceder nos termos de suspender a vacinação? Modificar os sistemas vacinais? Isso tudo está em pauta, está em discussão, não tem nada muito claro, nem muito definido. É uma discussão de várias correntes. Têm umas que pensam em combinar a vacina de pólio oral com a vacina injetável, com a Salk, fazer essas combinações, outros não defendem isso ainda, alguns defendem ter os tópicos de vacina oral monovalente, para cada pólio um vírus. O programa que se encontra é um impasse ainda. Em algum momento vamos chegar a um consenso e tomar uma direção. Se vai ser a mais apropriada ou não, o tempo vai dizer e a experiência vai dizer. Esse trabalho da pólio é realmente um trabalho que foi todo em cima de experiência. Laboratório, vigilância epidemiológica, clínica, todo mundo caminhando em conjunto, fazendo uma grande experiência que é essa, tentar substituir, fazer desaparecer um vírus que era natural, o selvagem, por um vírus vacinal, e depois até a outra etapa que é acabar com a possibilidade desse vírus vacinal se duplicar.

Edson Elias

Posso fazer um comentário? Todo o estudo sobre a existência e a duração dos vírus vacinais no meio ambiente mostram que depois de, no máximo, dois meses e meio, já não se detecta mais o vírus de vacina no meio ambiente. Encontra-se o vírus em esgoto, por exemplo, até dois meses depois da campanha de vacinação, depois eles desaparecem. Em Cuba isso está sendo muito bem feito.

Então, uma das alternativas seria um Dia Mundial de Vacinação, que seria o último com vacina oral em todo o mundo, assim então parariamos para ver o que acon-

tece. Em uma reunião que fui em 1999, os produtores de vacina Salk apesar de fazer uma propaganda imensa entre os pediatras, eles disseram o seguinte: “Nós viemos aqui para saber qual a estratégia aqui na OMS. Se vocês disserem que precisam de vacina inativada, nós precisamos de três a cinco anos para montar a linha de produção de vacina. Não conseguimos ter isso em menos de quatro anos”. Ou seja, como eu não vi nenhum movimento de produção de vacina inativada em massa, a vacina Sabin ainda vai continuar a ser utilizada. Eles precisam de muito tempo para produzir muitas vacinas, isso que é o negócio.

Reinaldo Martins

Eu assisti sexta-feira, lá em Maceió, a apresentação da Simone sobre o caso de Arapiraca. E isso me lembrou algumas epidemias, por volta do ano de 1986, que estava havendo uma epidemia de pólio em Arapiraca e a equipe do Ministério da Saúde foi lá para investigar o que estava ocorrendo, e o relatório foi terrível, porque a vacina era transportada em isopor, a tampa saía e as pessoas não colocavam no lugar, o vacinador não sabia o que estava fazendo, não sabia o que estava administrando, ou o quê que significava aquilo. O relatório era tão desanimador que, um tempo depois, eu perguntei o que haveria em Arapiraca. O Ivanildo respondeu: “Doutor Reinaldo, quem sabe o Senhor quer passar uns tempos em Arapiraca para nos ajudar a resolver os problemas de lá?” Nunca mais eu me esqueci disso.

Mas o que me chamou atenção na apresentação da Simone, é que as coberturas vacinais na rotina de pólio oral em Arapiraca, continuam relativamente baixas, em torno de 70%. Então eles conseguiram 100% de cobertura nas campanhas, nos Dias Nacionais. Imagina se em Arapiraca contássemos somente com a rotina até hoje no ano 2000 teríamos casos. O fato das campanhas terem atingido cobertura vacinal muito alta fez com que esse vírus mutante não tivesse para onde ir.

Edson Elias

Mas existem países que só utilizam vacina Sabin em campanha. Cuba é o principal exemplo. Por isso que os estudos lá são limpos, porque se pode saber, exatamente. Uma vez por ano, apenas, eles vacinam e não têm rotina de vacinação de pólio em Cuba, e isso até hoje não teve nenhum outro problema, está isolado.

Além disso, a utilização da vacina Salk ainda é questionável, porque parece que todos os estudos que demonstraram uma alta taxa de conversão sorológica para a vacina Salk, a população estava contaminada com a vacina Sabin. Não sei se isso é exatamente a verdade, mas os dados que são demonstrados são esses. Quer dizer, a vacina Salk é muito boa, porque o que está valendo hoje ainda é isso. Ela tem sido considerada boa, a vacina Salk melhorada, porque aquela população estava ainda

com um pouco de vacina Sabin rolando ali, o que fez com que o título dos anticorpos subisse mais.

Cristina Rocha

Eu acho que tem também a questão da baixa cobertura da vacina, pois a taxa de abandono da rotina em Alagoas é maior que a taxa nacional. Eu acho que a questão de você vacinar nas campanhas faz com que o pessoal não dê muita importância, tanto a população como os próprios médicos.

Edson Elias

É interessante notar também que eu não sei se a população gosta daquela gotinha, porque tenho a impressão que se fosse só vacina injetável, seria quase que um fracasso. Eu não sei, porque as doses, as duas gotinhas, chamam todo mundo, as famílias têm orgulho de levar. “É a décima oitava vez que estou levando o garoto para tomar a gotinha”. Não faz mal, quer dizer, acho que a campanha de vacinação com vacina oral, ela chama para outras vacinas. Eu acho que ela é positiva nesse ponto também.

Cristina Rocha

Isso está comprovado, esse é o momento de resgatar a imunização com as Injetáveis.

Nísia Trindade de Lima

É um comentário nesse sentido, também parabenizar vocês dois pelas exposições, mas sobre esses outros efeitos também. Assim como você falou de como a vacina Sabin chama para outras vacinas e até aquele relatório de vários sanitaristas críticos à vacinação, em termos de programas verticais, eles descreveram falando do aspecto positivo das campanhas de vacinação, até para a organização dos serviços de saúde.

Eduardo Maranhão

É a Taylor Comission.

Nísia Trindade de Lima

É muito interessante isso, porque quem era crítico, pensando que outras formas de prevenção eram mais adequadas, acabou vendo como positivo.

Agora tem uma questão que eu acho que vocês não mencionaram que é a estratégia da campanha como uma forma de controle. É o seguinte, eu acho que fica muito evidente a idéia da pouca estabilidade, que se tem em relação não só ao conhecimento, mas até à prática numa área como essa. Estabilidade em que sentido? as mutações genéticas que podem acontecer. Então há um elemento aqui imponderável, até o Eduardo falou, é a experiência que vai construindo, então eu acho que é muito interessante para a gente pensar, refletir, mas ao mesmo tempo nos deixa um pouco preocupados com relação a melhores estratégias, como vocês abordaram aqui também, de política de saúde pública. Então, uma questão que você colocou, ao fim da sua exposição, era como no caso da vacina Salk, em si a vacina inativada, requer um tempo, então, normalmente o desenvolvimento tecnológico, é impossível que ele acompanhe, até os achados que a virologia vai fazendo, que a pesquisa clínica vai indicando. Então é mais uma pergunta, como é que vocês vêem a questão de haver reservas estratégicas de outro tipo de vacina, se isso valeria, se não valeria, com esse conhecimento da virologia e da epidemiologia, se vocês acham que faria algum sentido pensar em algum tipo de reserva estratégica⁴.

Eduardo Maranhão

Para mim, no nosso caso específico, no Brasil, eu acho que tem que manter vacinação com a vacina oral, com altas coberturas e, à medida que vai caminhando para a erradicação global, vamos ter que encontrar uma solução que em um determinado momento vai se considerar a mais adequada, e poderá até não ser injetável, na medida que é uma experiência, ou seja, garantia e certeza absoluta não é possível e nem temos. Então eu vejo assim, e não fazer um investimento e fabricar uma vacina, como a Salk, que de repente você vai fazer um investimento, e que depois você vai, rapidamente se você zera, e se acaba com a pólio, não tem mais razão de você ter vacina, de ter investido e não vai ter o que fazer com essa vacina. Então, há outras vacinas, há outros problemas que valem a pena dirigir esse investimento de planta de produção, acredito. Eu acho que essa é uma boa pergunta para se transferir para o Akira, na parte da tarde. Essa é uma boa, porque ele estaria mais habilitado a poder questionar, justificar e dizer até se isso já tem passado pela discussão, do programa de autosuficiência. Eu acredito que no momento é isso, manter as altas coberturas de vacinação, para isso a estratégia adequada é a campanha. Nenhum país do mundo realmente, ou seja, países como o nosso, conseguem manter altas coberturas através do sistema de rotina. Isso você vê que mesmo o país que começou como quase um exemplo nas Américas, que é Cuba, foi através de campanha, e já em 1979, já não

⁴ Fim da fita 2 lado B

tinha mais pólio. Nós começamos em 79, Cuba já tinha acabado em 79, lógico, podem falar que Cuba é uma ilha, mas demonstrou, era uma demonstração de que essa é uma estratégia adequada. Há outros países que não trabalham com rotina de vacinação, o Japão não faz vacina, não oferece vacina todo o dia no posto de vacinação. É o momento em que eles oferecem vacina à população, é um pessoal muito organizado, faz um chamamento, o japonês é todo organizadinho, não é como essa nossa campanha agora da rubéola que tem que ficar chamando, tem que ampliar o prazo, apesar da gente já ter instituído uma cultura da vacina, e graças ao processo, a pólio teve um papel importante, o relatório da comissão Taylor, o relatório que você citou, que foi baseado num estudo em sete países das Américas, um dos países foi o Brasil, e que a gente viu a importância não só do próprio programa de imunizações, da criação do programa e o quê o programa trouxe de vantagens, de aspectos positivos, como também a iniciativa da erradicação da pólio, aí dentro do programa de imunizações, mostrando variados aspectos positivos, que foi esse de criar uma cultura, a pólio foi usada e o próprio programa de imunizações utilizou isso como mote, e puxou a população para outras vacinas e se aumentou a cobertura de vacinações, não só através de campanhas como também refletiu na rotina. Ou seja, as pessoas vão ao posto e exigem a vacina, antes não tinha ninguém que queria vacinar, agora no nosso caso específico da rubéola é em cima das mulheres em idade fértil, principalmente o pessoal mais jovem, mostrar ao adolescente e daí para cima que também este grupo é contemplado e é importante que eles vão estar vacinando.

Gilberto Hochman

Com essa experiência, cada época uma história de sucesso ou não, qual é a próxima candidata à erradicação, dadas as características do conhecimento, das experiências de organização, de laboratório, de vigilância. Quer dizer, como é que a gente pensa com essa experiência sobre a próxima e quais são os resultados, partindo de uma nova campanha global de imunização?

Eduardo Maranhão

Nas Américas, está definido o sarampo, a proposta é a erradicação do sarampo nas Américas. A OMS ainda não assumiu a idéia da erradicação do sarampo. Ela usa o termo eliminação, ou seja, é levar ao nível zero, a incidência zero, mas terá que se manter a vacinação. A diferença da erradicação não, você vai levar a nível zero, tem um período que elimina, mas depois você vai mantendo as ações, a medida que é a vacina, mas em um determinado momento você vai retirar a vacina. Você vai fazer desaparecer do ambiente o vírus. Então no caso, no Continente Americano a doença

eleita para essa próxima etapa vencida de erradicação, é o sarampo. Não sei se o Reinaldo quer fazer algum comentário?

Reinaldo Martins

Eu queria comentar sobre a injeção pediátrica. As crianças não gostam de injeção. É muito mais difícil chamar atenção para a injeção do que a gotinha, porque a injeção não é um procedimento inócua, seja ela qual for a injeção. Assim, são relacionadas à dor, pode dar uma paralisia geralmente braquial, que a pessoa toma a injeção e não lembra e a paralisia aparece em outro membro, está relacionado com qualquer injeção, seja de vacina, seja de antibiótico, qualquer que seja, para não falar nas lesões traumáticas que podem ocorrer, uma lesão traumática de nervo, então quando se fala de riscos, é bom também pensar no risco do procedimento de injeção.

Nara Azevedo

Pareceu-me muito interessante pensar nessa questão da rotina e nos eventos espetaculares. Um dia de campanha é um evento espetacular, no Brasil tem os personagens, as crianças são chamadas, é muito engenhosa essa forma de campanha, o Zé Gotinha. Eu acho isso muito engenhoso, muito atrativo. A minha pergunta para vocês é a seguinte: se já se sabe como atrair as pessoas, criando um grande espetáculo, por que não podemos com pequenos espetáculos, nessa rotina dos postos, envolvendo as escolas, entendeu? Eu acho assim, a rotina é uma questão dos postos de saúde que não funcionam, são ineficientes, enfim, qual é a questão? Se o ministério, as secretarias de saúde estaduais poderiam criar eventos, pequenos espetáculos, que fizessem parte da rotina dessas populações? Essa é uma questão. A segunda é um pouco mais geral, agora, quando o Doutor Gilberto falou sobre qual é o próximo candidato à erradicação, eu fiquei aqui pensando. Essa idéia da erradicação, ela não faz, assim um ponto de vista bastante filosófico, um problema sério para a questão ecológica, para a diversidade do ambiente, todos os temas ecológicos que estão em moda hoje e foram discutidos aqui? Quando você pensa em erradicar um vírus de um ambiente, o que se está fazendo, essa é uma questão mais geral, não sei se vocês se sentem à vontade para responder, isso é uma grande discussão, por isso que eu estou trazendo aqui.

Edson Elias

Parece que os vírus não participam de cadeia nenhuma, existe vírus para tudo, tem vírus de planta, vírus de mamão, de laranja, tem vírus de bactérias, são os bacteriófilos, muitas resistências, a maioria das resistências a antibióticos, que as bactérias apresentam são devido a presença de vírus que modificou o genoma das

bactérias e essas bactérias se tornam resistentes aos antibióticos. Mas esses vírus não estão em pauta porque são vírus bacterianos, eles não têm jeito de eliminar. O que eu falei que é filosófico, é porque quando eu comecei a estudar virologia, eu ficava muito surpreso em saber que vírus pode virar cristal. Você fabrica cristal em laboratório a partir de vírus purificado, é questionada a existência, vamos dizer formas de resistências entre aspas, ou de existência não detectada, por exemplo, de vírus de pólio, em cristais que existem no fundo do mar, por exemplo. Então, a gente trabalha para matar esses bichos mesmo, eu acho que isso não faria falta em cadeia alimentar, em cadeia nenhuma, na minha opinião. Pode ser que a gente descubra, e ainda pior, genomas virais podem talvez estar incorporado dentro das nossas células, sem que a gente esteja nem percebendo isso. Para o vírus tem que arrumar vacina, tratamento tipo antibiótico não existe. Eu não sei responder, na minha opinião... É opinião mesmo, não é uma resposta para isso.

Eduardo Maranhão

Eu acho essa resposta, em termos de uma maneira clara e muito objetiva, difícil de se demonstrar. Isso está baseado numa posição de ecologistas, a posição de ecologistas e conservacionistas que dizem que você não pode retirar uma espécie, ou seja, não existe valência negativa. Então se você retirar uma, ela será substituída por uma outra. Isso tem sido demonstrado claramente com mamíferos. Várias experiências mostram com mamíferos, bota coelho na Austrália, o coelho cresce de maneira assustadora porque ele desloca outros, então depois tem que pôr a raposa, e a raposa come o coelho, e cresce deslocando outras espécies.

Com o vírus ainda não há evidências, mas isso não quer dizer que não possa. O conhecimento técnico científico não tem evidenciado nada dessa substituição, mas não se pode ter a clareza e a certeza de antecipar o futuro. Agora, o que está demonstrando, que já temos com a varíola e é uma experiência longa e substancial, e com a pólio também já há uma experiência razoável, então, acreditamos que não existiria essa de uma coisa substituir a outra.

Na área da Saúde Pública vivemos intervindo, modificando. O ser humano desde que entrou no mundo, os animais também modificam, mas ninguém modifica tanto como a espécie humana, solucionam-se problemas, mas também criam-se problemas, e essa trajetória é isso. Nós estamos enfrentando no momento esse problema, mas acho que isso é uma regra extremamente ilógica, é filosófica, essa presença do ser humano modificando, eu não sei o que pode advir disso tudo aí. Temos visto alguns problemas até que colocam em ameaça a própria existência da humanidade.

Edson Elias

Talvez possa ser colocada a pergunta de outra maneira. Qual seria a participação dos vírus no processo evolutivo? Como os vírus participaram? Será que o vírus a partir daí é uma coisa que veio a evoluir, já que existe um genoma no interior de um vírus?

O vírus é basicamente um ácido nucléico, o DNA ou RNA, em volta a proteína, é um complexo molecular, disso aí, a célula tem um monte, não sob a forma de vírus. Então, a pergunta de repente seria essa. Qual a participação viral na evolução? Também, apesar de eu não saber responder, acho que seria mais bem dirigida nesse sentido, na evolução da espécie, se você falar isso para um estudante, um estudioso profundo, vamos dizer da parte espiritual, ele pode dizer que é a evolução anímica, eu não sei, a evolução de alma, sem querer desvirtuar completamente desse negócio de pólio, já desvirtuei.

Dilene Raimundo do Nascimento

Eu acho interessante essa colocação da Nara porque também marca diferenças, quer dizer (**inaudível**), a gente faz História da Doença, a História da Saúde e das Ciências Biomédicas, vocês fazem a prática das suas disciplinas. Isso que ela levanta em relação à erradicação do vírus da pólio, foi discutido também em relação ao vírus da Aids. Tem algumas defesas do surgimento do vírus da Aids, exatamente dessa mudança no meio ambiente dos microorganismos; quando você acaba com o vírus, como o Eduardo falou, pode possibilitar a virulência. Outros microorganismos que já estavam no meio ambiente adquirem virulência, porque você muda a dinâmica do meio ambiente dos microorganismos, existem teorias que defendem isso e o que estava se falando da pólio, acaba-se com o vírus da pólio, mas vão surgir outros. Vai ser como o Eduardo falou, a gente vai ter que combater aqui e agora aquilo que está trazendo prejuízo. Mas é interessante percebe as diferenças que existem entre os estudos e disciplinas.

Anna Beatriz de Sá Almeida

Agora a segunda pergunta da Nara, senão ela não vai ficar satisfeita.

Eduardo Maranhão

A segunda pergunta, a rotina, existe uma mensagem, que de vez em quando é veiculada pelo Ministério da Saúde, que diz: “todo o dia é dia de vacinação”, ou seja, todo dia os postos de saúde tem que estar preparados para vacinar quem quer que chegue. Em geral na maioria dos estados do Brasil, sim, se você for hoje em dia a

qualquer posto de saúde, eu não posso dizer que em qualquer lugar, pode ser, mas em geral na maioria, em qualquer estado que se vá, num posto de saúde, vai encontrar lá a vacina, um vacinador e o material necessário para vacinar. Então isso é graças à reestruturação do programa de imunização, que uma das contribuições importantes foi da própria iniciativa da pólio, que ajudou a empurrar e a reestruturar o programa. O programa de imunizações começa em 1973, mas ele vai tomando vulto a partir de 1975, mesmo a implementação dele, e a partir disso foi-se criando condições, antes não havia nada, não havia estrutura nenhuma nos próprios centros de saúde.

Nara Azevedo

A partir do seu raciocínio, o que eu posso entender, é que o Ministério da Saúde tem um sistema organizado, então a questão é que o problema está não tanto na estrutura, nos serviços, mas na população em geral.

É como os japoneses, eu achei muito interessante o que você falou, eles são todos organizados e em bando, você não precisa fazer consulta.

Eduardo Maranhão

O Centro de Saúde oferece, existe lá a vacina, a população procura, e cada vez procura mais os postos do Centro de Saúde, tanto que as coberturas aumentaram, mesmo para dentro da rotina, aumentaram se comparado com anos anteriores, vem aumentando de uma maneira substancial, mas o nível de cobertura que se consegue com a rotina, ainda não é o suficiente para chegar a uma proposta de erradicar uma doença, porque nós precisamos para um caso da poliomielite, uma cobertura acima de 95%, ou seja, quase 100% de cobertura. E essa capacidade operacional, os postos de saúde não têm, na maioria dos países do mundo não conseguem fazer isso, mesmo nos países europeus. A América erradicou a poliomielite muito antes do que a Europa. Nós aqui acabamos com a pólio, e foi o que? Utilizando estratégia de campanha principalmente para erradicar a pólio. A Europa trabalhava com a sua rotina um pouco melhor, bem melhor, a Inglaterra conseguia coberturas, não passavam de oitenta e poucos por cento e levou mais tempo para fazer. Isso é muito baseado nessa idéia, que as coberturas obtidas nas rotinas não são o suficiente para erradicar.

Ivanildo Fransozi

Eu acho que a questão não é se é essa ou aquela; são estratégias utilizadas para determinadas necessidades. Na estratégia de rotina eu fiquei onze anos na coordenação do PNI e ela vai extinguindo bem devagar. Hoje, por exemplo, foi falado aqui que a cobertura de Arapiraca era abaixo de 70%. Imagina só Arapiraca com 70% de cobertura em rotina e a gente ainda acha baixa. Antes era 15, 20%.

Mas é o que o Eduardo falou, não é o suficiente para o que a gente está buscando que é já estar erradicada e mantê-la para não ocorrer o um problema sério, por exemplo, esse vírus ficou isolado lá e ele não teve espaço para ocupar. Apesar de 70%, para Arapiraca é alta, é altíssima, mas o problema da rotina, você quase colocou a coisa assim de uma maneira que existe mesmo, não é que a questão da culpa seja do responsável pela população, é que a população tem dificuldade, acessibilidade até. Vemos as pessoas, as mães saindo para trabalhar, deixa o filho em casa, ela só chega à noite, ela não tem tempo, no sábado talvez, se ela puder. Mas o posto não está aberto, o serviço que ainda não dá.

Tem essa questão da oportunidade, da dificuldade, mas mesmo assim, a gente alcançou, de novo, 70% de rotina baixa, mas é um avanço muito grande nesses últimos anos. É uma somatória de problemas ou de dificuldades, e eu também, no começo dos anos 80, era uma briga grande, campanha e rotina, não é uma, uma não compete com a outra, são estratégias usadas para enfrentar determinados problemas.

Nara Azevedo

Na verdade, quando você fala da população, não é que ela não compreenda, ela compreende, talvez não tenha condições materiais de sustentar isso rotineiramente, ou seja, não só naqueles dias de campanha, à medida que tem uma compreensão do que é a vacina.

Ivanildo Fransozi

Eu acho que a compreensão da vacina é muito alta, claro que deve ter bolsões, do mesmo jeito que a situação ainda não está internalizada. Mas com certeza a população hoje, fala em vacina, você vê que a mobilização hoje é fácil, é relativamente fácil.

Eduardo Maranhão

Campanha virou rotina. Campanha no Brasil é rotina.

Anna Beatriz de Sá Almeida:

Gilberto, a sua fala vai nessa linha? Ou podemos dar uma fechada e passar a bola para falar nesse assunto. Eu acho que o rico é ter essa chance de debater. Então o Edson quer dar uma palavrinha e depois eu passo para a Cristina que é nesse assunto e depois a gente segue.

Edson Elias

Eu queria dizer exatamente isso que o Eduardo acabou de falar, ou seja, o sucesso das campanhas levou um pouco, não que tivesse desestimulado, mas é algo do tipo, não precisa ficar preocupado com rotina, a campanha resolve, simplesmente porque a campanha resolve. Antes de existirem as campanhas, não existia esse marketing todo, porque é antes de 1980, vinte e dois anos atrás. Então eu acho que se não houver a possibilidade de ter vacinação de campanha, o marketing seria pesado para a rotina, eu acho que ele é pesado para a campanha, por ter sido marketing. Eu acho que a campanha virou rotina mesmo.

Cristina Rocha

Eu queria falar, quando você comentou que se a gente sabe que o espetáculo dá resultado, poderia ter mais espetáculo [na rotina]. Eu acho que tem esse lado da rotina, mas tem o lado também da estrutura das Secretarias Estaduais e Municipais e fica impossível não ter esses espetáculos. Eu me lembro na época do Terceiro Dia Nordeste, que todo mundo, foi a maior chiadeira, porque de certa forma você pára para montar a estrutura de uma campanha, e até por isso as campanhas viraram rotina. Então hoje você não tem um nível de organização de preparação tão interessante como tinha nas primeiras campanhas. As campanhas de certa forma decaíram e por isso que hoje você tem uma falta de homogeneidade, você tem altas coberturas no global, mas você encontra taxas baixíssimas de cobertura. É difícil montar essa estrutura. A campanha é colocada como mais uma estratégia, nos manuais e nas orientações de organização de serviço, como uma estratégia que você tinha que desencadear a partir de um nível nacional. Mas isso não foi incorporado pelas equipes locais, você fazer sua campanha, você mobilizar, e isso é colocado. A campanha, a intensificação da rotina, o arrastão, são como estratégia, que você tem que estar lá no nível local acompanhando, monitorando os seus dados e assim eu consigo fazer um trabalho mais forte.

Gilberto Hochman

Eu vou tornar a minha pergunta mais clara. Que o sarampo é a próxima [doença a erradicar] eu sei, a questão é sobre a escolha, como foi feita essa escolha?

Eduardo Maranhão

Como se dá essa escolha?

Gilberto Hochman

Não é só como se dá. Quais são os critérios, para se ter condições e dados para fazer essa escolha? Como você fez a escolha da varíola, da pólio? E você pode estar vindo a fazer a escolha do sarampo?

Por exemplo, é a presença de uma vacina eficiente, baixo custo etc? Ou pode ser por importância epidemiológica, questões de organização comunitária ou não, quer dizer, o quê você reúne a partir exatamente das duas campanhas de erradicação, de caráter mais global, para se fazer a escolha do sarampo e não outra, que pode ter importância epidemiológica maior ou um maior agravo etc. Nessa linha, a idéia de vacinas antivirais são mais eficientes?

Eduardo Maranhão

Quando se colocou o sarampo, não é o momento atual, porque epidemiologicamente o sarampo foi mudando, e vem mudando na medida que nós não temos mais casos de sarampo no Brasil desde o ano passado, no final do ano passado. Eu acho que não tem mais casos confirmados de sarampo. Ocorreu um só, tinha zerado em outubro do ano passado, não tinham mais casos. Mas, uma das razões é que o sarampo é uma doença de fácil diagnóstico. O Reinaldo complementa porque ele é o clínico daqui, qualquer falha, ele me corrige. Sarampo é uma doença de fácil diagnóstico, todo mundo que tem contato com o vírus e é suscetível, no caso em torno de mais de 90%, vai fazer o quadro da doença, então é fácil fazer o diagnóstico do sarampo, é uma doença que se apresenta. Outro ponto é que existe uma vacina altamente eficaz, de fácil aplicação, apesar de ser injetável, é de fácil aplicação. Ainda mais com o aperfeiçoamento de todo o pessoal de saúde, em termos de saber aplicar a vacina, que aprendeu muito nesses anos. E também, era uma doença que, há alguns anos atrás, tinha uma magnitude muito grande, uma incidência relativamente alta, era a mais alta, quando se falava em endemia, qual era a grande endemia? Era o sarampo ⁵.

No primeiro momento em que se discutiram quais as doenças que deveriam estar em pauta, levando em consideração como aparecem, qual é a epidemiologia delas, qual é a clínica e que instrumento você tem para combatê-las de maneira eficaz. Escolheu-se a pólio possivelmente por várias razões. A pólio, a população identificava como uma doença a qual todo mundo temia. Mesmo quando não matava, a pólio deixava seqüelas, era visível, ficava marcado pelo resto da vida. Atingia as camadas sociais de uma maneira muito próxima, muito parecida, então, diferente do sarampo,

⁵ Fim da fita 3 lado A

que geralmente quem morria de sarampo, quem tinha quadros graves de sarampo complicado eram as camadas sociais baixas. Então o medo da pólio chamou atenção na Saúde Pública, a transcendência da pólio. A população identificava a pólio como uma doença muito mais ameaçadora do que sarampo, por exemplo.

Então foi usada a pólio, porque a pólio foi um grande chamariz e a pólio foi usada para puxar. Se a gente começa com a pólio, todas as outras vacinas virão dentro da pólio. A pólio foi o carro chefe que ajudou a puxar o resto das outras vacinas todas, as outras doenças na qual tinha vacinação na época. Mas houve um momento em que se discutiu muito isso, por quê não o sarampo, já que o ele era uma doença que matava muito mais, que causava seqüelas, mas que não ficam aparentes, indivíduos com problemas de talvez de surdez, e outros problemas que o sarampo causava e que desaparecem e que não ficam visíveis na população.

O sarampo passou a ser fácil de convencer para o trabalho com o sarampo. E nesse processo já mudou muito o sarampo, hoje em dia o sarampo não representa nada. Ou seja, se comparar com outras doenças ele já não tem a magnitude, já ninguém nesse momento escolheria o sarampo possivelmente, mas se escolheu porque ele era uma doença com uma incidência extremamente alta nas populações de todo o mundo.

Edson Elias

Existem pelo menos, uns quatro ou cinco relatos de indivíduos com deficiência imunológica e que ao receber a vacina, ou terem contato com o vírus Sabin, eles não conseguiram eliminar esse vírus, justamente porque eram imunodeficientes, e eles abrigavam esses vírus. Existe um caso nos Estados Unidos em que uma moça ainda criança, teve contato com a vacina, ela ficou eliminando esse vírus vacinal por mais de oito anos, sempre que se pesquisava o vírus nas fezes dessa pessoa o vírus estava presente. E ela morreu de pólio. Agora, os vírus que saíram ali, os vírus que eram excretados, eles eram altamente mutantes, eram vírus completamente modificados quando comparados com a seqüência dos vírus Sabin originais. Então esse é exatamente o problema atual da vacinologia, vamos dizer contra a pólio, pela utilização da vacina Sabin, é a mutação do vírus, como eu tinha falado antes, eu só não me recordei de mencionar esses fatos. E tem outros relatos, esse que eu mencionei, é de um pólio vírus do Tipo II, existem outros trabalhos mostrando o pólio vírus do Tipo I, que sofreram mutações intensas no intestino das pessoas e era fenotípicamente vírus selvagem. Isso foi o início, já cominando com discussões fortes sobre a utilização dessa vacina ou não, nos Estados Unidos principalmente.

Anna Beatriz de Sá Almeida

A Nísia quer fazer algum comentário sobre isso. A última inscrita é a Nísia e a gente passa por causa do adiantado da hora e temos que retornar às duas horas da tarde. Então o Reinaldo e depois a Nísia.

Reinaldo Martins

Talvez muita gente não saiba, mas o Ministério da Saúde, para os imunodeficientes, recomenda a vacina inativada, e é disponibilizada através de centros de saúde. Isso deve ser divulgado principalmente para evitar problemas.

Nísia Trindade de Lima

A minha pergunta é o seguinte: o Eduardo colocou uma questão para o Edson, que é o seguinte, o laboratório comanda, é o laboratório que comanda e não a clínica nesses tópicos da pólio. Eu gostaria de saber um pouco, como é que você vê a relação dos estados, do laboratório aqui da Fundação Oswaldo Cruz, quer dizer, como é que você vê essa relação da virologia com a biotecnologia, em termos de como ela se dá hoje, como ela poderia se dar, qual a avaliação que você tem sobre isso, em relação ao pesquisador na área de virologia com a biotecnologia, quais são as dificuldades? Quais foram os avanços recentes?

Edson Elias

Eu acho que não compreendi muito bem a sua pergunta. Como é que nós lidamos com o avanço tecnológico? É isso?

Nísia Trindade de Lima

Como se dá a atuação entre quem está no laboratório de virologia e uma rede mais ampla que envolve a questão.

Edson Elias

Certo. Eu vou responder uma parte que eu entendi, ou que eu acho que entendi. Eu vejo como a maior importância atualmente uma coisa que o Governo brasileiro ainda não viu, ainda não vê. E que possivelmente estão começando a despertar para isso agora, que é a importância da pesquisa básica na parte prática e eliminação de uma doença. Se não fosse a parte, vamos dizer de Biologia Molecular, de você fazer umas clonagens, você desenvolver umas técnicas de PCR, atualmente todo mundo faz isso com um monte de doenças, todo o laboratório faz. Desenvolver técnicas de

sequenciamento, primeiro manual depois o sequenciamento automático, um monte de coisas desse tipo. Se não fosse o intercâmbio que a Fiocruz tem, e possibilitou a gente de ter viajado muitas vezes para outros centros mais desenvolvidos. Por exemplo, os Estados Unidos é um país que investe muito em pesquisa básica, e a gente tem um monte, por muitas oportunidades, tivemos contato com esses laboratórios e tudo. Então essa transferência de Tecnologia e o aprendizado de técnicas mais modernas têm influenciado especificamente no caso da pólio, influenciou muito mesmo essa parte da erradicação, na minha opinião, por quê? O que a Saúde Pública precisa ainda é um processo meio lento, porque ainda depende de isolamento de vírus e cultura de células, isso é coisa que demora. Mas temos a possibilidade de não fazer isso, a gente pode dar uma resposta presuntiva que, em vinte e quatro horas, a gente pode receber uma amostra de fezes ou de líquido no laboratório, através de técnicas moleculares, a gente pode trabalhar nesse sentido, é um pouco caro. Então, eu acho que, eu não sei se é isso que você está perguntando ou se é mais ou menos isso, que essa interação propiciou ao programa de pólio a ter o conhecimento muito mais rápido daqueles vírus que estavam circulando e que tipo de vírus é? Porque, por exemplo, a gente sabe que se encontrar um vírus selvagem hoje, se ele for da Argentina, se alguém retirar por via terrorismo, um vírus de um freezer lá na Austrália, a gente sabe exatamente, poucos dias depois que detectar o vírus, a gente sabe de onde saiu aquilo, de qual o freezer. De qual o freezer é difícil, mas a gente tem todo o mapeamento genético, vamos dizer do ponto de vista geograficamente e temporalmente a gente sabe a evolução do vírus, porque existe uma coisa que a gente chama de relógio molecular, por isso que o Eduardo citou. Estima-se que o vírus da República Dominicana circulou dois anos antes, porque em dois anos ele mudou vinte e sete mudanças, em novecientos pares, significam mais ou menos dois anos de circulação. O vírus daqui do Brasil circulou um ano ou seis meses, de seis meses a um ano antes de ser detectado. Isso nunca poderia ser possível de dizer há dez anos atrás. Então se a gente não acompanha essas mudanças, eu acho que a prática perde, o campo perde, quer dizer a atuação perde.

A: Vamos encerrar e agradecer aos membros da mesa. À Dra. Tânia já agradecemos e agora ao Dr. Edson Elias e Dr. Eduardo Maranhão, e à platéia.



Painel 2

O enfrentamento da doença: vacina, campanha, erradicação

Participantes:

Dr. Akira Homma

Dr. Ivanildo Franzosi

Dr. Reinaldo Martins

Dra. Cristina Maria Vieira da Rocha (coordenadora da mesa)

Cristina Maria Vieira Rocha

Boa Tarde! Sou Cristina Rocha, sou Pedagoga, Educadora em Saúde, estou agora Diretora de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas. É uma honra estar aqui participando desse momento, e, ao mesmo tempo, é um privilégio a gente ter feito parte dessa História e poder estar contando essa História.

Hoje me emocionei com o depoimento da Deputada, porque acho que é importante. Então, eu gostaria de chamar para compor a mesa, o **Dr. Akira Homma**, tecnologista sênior, diretor de Biomanguinhos; **Dr. Ivanildo Franzosi**, biólogo, sanitarista e assessor da Casa Civil da Presidência; **Dr. Reinaldo Martins**, médico, pediatra, faz parte da direção da Sociedade Brasileira de Pediatria e do Comitê Técnico Assessor do PNI (Programa Nacional de Imunização).

Akira Homma

Eu realmente gostaria de iniciar a minha parte dizendo da satisfação de estar aqui falando de um tema como esse “40 anos da História da Poliomielite”. Não sou tão velho, mas em 1960, quando o Brasil pensou em introduzir a vacina contra a pólio, na secretaria do Estado de São Paulo, o grupo da secretaria do Estado de São Paulo organizou um estudo sorológico da vacina Sabin, na cidade de São Paulo. E eu participei disso, como técnico de laboratório ajudei, fui atrás de crianças e tudo mais, num estudo coordenado pelo Dr. Roberto Moura, servidor titular na Faculdade de Farmácia, na Universidade de Santo André.

Já em 1960, participei e foi o primeiro estudo sorológico, grande estudo sorológico, feito no Brasil, participando também de alguns outros, aqui no Rio, para dizer que então as Células HeLa, veja que isso é história, era o padrão usado para fazer esse estudo da neutralização, estudo sorológico, lá em São Paulo. Depois, aqui no Rio de Janeiro, com Herman Schatzmayr, em 1968/1969, depois que eu voltei dos Estados Unidos, em 1962, o Dr. Afonso que está aqui, nós participamos de vários estudos sorológicos. Dois estudos sorológicos que eu queria dizer que marcaram essa época da minha atividade, junto com esse grupo liderado por Hermann. Um foi o estudo mesmo, organizado pela Fundação, não era Fundação, o SESP no Espírito Santo, e eu não me lembro qual foi o grupo que desenvolveu a parte de campo, mas no laboratório, aqui na retaguarda do laboratório, eu e o Hermann, sobretudo eu, no laboratório, fizemos o estudo sorológico e a avaliação de soroconversão na população do Espírito Santo. Foi um trabalho fantástico, as dificuldades da época eram enormes, a pessoa que fazia a ligação vinha debaixo do braço, com o isoporzinho, com as fezes e os soros, e tudo mais e nós fizemos todo um trabalho. E outro trabalho muito interessante que fizemos aqui, que eu participei também, foi em Pau Grande, em uma coletividade, porque achamos que seria muito interessante, à medida que era uma coletividade fechada e ali fizemos também a soroconversão. Na verdade, era um período interessante porque tínhamos estudos feitos fora do país, e queríamos saber realmente o que acontece aqui em nosso país, com clima tropical, sabidamente, com existência de vários outros enterovírus que poderiam competir com os três tipos de vírus da pólio. Portanto esse como intróito da história, já que a história é o objetivo da Casa de Oswaldo Cruz, traz um pouco do testemunho da minha participação nessa fase inicial.

Vamos, então, colocar aqui como é que surgiu a vacina. A vacina, na verdade, teve quatro pontos fundamentais que definiram a descoberta da vacina. Um, foi o estabelecimento dos três tipos de vírus, Tipo I, II e III, definido por Dr. **Voguen** e colaboradores. Depois, a determinação de que a viremia com esses pólio vírus, precedem a paralisia e a confirmação de que anti-corpos neutralizantes protegem contra a doença poliomielite. E, finalmente, o Dr. Enders e o grupo, foi ele, Weller, Robin e mais um foram quatro autores na revista *Science*, foi em 1959, publicaram um trabalho demonstrando que o vírus da poliomielite poderia ser cultivado, poderia ser replicado, produzido em células primárias de embriões, células primárias renais e aí serem cultivadas *in vitro*, e aí serem produzidas. Isso foi fundamental para a etapa de desenvolvimento da vacina. É preciso lembrar que a primeira vacina contra a poliomielite, foi a vacina inativada, desenvolvida por Jonas Salk, licenciada em 1955, nos Estados Unidos. A vacina Salk foi utilizada no Brasil, em clínicas privadas, não no serviço público, mas em clínicas privadas, ela chegou a ser utilizada. E provavelmente o seu uso teria sido continuado de forma bastante importante se não fosse

um acidente muito importante na produção, que ocorreu, o chamado acidente de Cutter, onde por problemas relacionados a inativação, a vacina inativada com formalina – não sei se hoje continua sendo com formalina, mas na época era formalina –, e se desconhecia a cinética da inativação que faz uma calda, tem duas horas de inativação e ficaram algumas partículas de vírus não inativado e provocou a paralisia, provocou a doença em centenas de crianças imunizadas com essa que seria uma vacina inativada. E aí, evidentemente o processo de produção da vacina inativada sofreu uma série de reformulações, que permitem hoje ter segurança de que a vacina não tem nenhum vírus ativo. Mas nessa época também, vários grupos tentavam já trabalhar com o vírus atenuado, depois da descoberta de Ender, vários grupos, um desses grupos foi o do Koprowisk, na verdade, ele chegou com a vacina equivalente, atenuada, antes de Sabin e fez alguns estudos na Rússia e tudo mais, mostrando a qualidade, a capacidade de sua vacina proteger, mas Sabin foi mais rápido no sentido de demonstrar que a sua vacina... chegar aos dados mais conclusivos, mais rápidos que Koprowisk. Então, a vacina de vírus vivo atenuado Sabin passou a ser utilizada por mais e maior número de pessoas e passou a ser utilizada em uma série de outros países. México foi o segundo país onde a vacina Sabin foi utilizada. Foram feitos vários estudos, com Duque Álvares, no México, e a partir daí se disseminou. E disseminou, no início de 60.

No Brasil, também foi utilizada, o Ivanildo vai contar da intensificação da vacinação e das campanhas, eu não vou entrar nesse mérito, mas apesar de altas coberturas que nós já tínhamos ao redor de 1986, aconteceu a epidemia em Arapiraca. Nós tínhamos uma atividade lá em Biomanguinhos, depois passou para OPS, aí por 1982/83, eu dizia para o Risi, que a potência do tipo III, sempre passa na tangente ou um pouco abaixo, nunca tinha uma potência que surpreendesse para cima, sempre para baixo. Em 86 surgiu, então, a epidemia em Arapiraca com 350 casos em quatro meses, foi assim que o negócio explodiu, apesar de altas coberturas de vacinação e aí, nós fomos convocados. Fernando Laender participou desse estudo, eu acho que o Dr. Reinaldo esteve lá também nesse período.

Reinaldo Martins

Não, não quis ir. O Ivanildo me convidou, mas eu não pude ir. Não quis, não. Eu não pude ir.

Akira Homma

Pois é, então, nos solicitaram para participar de um estudo que seria com a vacina tipo III potencializado. Esse estudo foi feito e foi publicado. A principal liderança deste estudo foi Peter Patriarca, do CDC, convidado pela SNABS, naquela época,

desenvolveu um protocolo e nessa população de Maceió, não, em Pernambuco, nos bairros, na periferia de Pernambuco, foram realizados estudos para verificar a ação do vírus, a ação da vacina padrão, a vacina potencializada e os componentes do Tipo III. A população era essa, a população, aliás, não era uma população grande, foi o que foi possível conseguir. Uma idade média de dez meses, numa população de dez meses de idade, onde 77% tinham anticorpos para tipo I, e esses foram os grupos inoculados com a vacina padrão, Standard, com 154 pessoas, desses tinham todos eles de anticorpos, a nível 70%, 75%, 77% e por aí. Para Tipo II, 85%, 86%, e para Tipo III, veja, a 43%, 46%, 51%. Mostrando, já nessa população, uma baixa imunidade, comparando com os outros tipos. Foi conseguido o soro na primeira coleta, duas coletas, e tinha 40 dias de intervalo entre a primeira coleta e a segunda coleta. Então, essa é a formulação da vacina, na época o padrão Standard, com um milhão de partículas do tipo I, na verdade esse é o mínimo de partículas, o número de partículas mínimas para tipo I era de um milhão. Veja que para o tipo II é de cem mil, um décimo, porque o tipo II, realmente, é o tipo que dá melhor implantação e melhor imunidade, melhor resposta. E o tipo III, trezentos mil.

Na verdade, existe interferência de implantação entre os três tipos, por isso se buscava, foi o que se buscou aqui, o equilíbrio entre os três tipos, o tipo I é que tem mais dificuldade de implantação e portanto tinha maior quantidade de vírus, seguido do tipo III e depois menos quantidade do Tipo II que dá maior interferência. E a nova formulação, foi então, podemos verificar que a epidemia que ocorreu tinha sido diagnosticada como tipo III, portanto, o que se ajustou aqui foi potencializar o Tipo III, dobramos então, a concentração do Tipo III e usamos também uma vacina monovalente tipo III.

Agora, eu queria dizer o seguinte, isso nós tínhamos aqui, mas depois de anos, em 91, já em Washington, examinando protocolos de vacinas que eram utilizadas nos Estados Unidos, eu verifiquei que nos Estados Unidos eles usam três milhões, quatro milhões, cinco milhões, não tem limite. Aqui, duzentos mil, isso aqui era um milhão de partículas. Eu realmente nunca tinha tido essa informação, eu vi lá essa especificação da Organização Mundial de Saúde, a gente está buscando aqui fazer um controle e tentar ver se todo mundo tem esse mínimo, a vacina produzida nos Estados Unidos, que eles alegam, esse aqui é de três milhões, cinco milhões, assim é muito mais quantidade de vírus, eu fiquei assustado. Para nós, dilui, colocam o mínimo estabelecido, é muito risco.

E fizemos então, aqui nos laboratórios de Biomanguinhos, fizemos aqui então essa nova formulação, em 1986. Essa população na verdade está fora, aliás, se a população fosse dada eu já tinha falado pra vocês. Porcentagem de crianças com anticorpos neutralizantes: para tipo I, vocês vêm, com zero de vacina, uma dose de vacina, zero de vacina, uma dose de vacina, duas, três, quatro doses. A mesma coisa aqui vocês

vêm que essa população já tinha, mesmo aquelas crianças que não tinham um tipo de vacina, tinham os anticorpos. Porcentagem de crianças com anticorpos indetectados: Vamos ver então aqui, para o tipo III menos por cento, menos de 50% como eu tinha falado, e aqui em baixo vocês vão ver então, a média geométrica para cada tipo de anticorpos: do tipo I, até ainda baixa, vamos dizer assim, do Tipo II que é muito maior e do Tipo III em uma quantidade muito menor. Os tipos são bem baixos, além ser um menor número de crianças com anticorpos. Aqui, depois de vacinada então coletado o sangue, uma vez, nós vamos ver, então, na taxa de soro conversão para o Tipo III do grupo de estudos, num grupo que era negativo para o Tipo III, a vacina padrão tendo como referência a resposta da taxa da situação 1, nós verificamos que na vacina com o Tipo III potenciado, verificamos a soro conversão de 2,7% a mais do que a vacina padrão e aquela monovalente 3,3% a mais do Tipo III.

Certamente esses dados aqui mostraram que esse novo equilíbrio de tipos do Tipo III permitiu dar uma resposta melhor para o Tipo III. Naqueles que tinham três tipos de soros negativos também observamos aqui, tomando como referência respostas de padrão como 1, até a vacina potencializada recebeu por ter 5,4% mais soro conversão e a monovalente 3,3%. Nesse slide, nós mostramos então, também se quis saber nesse estudo, se a vacina Tipo III potenciada, iria interferir na implantação do Tipo I e II, claro se mudamos a formulação, se aumentamos no Tipo III, o que acontece então com o Tipo I e II? Na verdade, com todo o grupo evidentemente de crianças com o soro negativo para o Tipo I, nós verificamos, com a vacina Standard, 54% e com a vacina potencializada, 50%, portanto nenhuma diferença, mesmo naquele triplo negativo. Portanto, para o grupo de crianças que não tinha anticorpos para o Tipo I, mesmo que na soroconversão para o Tipo I, nenhuma diferença em implantação do vírus Tipo I. Para o Tipo II, a vacina que era soro negativo para o Tipo II apenas, não houve diferença na implantação do Tipo II. Mas naquele soro que era triplo negativo, nós verificamos que havia melhor implantação do Tipo I na vacina Standard, ou seja, que tinha Tipo III diminuída, portanto, facilitando a implantação do Tipo I em detrimento do Tipo III. Aqui, temos então, um outro estudo que é muito importante de se verificar, foi feito que é de re-infecção com o vírus de crianças que tem o anticorpo, se podem ser re-infectadas. Isso é repor com o Tipo I, II e III, e a re-infecção do Tipo I, II e III, nas vacinadas com vacinas Standard, e vacina potencializada, e aquelas que foram vacinadas só com o Tipo III. Aqui, nós vemos que não houve, na verdade, diferença, tanto com a vacina Standard, como com a vacina potencializada. Para o Tipo I e III, são semelhantes na implantação. Especialmente na vacina potencializada não houve diferença assim significativa. Mas a gente observa que aquela vacina Standard, que tem menor quantidade do vírus Tipo III, o Tipo II se manifesta mais, implanta melhor o Tipo II. O Tipo II se implanta melhor estando com essa formulação de 300.000 aqui.

Com 600.000 ela permanece, não tem grandes diferenças assim com relação à implantação comparada com outros vírus.

Então também nós quisemos saber o que acontece com a re-infecção com o Tipo II, não só com o Tipo III, mas com o Tipo II. Nós vemos aqui, crianças que soro converteu para o Tipo III naquelas crianças que foram re-infectadas com o Tipo II, o que aconteceu com o Tipo III. Verificamos que na vacina Standard não teve nenhuma grande diferença significativa, tanto no soro que foi resultado e a criança que não foi re-infectada. A criança que não pegou o tipo II, ou criança que pegou o Tipo II, na vacina Standard, com relação a soroconversão para Tipo III aqui, não teve diferença. Mas na vacina potencializada, nós verificamos diferença bastante grande para soroconversão do Tipo III, mostrando que não havendo o Tipo II, o soro Tipo III implanta, lhe dá uma alta soroconversão, mostrando que o Tipo II realmente é importante na interferência do vírus. Aqui também vemos soroconversão do Tipo I, nos re-infectados com o Tipo II, e vemos que existe em crianças que não foram re-infectadas com o Tipo II, o Tipo I se implanta muito bem. Portanto, mostra mais uma vez o papel que o Tipo II desempenha na interferência na implantação do vírus.⁶

Quando não temos soroconversão do Tipo II, a soroconversão do Tipo III ocorre mais do que quando tem, ainda que os números sejam muito pequenos. Eu queria dizer que a produção de vacina em Biomanguinhos, tem sido, começou já em 1980, na verdade com a assinatura de uma cooperação técnica do Japão, com o apoio da JAICA e com o apoio do Instituto Japonês de Poliomielite. Nós então desenvolvemos aqui um intenso trabalho de treinamento, de preparação de laboratório e grupos, equipes, enfim, para fazer produção e controle da vacina. Na verdade nós, em 1984, começamos a experimentar e chegamos à conclusão que havia muitas interferências, existiam muitos problemas para a importação de macacos. Interferências não só econômicas, mas, sobretudo, de agências, não era só um exportador, era uma complexidade de legislação. E tinha na época uma disponibilidade muito grande de concentrado viral no mercado. Ficamos então, na etapa final de produção, importando o concentrado e fazendo aqui a formulação da vacina, então com isso foi possível fazer a vacina potencializada. Pudemos também, ainda que não cobriu todas as etapas de produção, estar mexendo com toda a metodologia e o controle de qualidade da vacina importada e desempenhamos um papel muito importante, inclusive embargando vacinas contaminadas, em campanhas já marcadas para acontecer e nós mostramos que não podia ser, porque a vacina que tínhamos recebido da Iugoslávia estava contaminada, e esse tipo de atividade foi feito graças à capacitação científica controlada. Estabelecemos aqui, um laboratório de controle de neurovirulência com

⁶ Fim do lado A da Fita 4.

Renato Marceff. Ele é uma referência de neurovirulência para o país. É o único laboratório que faz esse trabalho no país. E temos também todas as tecnologias. A Malú, o Renato, mais duas ou três pessoas foram treinadas para ver esse programa e conseguir desdobramentos tecnológicos bastante importantes. Eu acho que uma questão que passa despercebida por muitos, é que essa atuação que nós fazemos com o laboratório, parece ser menos importante, não é, e tem sido cada vez mais importante para o Programa Nacional de Imunização, essa atividade de formulação final. Uma vez, há uns três anos atrás, queríamos desativar essa atividade, mas por solicitação do próprio Programa Nacional de Imunização continuamos e mostrou ser bastante sábia essa decisão porque hoje existe uma falta da vacina no mercado mundial, e nós com essa atividade aqui, usando o concentrado viral, fazendo a formulação, temos essa possibilidade de fazer um tampão de suprimento da vacina com o Ministério da Saúde. Eu penso que temos desempenhado esse papel muito importante. Desde 1984, nós produzimos a vacina aqui e até esse ano, nós já chegamos a atender próximo a 45 milhões de doses em um ano. E foram atendidos, desde 1984 para cá, 180 milhões de doses, que foram usadas nessas campanhas de vacinação no país. Portanto, creio que estamos desempenhando um papel muito importante, nesse contexto geral. Nossa contribuição tem ajudado principalmente na situação atual de controle e de eliminação do pólio selvagem. O Brasil há mais de 12 anos, não tem casos de pólio, e esperamos que em 2005 globalmente seja eliminado. Ainda que fiquem duas questões bastante importantes: depois de eliminar, tem a vacina ativada por algum tempo ainda para manter essa questão? E uma outra questão que não é muito agradável de dizer, mas acho que tem que ser lembrado por causa de depois dos eventos de 11 de setembro nos Estados Unidos, esse vírus também pode ser utilizado como enterovírus depois de se erradicar? Então são duas questões que tem que ser discutidas. Obrigado. (aplausos)

Ivanildo Franzosi

Boa tarde a todos. Só queria também, claro, agradecer a chance de poder estar contando alguma coisa que a gente fez, que a gente participou, que a gente ajudou a construir. Quando a Cristina me apresentou aqui como assessor da Casa Civil da Presidência, o que faz um burocrata da Presidência da República aqui? É que eu estou lá agora, mas eu sou da Fundação Oswaldo, sou funcionário da Fundação Oswaldo Cruz, originalmente de Manguinhos, na primeira gestão do Akira, e estou em Brasília já há um tempo, há 24 anos, fui dez anos coordenador do Programa Nacional de Imunização e justamente por sorte minha, nesse período das Campanhas, do início das campanhas e da erradicação da Poliomielite, agora a gente está em outra função, mas a gente participou dessa História. O Programa Nacional de Imunizações foi criado no Brasil em 1973, enquanto que o Programa Ampliado de Imuni-

zações da OPAS surge em 1977. Quer dizer, o Brasil sempre tem uma iniciativa anterior. Partindo de alguns princípios, eu vou tentar colocar de como aconteceu e o porquê que aconteceu, como que a gente organizou as campanhas.

Primeiro que a atividade de vacinação é uma atividade relativamente simples, não é uma das mais complicadas. É de baixo custo e ela também propicia a participação não só do ator técnico, do cientista, do imunologista, como também propicia uma participação ampla da população, o que também facilita bastante na execução de qualquer atividade e na escolha. Portanto, deve-se pensar também que existem estratégias de vacinação, como já falamos de manhã. Tem a rotina, tem as Campanhas, tem aquela atividade que a gente chamava de aceleração, tem a atividade de bloqueio, uma série de coisas que tem intensificação. E cada uma delas tem um objetivo, tem uma melhor utilização, dependendo do que a gente quer buscar e do que a gente está enfrentando. Vale à pena colocar que, em 1976, foi criado, no Ministério da Saúde, uma Secretaria Nacional de Ações Básicas da Saúde, que tinha na sua estrutura uma divisão Nacional de Epidemiologia, uma Divisão Nacional de Laboratório de Saúde Pública, Divisão de Ecologia Humana e Saúde Ambiental, Divisão de Nacional de Educação e Saúde, onde Cristina foi até diretora dessa divisão, e a divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. Mas mesmo tendo na sua estrutura de administração direta a Divisão Nacional de Epidemiologia, a Epidemiologia em si era exercida pela Fundação SESP, por delegação do próprio Ministério da Saúde, então, a Fundação SESP é que tinha essa delegação da Vigilância Epidemiológica e também da Imunização. Em 79, houve uma mudança na SNABS e, claro, com a ida do Ministro Valdir Arcoverde, uma pessoa ligada a Fundação SESP, um profissional da Fundação SESP, levou também essa maneira de pensar, a maneira de agir e a estrutura da Fundação SESP para dentro da administração direta e para dentro da SNABS. Então, assumiu a direção da Secretaria da SNABS, um sespiano, o Dr. João Batista Risi. O Laboratório de Saúde Pública onde eu estava na época com pessoas da Fiocruz, pessoas da equipe do Akira, do Hermann Schatzmayr, o Jorge Bermudez e a Vigilância Epidemiológica e Imunização veio para dentro do Ministério, e com essa visão da Fundação SESP, realmente, visão de Epidemiologia com ênfase na informação, em ação, em análise, começou então uma nova fase. Nesse momento então, passa a SNABS realmente a coordenar o sistema. O SESP levou todo um corpo de profissionais para reestruturar, reorganizar a Secretaria. Já vinham a SESP estudando em informação, a própria Fiocruz, como o Akira colocou, um Laboratório já perseguindo a pólio, então, começou a se discutir a possibilidade, inicialmente, o controle da poliomielite.

Nós começamos no final de 1979 a discutir o controle da poliomielite. Aí começou-se a ver que existia uma série de deficiências, porque para controlar a poliomielite, teria que ter uma vacinação bem mais agressiva do que era feita. Fomos ver

a condição da armazenagem e distribuição de vacina, que era aqui no Porto do Rio de Janeiro, em um Armazém da CIBRAZEM de péssima qualidade. Os estados não tinham capacidade de armazenagem de vacina, os que tinham, estavam mais ou menos em condições um pouco duvidosas, precárias. A distribuição era feita, na época ainda existia a CEME, a distribuição era feita pela Central de Medicamentos, que padecia de recursos e que era uma outra estrutura do Ministério, com uma outra direção. Então, tinha uma série de problemas. Então, se decidiu assim: ou a SNABS assume tudo, ou a gente não consegue levar à frente a proposta do controle da poliomielite. A SNABS assumiu junto com a Fundação Oswaldo Cruz, inclusive a parte de distribuição, assumindo a distribuição, assumindo a conservação, assumindo uma série de coisas, a reformulação da própria rede de frio a nível nacional, para podermos ter uma infra-estrutura mínima, para ousar fazer uma estratégia de enfrentamento da poliomielite. Então, se decidiu naquele momento fazer, já em janeiro mais ou menos, fomos fazer as campanhas de vacinação até mais ou menos com data prevista para o mês de junho e o mês de agosto. Então, a gente já tinha uma meta a perseguir, é chegar em junho para a realização da Campanha. Foi feito um trabalho muito interessante, onde dividimos o país mais ou menos por região, e Grupos de Trabalho do Ministério da Saúde, onde viajávamos aos estados para discutir a Campanha, vender a idéia da Campanha, convencer os estados a fazer, porque a gente estava propondo algo, mas a nível nacional para atingir vinte milhões de crianças, que era a estatística da época, menores de cinco anos, nunca tinha sido feita em um dia só. Então, a gente saiu pelo país, dividido em regiões, o que a gente chamava de um epidemiologista e uma educadora. Saímos em dupla, o pessoal de educação em saúde, o pessoal de epidemiologia, para sentar nos estados e convencer, conversar. Era mesmo um convencimento do que a gente estava pretendendo fazer e que só poderia ser executado com a participação dos estados, dos municípios e das localidades, então, além de convencer os estados, a gente tinha que levar as mensagens para os municípios e até lá na última ponta para a gente poder realmente levar a cabo aquela proposta da Campanha Nacional de Imunização. Então essas equipes saíram para os estados para mobilizar e já propor uma organização. Portanto antes disso a gente já tinha feito, o pessoal da Educação, o pessoal do SESP já tinha feito alguma coisa já produzida, escrita, a gente já tinha feito alguns manuais de organização de posto, organização de comunidade, estratégias etc. Então a gente já ia para os estados com uma coisa meio padronizada entre nós, para essa discussão e tentar, então, a mobilização dos estados, dos municípios, propondo criação de comissões tanto estaduais, como municipais e dentro dessas comissões, subcomissões: de divulgação, subcomissão de alimentação, subcomissão de distribuição de material, subcomissão de gelo, subcomissão de tudo que se poderia imaginar, que iria precisar na logística da execução, a gente criava alguma coisa, que era para ter alguém

responsável, esse alguém se envolver e ir buscar soluções, ir buscar as propostas alternativas. Essas comissões foram se criando, foi um trabalho de discussão direta mesmo do próprio município e começou-se a trabalhar. A divisão de Educação junto com a de Epidemiologia começa a produzir manuais técnicos de organização de postos, manuais técnicos de fluxo de posto, manual técnico de conservação de vacina, manual técnico de informe para registro para que houvesse um padrão nacional. Cada estado tinha lá a sua maneira de fazer a sua vacinação, mas como essa era uma atividade única, que a gente pretendia fazer em um só dia, tentou-se canalizar, padronizar procedimentos para poder ter um mínimo de acompanhamento. Então, os estados foram se organizando, criando comissões municipais, de supervisores, aí começa treinamento de vacinadores e uma série de atividades que se a gente for falar tudo aqui, a gente ficaria algumas boas horas e não só com os vinte minutos que a gente tem disponível. Começa já o treinamento de vacinadores, registradores e supervisores nos estados, tudo dentro daqueles padrões que a gente tinha tentado estabelecer, e nós, a nível nacional, tentando com a precariedade toda identificada anteriormente, buscar uma logística de distribuição da vacina, porque não era só do nível federal para o estadual, tem que sair da Capital para os municípios, dos municípios para os vários locais de distribuição, então, nós desenhamos toda uma logística.

Enquanto isso corria, se eu não me engano, teve uma missão que foi a Rússia com a vacina russa. A gente até falou que podia fazer as crianças ficarem comunistas porque a vacina era russa. Deslocamos um avião da Força Aérea Brasileira, porque estávamos com dificuldade de entregas, para ficar lá [em Brasília] se houvesse a necessidade de precisar trazer, porque já estava todo o esquema sendo armado, o esquema sendo montado. Para ver se tudo que estávamos fazendo na teoria e com algumas experiências acontecidas no Sul e em alguns outros estados em menor proporção, fizemos um ensaio, em março de 1980, fizemos um ensaio em duas cidades do Brasil. Uma foi em Maceió, onde reunimos todos os coordenadores da futura campanha da Região Nordeste e da Região Norte, e, em Florianópolis, onde reunimos os coordenadores da futura campanha da Região Sul, Sudeste e Centro Oeste. Vamos ver se funciona. E realmente, se não me engano, foi em 22 de março o tal do ensaio, porque a primeira campanha foi dia 14 de junho. Em março, a gente fez para observar o que iria acontecer, como iria acontecer. E lembrando um detalhe fundamental, naquela época, em 1980, havia racionamento de gasolina, os postos fechavam na sexta-feira às 8 horas da noite e só abriam na segunda-feira pela manhã, e fomos inventar de fazer uma campanha num fim de semana, onde não havia gasolina, mesmo sendo na época de um Governo Militar. A gente pensou que iria conseguir que se abrisse precedentes, mas não foram abertos precedentes. Era mais um agravante que tivemos: trabalhar com veículos sem o combustível. Daí, cada estado se virou de

uma maneira, uma criatividade enlouquecida para ver como é que faz, como não faz. Eu lembro muito bem, que o estado do Mato Grosso inventou de colocar alunos do segundo grau em postos de gasolina, com a farda da escola, com aqueles tambores de latão pintados de verde e amarelo. Aí chegava lá o Akira, para por gasolina, o aluno chegava: “Akira se você puder doar um litro para a campanha”. Foi tanta doação que a secretaria fez a primeira campanha, a segunda campanha e ainda sobrou gasolina. Para vocês verem, isso é uma demonstração de como foi acertada a decisão de fazer, tecnicamente estava correta e politicamente a decisão foi tomada de uma proposta muito boa, que a população acreditou, por isso a facilidade dos programas de vacinação. A atividade de vacinação tem essa proximidade de envolver a população, e quando a proposta é boa, ela teve credibilidade, não só dos técnicos, mas teve a credibilidade, então a população participa. A gente viu isso em Maceió. Então, aconteceu de tudo que vocês podem imaginar, uma série de falhas. A primeira coisa que aconteceu, foi no meio da manhã, começou a faltar vacina em um determinado posto. Ninguém estava pensando que iria faltar vacina, muita gente achou que estava previsto, que estava tudo abastecido. Como fazer quando faltar aqui, faltar ali, porque para a distribuição dos postos, a gente tem que perguntar na comunidade, onde é o melhor, porque a gente acha que o melhor é aqui, mas a população tem dificuldade de andar para cá, ela prefere aqui, mesmo que aqui seja mais longe. Mas dentro das definições técnicas, burocráticas e longe da realidade, a gente faz um padrão, que nem sempre aquele padrão, na hora de funcionar, ele funciona com o tempo. Essa falta de vacina no meio da manhã, em determinado bairro lá em Maceió, já chamou a atenção para o problema da distribuição, porque perto dali vários postos não tinham movimento, e em um determinado posto estourou de movimento. A má distribuição de posto, má distribuição da vacina, era uma série de coisas, que a gente ficou observando e foi extremamente válido esse ensaio, fizemos as adequações necessárias.

Faltou carro! A solução na hora, por incrível que pareça, foi acionar o Diretor do DETRAN do estado de Alagoas e pedir a ele, que colocasse à disposição os carros roubados, que estavam aguardando serem resgatados pelos seus donos. Porque todos os carros da Secretaria do Estado da Saúde Pública estavam comprometidos, não tinha mais de onde tirar e aí alguém teve a idéia. Então vamos lá, e realmente, foram cinco ou seis carros emprestados e depois no final da tarde voltaram para lá. Então, tudo isso foi mostrando a capacidade das pessoas de na hora resolver com as coisas mais inusitadas, você pegar carro roubado é um negócio, é uma grande sacada. Você vai tirar carro de onde?

Conseguiu-se chegar a esses dois ensaios, a fazer essas observações todas, corrigir uma série de detalhes não pensados, ou pensados exageradamente. E conseguimos montar um definitivo, uma proposta definitiva.

Vem o nosso primeiro dia 14, vem o primeiro Dia Nacional dia 14 de junho, foi chamado de Dia Nacional de Vacinação, teve uma propaganda que nós estávamos aqui discutindo na hora do almoço, basicamente essa atividade da poliomielite, das campanhas, abriu a mídia para o Ministério da Saúde. Porque antes, a gente tinha aquelas coisinhas muito modestas, muito pequenas. Um dos subprodutos excepcional foi esse, foi a mídia ficar aberta às atividades de Saúde e outras coisas. Como eu falei, em função dessa atividade nós reformulamos a rede do SUS do país. Montamos, com a colaboração do Akira, principalmente, que assumiu coisas, que não tinha que assumir, mas assumiu em nome desta nobre causa. Montamos uma Central Nacional de Distribuição de Vacina no prédio dele, em baixo, no meio das pilastras. Primeiro começamos com três contêineres frigoríficos, umas carrocerias de caminhão encostadas. Hoje já tem uma central enorme, já toda equipada, com pessoal habilitado. A evolução do controle, o INCQS fez vinte anos agora, coincide com a chegada de grande volume de vacina, a necessidade de se capacitar etc. A própria planta Industrial de Biomanguinhos foi provocada, também, pela necessidade da nossa independência do Mercado Exterior. Então, essa proposta, não só a campanha, mas a proposta do controle da poliomielite desencadeou uma série de outros subprodutos que às vezes até são mais importantes do que o próprio produto. Chegou o 14 de junho, a campanha aconteceu, tivemos um apoio enorme da Forças Armadas, e para aquela campanha, nós tivemos instalados e conhecidos mais de 90 mil postos, se eu não me engano, uns 92 mil postos de vacinação foram instalados no Brasil inteiro. Em uma média assim de quatro pessoas, mais ou menos umas 340, 350 mil pessoas envolvidas. E o mais interessante é que, dessas pessoas envolvidas, com certeza, por um levantamento que a gente fez depois, 70% eram voluntários. Então, é impressionante, você ter 70% desse pessoal trabalhando voluntariamente, as pessoas iam procurar nas secretarias de saúde estaduais e municipais, dizendo que querem trabalhar na campanha. Tinha que dispensar gente, a troco de tanta gente que procurou buscando trabalhar nas campanhas. E para essas primeiras campanhas, foram distribuídas, ainda nos meus velhos alfarrábios, 65 milhões de doses da vacina, que é uma logística enlouquecida, para distribuir 65 milhões de doses da vacina. Porque além de chegar na Capital, tem que chegar nos Municípios, chegar nos locais, em condições de uso, gelada, apertadinha etc.

A título de curiosidade, eu acho que já foi falado de manhã, mas só para lembrar para quem não estava, em 1980, a gente tinha 1290 casos de Pólio; com o primeiro Dia Nacional, em 81, os casos foram para 122; em 82, 69 casos e em 83, 45. Em 84 e 85 houve uma queda de cobertura, aí todo mundo disse “está tudo bem, ganhamos a guerra”. Até a própria mobilização foi um pouco mais fraca, e então, se deu uma queda de cobertura e acredito que tenha refletido lá em 1986, com aqueles 612 casos no Nordeste, onde curiosamente também, a gente brinca muito com isso, que teria

um surto em Arapiraca, Araripina e Aracajú, estávamos todos preparados para interferir em Araraquara porque poderia ter alguma coisa que poderia acontecer. Pura coincidência, mas interessante. Então em 1985 foi a proposta, não mais para o controle, e sim para a erradicação, quando foi criado aquele repertório, que já foi colocado aqui e foi retomada a mobilização para a campanha e nós conseguimos de novo fazer, não só melhorar as coberturas, como também acrescentar um dia a mais no Nordeste, o Dia Nordestino de vacinação

Em função disso que o Akira já colocou e uma curiosidade que poucos sabem também⁷, nós já começamos a ensaiar a multivacinação. Já fizemos em João Pessoa, Ibaíê, que é um município de João Pessoa, tivemos já a ousadia de introduzir a vacina injetável. Foi com o sarampo e alguns em DTP, usávamos injetores à pressão, com o Dr. Olivier da Fundação SESP nos apoiando, e também com seringas. Já no segundo Dia Nacional, a gente já pensava em aproveitar a campanha para corrigir as coberturas vacinais, eram com outras vacinas, que não eram alcançadas boas cobertura na rotina. Como eu falei hoje de manhã naquela discussão, não vamos colocar Campanha X Rotina não, são estratégias. Quando se constatou hoje que Arapiraca de novo tem uma cobertura baixa de 70%, é maravilhoso ter essa constatação que chegamos a isso. Então, a campanha na realidade, foi uma decisão técnica muito bem elaborada e uma decisão política forte, firme. Que proporcionou irmos buscar e envolver os estados e municípios e principalmente a participação da população. Eu tenho a lamentar, eu vivi a última Campanha em 89, porque eu saí do Ministério, eu me licenciarei do Ministério em 89, fui para o UNICEF e agora voltei para o Governo. Tenho a lamentar que em 90, por exemplo, os nossos 70% de voluntários já eram pagos, isso modifica o espírito da campanha, e vem sendo assim. Não é pago diretamente, mas é diária, é sempre uma compensação, a própria mobilização fica diferente, a obrigação de trabalhar, ou querer fazer em função daquilo. Quando eu falava que no começo as pessoas corriam à secretaria e pediam para trabalhar na campanha, agora, é “quanto eu vou ganhar?”. Têm algumas coisas a serem discutidas ainda, corrigidas. Claro, passaram-se 21 anos e as coisas não iam ficar estáticas.

Como acontece hoje vários estados ainda, a Cristina estava contando, hoje ela é Diretora de Saúde do Estado de Alagoas, que lá, ainda usa a mesma marca de localização dos postos das primeiras campanhas. Lógico que algo vai dar errado, a população mudou, cresceu, migrou, virou. Também tem esse lado, muitas pessoas, vamos dizer assim, parou ali naquele sucesso, “no time que está ganhando não se mexe”. Pelo contrário, tem que mexer enquanto está ganhando, que é para poder continuar ganhando. Sempre achamos pontos a serem reformulados. Deu certo em 1980, mas

⁷ Fim da Fita 4.

era um outro espírito, em 1980 tinham outras características, a descentralização não era como é hoje, tem toda uma situação diferente e hoje tem que ser usada a dinâmica de hoje.

Todos vocês conhecem as campanhas tanto o quanto nós que estamos mais lá dentro, era só para dizer mais ou menos assim, como foi que ela funcionou e histórias pitorescas têm aos montes, antes da entrevista dá para contar assim, coisas do arco da velha, carro roubado é fichinha perto de um monte de coisas que aconteceu, mas tudo isso é legal porque a gente vê o envolvimento das pessoas e a criatividade. Então, depois das perguntas, discutimos isso com vocês. (aplausos)

Dr. Reinaldo Martins

Como os outros falaram, eu também fico extremamente honrado de estar aqui com vocês, muito feliz de rever companheiros como Ivanildo.

Eu vou fugir um pouquinho do meu habitual, que é de me ater estritamente ao tema que me dão, o Akira sabe disso, mas eu acho que hoje eu tinha que contar um pouquinho melhor o desenvolvimento da Sociedade de Pediatria nesse processo, por um lado, e também vou dar um tom um pouquinho subjetivo ao que eu estiver falando em alguns momentos e aí vocês relevem, mas acho que vai ser bom para que fique mais interessante. E também foi a minha visão dessa história, nunca é exatamente igual, embora muito parecida, nós somos aqui do mesmo “clube”, mas não somos iguais.

Eu tinha preparado aqui umas coisas de alta tecnologia, mas o álbum seriado é sempre mais seguro. Então, vamos ao álbum seriado. O tema é esse aqui, “Os eventos adversos após a vacina oral contra a poliomielite”. Nós vamos fazer uma introdução:

Aqui, essa balança, porque falaremos de eventos adversos. Então, tem-se que colocar sempre numa balança o benefício e o lado negativo de tudo que se faz. O José **Lewcocrates** dizia “*primo non nascere*”, “primeiro não fazer mal”. Um belo pensamento inexecutável até hoje, porque não conheço nenhuma intervenção médica, que não tenha um lado negativo. Então esse é um ideal, mas que a gente nunca chega lá. Se vai falar do lado negativo, tem que falar do lado positivo, e vice-versa, colocar nos pratos de uma balança, isso para todas as ações que a gente desencadeia.

O Akira já falou do acidente de Cutter, que é um evento adverso após a vacinação contra a Pólio. Foi em 1955, quer dizer, foi logo que começou a produção da vacina inativada. Verificou-se que os casos de pólio em pessoas que tinham recebido a vacina inativada foram 260 casos, 94 em vacinados e 126 em contatos. Houve uma disseminação do vírus a contato. O contato que eles tiveram, inclusive em contatos comunitários. Quase todos os casos receberam vacinas do mesmo fabricante. E isso resultou num benefício, que foi o aprimoramento do processo de produção da vacina, e

curiosamente, tão grande era o medo, que se tinha dessa doença, que, em especial nos Estados Unidos que assumia proporções maiores que aqui, isso não afetou ao programa de imunização lá, foi corrigido e a população rapidamente voltou a ser vacinada.

No contexto, se tinha racionamento de gasolina, o contexto político também não era favorável, era muito desfavorável, de rejeição ao regime militar, em 1980 já estava havendo uma abertura democrática, mas ainda o Presidente da República era militar. E tudo que vinha do Planalto era rejeitado, e esse pacote era mais um dos pacotes. Eu mesmo confesso que a primeira vez que vi o pacote da pólio, a minha reação inicial foi de rejeitar, porque era quase um reflexo condicionado de rejeitar o que vinha de cima. Mas foi através de pessoas como a Itamara Mellman, que me falava: “o Risi é uma ótima pessoa, você precisa conhecer o Risi”, e ela fez o mesmo com o Risi, e falou: “Risi, você precisa conhecer o Reinaldo”. Eu tinha acabado de entrar na presidência da Sociedade de Pediatria, então, me deparei com a campanha e não sabia que se estava fazendo esse trabalho preliminar que você acabou de contar aí. Para mim foi algo que recebi pronto, e isso também não me agradou. Eu gostaria que tivéssemos participado do processo de elaboração da Campanha.

E, por outro lado, o Ivanildo não falou, porque ele não gosta de lembrar de coisas desagradáveis, começou uma briga do Ministério com o professor Albert Sabin. O Álvaro Aguiar, que alguns de vocês conheceram, me falou: “Reinaldo eu não conheço o Arcoverde pessoalmente, mas várias outras pessoas, que conheço e confio, me dizem que o Arcoverde é uma ótima pessoa, um profissional sério”. Então a Itamara e o Álvaro Aguiar me induziram à aproximação com o pessoal do Ministério da Saúde e realmente, quando vi o que o Risi tinha preparado, conheci você um pouquinho depois, e o próprio Valdir Arcoverde. Cá entre nós, o Valdir Arcoverde não conseguia falar duas frases sem cometer três erros de português, mas foi um dos melhores ministros que o Brasil já teve.

Isso aí é para explicar um contexto político, que também era desfavorável. Por quê deu certo? Deu certo primeiro, porque, a meu ver, foi um planejamento extremamente bem feito, magistral e uma novidade no Brasil em termos de planejamento. As campanhas anteriores, com exceção da de varíola, eram extremamente politiqueiras e resultavam em quase nada. A campanha de varíola e depois essa foram exceções. Essa então foi um planejamento, como vocês viram, extremamente bem feito. Segundo, houve uma participação popular enorme, uma adesão popular muito grande. Era uma campanha que previa a participação de voluntários, de agências não exclusivamente da área de saúde, então, houve uma grande aliança em torno desse trabalho. Terceiro, achei extremamente importante, em 1980, nós já tínhamos 123 estações de televisão cobrindo o país inteiro, e mais de mil estações de rádio. Isso permitiu uma organização do país inteiro ao mesmo tempo. Então, foram alguns fatores.

Um colega de manhã perguntou: “Qual é a missão dessas Campanhas? De varíola e pólio?”. Pode-se dizer que o planejamento é importante, como foi feito, sem dúvida. Mas também a segunda, é que cada caso é um caso, quer dizer, foram estratégias diferentes para a varíola e da pólio. A varíola com uma ação exclusivamente médica, e aqui com uma grande aliança dos setores médicos e não médicos.

De 940 casos de pólio investigados, de 75 a 76, publicados em um boletim epidemiológico do Ministério da Saúde da Fundação SESP, quase todos os casos em pessoas que nunca tinham recebido dose alguma de vacina contra a pólio. Isso em 1975, vinte anos depois do descobrimento e do início da produção da vacina contra a Pólio. Essa era a situação antes dos Dias Nacionais de Vacinação. E alguns colegas, a grande maioria de boa fé, diziam que não se deviam fazer campanhas, campanhas desarticulavam o serviço de saúde, campanha era anti-medicina pública, que era mais uma daquelas campanhas eleitoreiras e assim por diante. Inclusive havia muita razão nessa crítica, mas a gente não faz aquilo que é o ideal, a gente faz o que é possível no momento que estamos vivendo, e naquele momento era o que podíamos fazer.

Esse aqui é um boletim informativo da Sociedade Brasileira de Pediatria, que eu guardei, foi publicado em junho de 80. Guardei imaginando que um dia alguém iria me chamar para falar sobre isso, então, eu guardei. Inclusive, nós pedimos às Sociedades Estaduais de Pediatria, e à própria Sociedade Brasileira de Pediatria para ficar de plantão nesse dia, atendendo telefone, ouvindo pelos meios de comunicação, evitar outras atividades que não fosse vacinação contra a pólio. Nós procuramos dar esse apoio à campanha, divulgando o programa de ação e controle da Poliomielite, que algumas pessoas que não estavam acostumadas com esse planejamento achavam até um pouco ridículo.

A imprensa ridicularizou um pouco a minúcia do planejamento, porque fila, por exemplo, tinha que ter um vacinador, um escriba e um organizador, mas funcionou, foi por isso que deu certo, porque estava muito bem planejado.

Aqui é o quadro da pólio pelo vírus selvagem desde 1968 até o ano 2000, uma figura mais completa que a anterior. Nessa epidemia do Nordeste, Ivanildo, você participou mais do que eu, mas eu sempre ia muito ao Ministério, aquelas reuniões com vocês. Eu sempre fiquei desconfiado que havia epidemia, mas que elas já existiam antes, porque eu acho que foi em janeiro de 85 que se resolveu erradicar a pólio, e melhorou a vigilância, e começou-se então a perceberem mais casos. Então, eu acho que houve um esforço de vigilância maior e apareceu algo que estava escondido, isso já existia, não era tão baixa como estava. Tenho uma certa convicção, embora não possa provar, que isso estava meio escondido. Por outro lado, houve necessidade de reformular, mas houve uma mudança de estratégia. Lembro da Bahia, que não tinha nenhum caso notificado. Os outros estavam tendo epidemia e na Bahia não

tinha. Aí não sei quem foi lá investigar, tinha uma porção de casos na Bahia, quando foi fazer busca ativa, então, estava escondido. Eu acho que melhorou, além desse problema real, houve também uma melhora de vigilância nesse período, coincidindo com a decisão de acabar com a pólio no Brasil.

Em 1980, vocês viram qual era a cobertura vacinal antes, e aqui em azul, para quem está podendo ver, são os vacinados e em amarelo, é a população a vacinar. Em todas as regiões, exceto na Região Norte, a população vacinada foi maior que a população a vacinar, para vocês verem a adesão como foi. Isso aqui também é importante. Eu trouxe curiosidades que tenho aqui e que depois posso doar para a FIOCRUZ, se é que vocês já não têm. Isso aqui é o primeiro, esse é o ano 1, número 1, do Informe Semanal da Pólio, “O compromisso do Brasil com a proposta de erradicação da Poliomielite”. Aliás, foi em maio de 85, que se decidiu erradicar a Pólio das Américas. E aqui tinha então a classificação dos casos, dava uma orientação, para quem estava envolvido nesse esforço, essa folhinha ajudava muito a entender onde é que a gente estava. Eu acho que foi um instrumento muito importante dentro da sua simplicidade.

Em relação aos eventos adversos, vou conversar um pouco, embora rapidamente. A vacina de pólio, eu me arrisco a dizer que é a melhor das vacinas, que nós temos na rotina, aqui no Brasil. Porque é oral, é fácil de dar e é muito segura. Não há nenhuma vacina que não tenha efeitos adversos, exceto a inativada contra a **(inaudível)** que parece que não dá nada. Mas também não está se usando, na hora usar mais aqui provavelmente vai aparecer, porque todas dão eventos adversos. Das que dão menos, é a pólio, que é a pólio vacinal e fora da pólio vacinal não tem mais nada. Houve uma suspeita de Guilán Barré, mas verificou-se depois que não é a causa de Guilán Barre, pelo menos nada que você consiga perceber, que influencie a incidência de Guilán Barré. Então, fica mesmo a pólio vacinal como evento adverso dessa vacina. As definições de casos que para a pólio associado à vacina, é uma definição para a pessoa que recebe a vacina e a outra definição para a pessoa que está em contato com aquela que recebeu a vacina e que também está sujeita a se expor a um vírus mutante. Durante uma certa época, não havia uma definição boa de paralisia associada à vacina, então, deu até uma certa inflação de pólio vacinal. Depois que se colocou uma definição mais de acordo com o padrão da OPAS, foi que a gente reduziu o número de casos e aí vocês vão ver onde é que está. O importante é manter uma definição de casos. É exatamente aqui, isso aqui no início dos anos 80, aqui em 89, dez casos de pólio vacinal em um ano. Depois que se colocou a definição de casos, que eu coloquei para vocês, a gente está tendo cerca de dois casos a cada ano. Pode ser um pouquinho mais, de qualquer maneira não é nada gritante, nada alarmante, é menos do que ocorre em outros países. O que dá para entender, porque, por exemplo, nos Estados Unidos cerca de metade dos casos, ou até mais da metade dos casos de pólio vacinal, é em contactante. Os Estados Unidos sempre tiveram uma popula-

ção adolescente e adulta suscetível à pólio, aqui no Brasil não, a pólio sempre foi restrita a grupos de idade baixa, e o resto da população é imune. Então um adulto lá nos Estados Unidos se entrar em contato com a vacina oral tem um certo risco de ser suscetível e de adoecer, aqui os adultos ou receberam a vacina, ou tiveram contato com o vírus selvagem. Então, a incidência baixa de pólio associada à vacina no Brasil é coerente com essa dinâmica da doença aqui no Brasil.

A Lúcia Helena de Oliveira com a colaboração do Struchiner, aqui da ESNP, fizeram um estudo de pólio associado à vacina, aqueles casos que chegam na Comissão Nacional de Revisão de Casos de Poliomielite, da qual a Genoveva faz parte, o Half e muitos outros colegas que não estão aqui. Estudaram esses casos e chegaram à essa conclusão, que eu vou mostrar para vocês. Um caso para um milhão e quatrocentas mil crianças menores de cinco anos, um caso para dois milhões trezentos e noventa mil primeiras doses, e um caso para treze milhões do total de doses distribuídas. Esse é aproximadamente o risco que nós temos, pode ser um pouco maior que isso.

E os fatores de risco foram receber a vacina de 4 a 40 dias antes; ocorrência de febre, um pouco antes; Sintomas gastrointestinais; ter uma associação maior com a primeira dose; com vírus vacinal do Tipo III; e baixa idade. Então, esses aí são os fatores.

Bom, esse problema de pólio vacinal não é novo, nós estamos discutindo isso há bastante tempo. Como vocês podem ver aí em outro papel velho que eu tenho lá, também de um documento do Ministério da Saúde, ainda do tempo de vocês lá, “Possíveis casos de pólio associados à vacina: 81 e 83”. Logo depois das campanhas, nós já estávamos preocupados com isso. É possível que nos primeiros anos de utilização da vacina, o número de casos de pólio vacinal tenha sido maior, é provável, porque o número de suscetíveis era muito maior. Agora, deve ser muito menos porque a imunidade intestinal é tão alta que o vírus vacinal não tem para onde ir, pelo bloqueio intestinal que tem na população. Realmente, uma preocupação que aumentou nos últimos anos é em relação aos imunodeficientes, por causa do problema da Aids. Então, em crianças imunodeficientes, há um aumento do risco de pólio associado à vacina, os quadros clínicos podem ser ativos, com período de incubação longo, de evolução crônica e letalidade elevada, há um risco de expressão viral prolongada, em alguns casos pode demorar anos, o risco de mutações para neurovirulência desse vírus que fica ali multiplicando e ele vai mutando. A gente tem mais consciência agora, desse risco nesse tipo de população e é uma preocupação. Por isso nós temos vacina inativada para essa população e também para crianças que convivem com essa população e que precisam receber vacinas. Aí a orientação é fazer vacina inativada e ela é fornecida gratuitamente através do SUS.

O centro de referência de imunobiológicos especiais, aqui no Rio de Janeiro é no Hospital Jesus, tem em todos os Estados. Esse aqui é de Maceió, no Hospital José

Carneiro. Crianças com imunodeficiência congênita ou adquirida, não vacinadas ou que receberam um complexo de vacinação contra a pólio. Crianças que estejam em contato com pessoas de imunodeficiências suscetíveis que tenha recebido a vacina contra a pólio e transplantados em medula óssea. E nesse caso vacina inativada.

Uma questão que preocupa também, nos últimos anos, é em relação à vigilância epidemiológica, fazendo parte do programa da erradicação da pólio. A notificação negativa com 33% está boa, porque a meta é 80%, está no nível. Investigações em 48 horas também está boa, é 80%, estamos com 85%. A coleta de fezes é de 51%, não é boa, mas é melhor do que a do Canadá, que é 45%. Além disso, em relação a outros países, nós ficamos com essa estatística ruim, mas nós consideramos aí duas amostras de fezes, e a grande maioria dos outros países considera uma amostra de fezes como adequada, então, não é tão ruim quanto parece, embora a gente queira melhorar porque isso é um quadro extremamente importante. Nós temos casos lá no Mato Grosso, que são de paralisia flácida aguda, que não têm coleta adequada de fezes, e realmente depois ficamos sem ter certeza, se não passou um pólio vírus selvagem por ali, fica como compatível e não foi isolado vírus nenhum.

Eu tentei saber que proporção de casos existe no momento de pólio compatível, mas eu me preparei muito apressadamente para vir aqui, eu estava fazendo outras coisas, e não vou ter esses dados para dar para vocês, mas ocorre esse tipo de caso e é uma preocupação. A taxa de notificação está correta, um para 100 mil de paralisia flácida aguda de notificação é um dado bom. Sempre a Região Norte dá uma taxa de notificação maior. Bernardo Dantas me falou que estão desconfiados de algo na Região Nortes, que provoca paralisia flácida aguda que não é pólio. Estávamos preocupados com uma intoxicação, por exemplo, por metais, tipo o mercúrio, mas é uma hipótese. E isso é um caso um pouco complicado, mas penso que é extremamente importante, então eu resolvi trazer para vocês, a taxa reprodutiva básica.

A interpretação disso aqui é o seguinte, aqui é o número seis, que significa que nos Estados Unidos, em Orlando, uma pessoa com pólio, infectada com o vírus da pólio, infecta em média seis pessoas que sejam susceptíveis e que estejam em contato com essa pessoa. Então, uma pessoa pode infectar seis em Orlando, nos Estados Unidos. Em países como a República Dominicana e Senegal, uma pessoa tem o potencial de infectar dezoito, por causa de mau saneamento e o vírus vivo vacinal espalha muito mais, isso tem uma consequência importante. Com 80% de cobertura vacinal, nos Estados Unidos, de doses completas, você interrompe a transmissão da pólio. Em países como na República Dominicana e Senegal, e boa parte do Brasil, precisa de 97% para interromper a transmissão. Então os Estados Unidos pararam com a vacina oral, estão com a inativada, mas eles têm um potencial muito menor do que o nosso de que um vírus introduzido lá dissemine rapidamente. O nosso potencial de disseminação é maior, porque quanto mais pobre o país, pior é o saneamento,

maior é essa situação. Esse ano⁸, em 83% dos nossos Municípios, conseguiu-se coberturas vacinais 95% ou mais. Aliás, aqui pelo menos de 95%, no ano 2000, 83%, o que é notável, muito mais que, em 1992, que era 55%. Houve uma homogeneização muito maior, nos últimos anos, das coberturas vacinais. Mas 17% não cumpriram isso. São lugares onde o vírus selvagem pode se disseminar. Segundo informa a Secretaria de Saúde de São Paulo na primeira etapa da Campanha de Vacinação contra a pólio desse ano de 2001, somente dois terços dos Municípios de São Paulo conseguiram a meta de 95%. Isso é um dado a refletir ao comparar o que se tem a fazer no Brasil e o que já fizeram nos Estados Unidos. Aqui por último, então, eu gostei muito desse desenho lá de Alagoas, que eu coloquei aí como mensagem. (aplausos)

Cristina Maria Vieira Rocha

Depois dessa participação importante onde o dr. Akira fez um histórico da vacina, da modificação em função da epidemia do Nordeste, e o quanto isso foi importante para que alcançássemos importantes avanços no controle de qualidade, capacitação científica e tecnológica, e também na auto-suficiência imunobiológica.

O Ivanildo colocou, um pouco, resgatou a história anterior das campanhas, focalizou a estruturação e a operacionalização das campanhas, detalhando como se pensou isso naquela época, fez alguns relatos de iniciativas para resolver questões bem do campo mesmo e ressaltou a contribuição desse trabalho para o aprimoramento do processo, principalmente da qualidade em relação especialmente a conservação da vacina na rede de frio.

E o Dr. Reinaldo trouxe dados sobre a vacina e eventos adversos e das novas e talvez velhas preocupações, desde então, de como é que vai ser o dia seguinte da erradicação e trouxe também casos com bastante humor.

Foi me pedido pela coordenação deste seminário que eu colocasse a experiência muito mais relacionada à parte de comunicação e mobilização social, que tinha muito mais a ver com a minha formação, a minha experiência e a minha participação nesse trabalho. A gente compunha equipes que iam aos estados e a gente ficava nessa dupla, que era o epidemiologista e o educador. Ficávamos mais voltados às questões da mobilização da população e da capacitação de recursos humanos. Acho que o Dr. Reinaldo colocou, e o Dr. Ivanildo também, essa preocupação com o planejamento foi bastante cuidadoso. Tínhamos reuniões sistemáticas lá em Brasília, na SNABS, tanto o grupo da educação como o grupo da epidemiologia, e assim, acho que uma contribuição muito importante foi a união dessas duas áreas, que sempre trabalhavam juntas. Nós estávamos procurando entender a questão epidemiológica para daí

⁸ Fim do lado A da Fita 5.

trabalhar a questão da comunicação, da mobilização, da capacitação e, então, a questão do voluntariado. Tinha-se uma preocupação de treinamento com o voluntariado. Tivemos também uma outra preocupação, especialmente em relação ao grupo da comunicação e o grupo da educação e saúde, aí eu vou falar mais da questão da divulgação.

Existia um embate do que usar para convocar a população naquele primeiro momento, e tinha uma linha, que era a do uso da ameaça, da violência. E nós éramos educadores, da divisão de educação, querendo que fosse uma coisa mais otimista, que não apelasse para a violência, porque tínhamos uma história da educação em saúde dos primórdios, eu acho que quem trabalha um pouco da história da saúde, lembra daqueles cartazes da Tuberculose, a morte com a foice e aquela coisa toda. Naquele momento, talvez tenha sido definitivo o uso dessa forma de ameaça com a cadeira de rodas, com a pessoa deficiente.

Também eu queria ressaltar esse marco que foram as campanhas, na publicidade em saúde. Acredito que antes não tinha quase nada em termos de mídia, de grande mídia, talvez tivesse em termos de rádio, mas em termos de televisão a gente não tinha quase nada. O início das campanhas de divulgação na televisão foi uma coisa bem artesanal mesmo, bem doméstica, feita pelo grupo do ministério, da assessoria de comunicação, com um grupo da TV Educativa; até o filho da Aristel fez o primeiro vídeo, assim, foi muito interessante.

Outro detalhe também, se fazia essa coisa artesanal, porque não tínhamos dinheiro para isso. A divulgação era feita no espaço gratuito do Governo. Diante daqueles acordos de cavalheiros, existia toda uma negociação para conseguir colocar isso na grande mídia e para o Brasil todo. Claro que isso depois se foi ampliando, virou publicidade paga mesmo, e muito bem paga, cara e da mesma forma que o voluntariado passou a não ser mais voluntariado, hoje ninguém mais trabalha mais em campanha que não seja recebendo a sua diária, não existe mais aquela questão do voluntariado mesmo, a participação é muito maior mesmo dos profissionais que estão na rede de serviço.

Na publicidade também passamos a pagar a mídia e também a produção, e isso se transformou. Hoje em dia, o que o setor público paga em termos de publicidade é altíssimo. Os estados também investiram em fazer os seus comerciais. Fazíamos reuniões em Brasília, iam todos os coordenadores de campanha, e todo mundo levava o seu material, seus vídeos para expor, todo o material que era produzido era exposto e apresentado. Eu lembro de um videoteipe da Bahia, que tinha um ator da Globo, que eu não lembro, ele já morreu inclusive, que jogava, tinha todo um lance, aquela coisa doida da época, e no final ele jogava a cadeira de rodas pela janela. E hoje, a Deputada falando e eu só lembrava disso, mas depois a gente passou para um trabalho mais pra cima, mais positivo, mais voltado para a questão do direito e

isso coincide realmente, tanto com a proposta de erradicação, da retomada de um trabalho, quanto com um pouco também da redemocratização do país. Começamos a trabalhar com uma campanha mais positiva. Em vez de estar colocando o deficiente, a cadeira de rodas, vale a participação de figuras como o Renato Aragão, Zico, Xuxa etc e até inclusive com participação sem cobrar cachê. Depois então, nesse caminho, inclusive com um compromisso da erradicação da pólio, vem a figura do Zé Gotinha. Acho que ele mudou a questão da divulgação dentro do Ministério e em relação aos estados, é uma figura que marcou. Então, o Darlan Rosa, um artista plástico que já trabalhava com a Saúde, porque ele trabalhava na produção de rótulos de medicamentos da CEME. Ele já tentava trabalhar a tradução de rótulos para uma população analfabeta. É uma pessoa extremamente sensível, tinha programa na televisão para crianças e ele foi trabalhar conosco. Então, foi muito assim, um trabalho em uma questão coletiva, ele partiu de um estudo de um fotógrafo, que mostra a caminhada, a marcha de uma criança e a partir daí ele pensou a marca do compromisso, que é esse Zé Gotinha em várias posições do caminhar e cada passo que ele dava era um ano da erradicação. Essa era a assinatura das peças e foi chamada a *marca do compromisso*, tem um documento em que a gente participou também, mais assim, que ele explica qual foi à concepção e qual era a idéia da marca. Nós éramos muito acusados de sermos os campanhistas, os verticais e de sermos aqueles que iriam desestruturar a rotina, a gente tinha essa preocupação de estar trabalhando a poliomielite, mas também estar resgatando a questão do esquema básico de vacinação das outras vacinas da rotina. Trabalhou-se bastante nisso tentando aliar as duas coisas, e quando o Zé Gotinha foi criado houve uma mobilização que consolidou e disseminou essa marca. Foi um concurso nacional para a escolha do nome do boneco. Em seguida, fizemos um concurso para premiar a criança que tivesse o esquema básico de vacinação completa.

Para nós da equipe foi uma tristeza que o nome do boneco que ganhou, escolhido por uma comissão, fosse o Zé Gotinha, porque esse nome amarrava mesmo com a gota e com a pólio. Ainda fomos acusados de que o concurso tinha sido manipulado, porque na época era o Zé Sarney e disseram que o Zé, era para homenagear Zé Sarney.

Depois disso, com o próprio Darlan na equipe, a gente avançou para um outro estudo, que é a marca, desenvolvimento e uso. Porque aí a marca já teve um avanço para trabalhar as outras vacinas, e aí a marca não era mais essa, mas era uma criança com vários Zé Gotinha de todas as cores, significando naquela época as seis vacinas do primeiro ano de vida.

E assim acho que também a gente trabalhou muito, o Darlan dizia que aprendeu muito com a gente. Essa preocupação dele em tentar explicar para as pessoas o que é imunização e a gente fez uma série de filmetes, em que o Zé Gotinha na luta contra os monstros, tinha o monstro da paralisia que, infelizmente tinha uma muleta, e os

outros, tinha o monstro do tétano, e ele mostrava a luta que ocorria dentro do organismo e era uma forma de mostrar para a população. Porque você fica falando de vacina como se fosse uma coisa mágica, inclusive muitas propagandas levam a isso: “A vacina é a gota que salva!”, “A vacina dá a vida!”, e esses *slogans* malucos, que queriam já resolver tudo com um Dia Nacional de Vacinação. Foi muito rico, e envolveu muito aprendizado nisso aí. Tentou-se, com esse trabalho do Zé Gotinha, estar mostrando como se dá, realmente, o processo de trabalho do organismo para se proteger. Depois a gente se pergunta, mas o Zé Gotinha ficou? Talvez em nível nacional não, porque cada vez mais eu acho que se simplifica, é só colocar Sandy e Júnior lá, uma vez por ano, e resolve o problema da divulgação da publicidade em saúde, até porque cada vez fica mais caro e cada vez é impossível. Mas se vê, lá no nível local, no estado, no município, iniciativas e experiências, e o Zé Gotinha continua, permanece.

Em um material recente aí do centro de referência para imunobiológicos especiais, está o Zé Gotinha. Estamos acabando de fazer um material, a maior parte dos estados tem aqueles bonecos de pelúcia grande, tem uma pessoa que se veste em toda campanha, os municípios pedem, municípios que têm cobertura mais baixa, mandamos o Zé Gotinha para fazer uma mobilização. Penso que isso se vai buscando e descobrindo.

Fala-se de rotinização das campanhas, porque chegamos no estado ou no município e tentamos fazer uma avaliação, uma análise crítica do que se vem fazendo ao longo desses anos, as pessoas dizem: “todo mundo já sabe fazer campanha”, tudo já está como se já estivesse tudo dado. É importante estar sempre alimentando e alertando as equipes. Depois desse caso em Arapiraca agora, nós tomamos um susto, foi assim uma loucura, porque está provado que uma ação de saúde que tem credibilidade da população é a vacina. As pesquisas que são feitas, dizem isso. A população acredita e sempre que a convocamos, ela responde. A grande vantagem da Campanha é fazer a vacina chegar mais perto da população, o que não acontece na rotina. Obrigada. (aplausos)

.....

Dilene Raimundo do Nascimento

Eu tenho uma questão só. Na verdade a divulgação era feita artesanalmente por falta de dinheiro. O Ivanildo quando falou das campanhas, era uma decisão técnica e decisão política de iniciar o Dia Nacional de Vacinação, ele falou em recursos. Eu gostaria de saber, de onde vieram os recursos para implementar os Dias Nacionais de Vacinação? Eu trabalhava no interior de São Paulo, em São José dos Campos, especificamente, e trabalhei na vacinação; era uma mobilização geral, a cidade se voltava para o Dia Nacional de Vacinação, e o custo era muito alto, muitas doses de vacinas eram aplicadas, algumas pessoas eram pagas, outros funcionários tiravam

folgas, e muito trabalho, a campanha era no final de semana, tinha estoque de vacina, conservação das vacinas, enfim, um aparato técnico, tecnológico, para realizar o Dia Nacional de Vacinação.

Ivanildo Franzosi

O recurso, por exemplo, para a vacina, eram recursos orçamentários do Ministério da Saúde, não havia problema. Foi repassado para cada estado uma parte de recursos, também de orçamento próprio da Secretaria Nacional, da SNABS, que foi repassado, mas não para cobrir todas as despesas, para cobrir parte das despesas, porque a gente desde aquela época, apesar de ser diferente politicamente, a gente já buscava a participação dos estados, dos municípios muito pouco, só os municípios como São José dos Campos tinha condições, outros não tinham. Mas o Ministério da Saúde passava recursos sim, para os estados. Mas com certeza não era o recurso total para que o estado pudesse dizer assim: “vou fazer toda a campanha com esse recurso”, o estado também entrava com uma boa parte. A parte dos insumos, por exemplo, vales alimentação, nos dois primeiros anos, praticamente era doação e a população ajudava, depois as Secretarias passaram a comprar as quentinhas para distribuir. Mas nesses primeiros dias foram repassados recursos federais para os estados, para esse fim. A vacina chegava de graça, o estado tinha o problema do combustível, deslocamento do pessoal, gelo, uma parte da alimentação. Mas esse dinheiro já cobria parte desse gasto.

Reinaldo Martins

Eu queria comentar também, que foi feita essa crítica do custo da campanha, é claro que não tenho os dados que o Ivanildo falou, mas me lembro bem dessa crítica que a campanha era muito cara. Para responder essa crítica, foi feito um estudo sobre o custo da vacina em campanhas e na rotina. Foi feito com a participação da Organização Pan Americana de Saúde, na época ainda do Risi lá. Se você procurar, você vai encontrar esses estudos, mostrando que a vacina, na campanha ficava mais barata, porque é uma ilusão achar que a rotina é barata, não é, a rotina é muito cara. Se você analisar os funcionários que estão ali no posto de saúde, o custo do posto, e for dividir isso, for contabilizar isso no custo da vacinação, você vai ver que a vacina da rotina não é barata, especialmente quando a cobertura é baixa, que era o caso daquele tempo. Então, no *frigir dos ovos* a campanha mesmo sendo cara, a vacinação ficava mais barata.

Akira Homma

Eu queria também acrescentar a esse fato, que nesse período também começou a surgir o tema de custo benefício da vacinação, na verdade, em treinamento, o custo

em treinamento das crianças, e todo o mais que ocorria, inverte para a vacinação, não só o recurso que era necessário, mas essa questão de doença dessa vacinação começou a surgir naquela época também, mostrando que a vacinação tinha um custo benefício muito maior do que você ter a doença.

Reinaldo Martins

Uma doença como a Pólio que tem que usar cadeira de rodas, próteses, cirurgias, internações ao longo da vida da pessoa, é um preço altíssimo.

Ivanildo Franzosi

Qual o custo da dose hoje, Akira?

Akira Homma

Pois é, essa era outra coisa que eu ia dizer, é uma das vacinas mais baratas que tem. Eu acho que a vacina mais barata que existe hoje é a vacina contra a poliomielite tipo oral que nós usamos. Você imagina a complexidade de se produzir uma vacina, uma dose de vacina custa R\$ 0,30, com o custo do dólar hoje, nem a Coca Cola que você toma tem tanta tecnologia e custa tão barato como isso. Eu só queria colocar um ponto, que é importante ser mencionado nesse processo todo de campanhas, e não campanha, evidentemente também, isso a nível internacional tinha esse tipo de discussão.

O Ciro de Quadros que estava no programa do seminário, que deveria vir, ele organizou um grupo de peritos, coordenado por Carl Taylor, que é uma autoridade na área de saúde pública, que é uma pessoa que era contra as campanhas, o procedimento de campanha, porque tinha mesmo essa visão de que as campanhas não fortaleciam o serviço de saúde e, no entanto, depois de várias reuniões, discussões, os peritos chegaram a conclusão que as campanhas de vacinação vieram realmente a fortalecer. A gente tem até o resultado alcançado que permitiu dar um espaço realmente importante para questão de vacinação. Nesse sentido também, eu acho que é importante dizer da estratégia de vacinação, só conseguindo resultados, que foram mostrados aqui, pela estratégia adotada, conhecendo a biologia da pólio, da doença, conhecendo a forma como se multiplica, a ação de proteção de grupo, que permite essa vacina e a facilidade de aplicação dessa vacina. Com os Dias Nacionais de Vacinação, praticamente dando um banho de vacina em crianças de população suscetível, cortou essa cadeia de transmissão.

Não é só vacina que tem importância, aliás, essa formulação logo depois foi adotada pela Organização Pan-Americana de Saúde, para toda a América Latina e a Organização Mundial de Saúde, para todo o mundo agora, para países tropicais, de maneira agora estamos realmente dando uma contribuição.

Eduardo Maranhão

Nesse relato nosso, dá a impressão de que tudo foi relativamente tranquilo, que não havia envolvimento de políticos, de pressão, de influências.

Eu me lembro das campanhas, no final de setenta e nove, para oitenta, cria-se também a proposta do PREV-Saúde, que era uma proposta de criar, de reinstalar postos, centros de saúde e hospitais, comandada na época pelo **Carlyle** que depois veio a ser diretor da Organização Pan-Americana de Saúde. Essa proposta, esse grupo que veio fazer essa proposta, em alguns momentos, me parece, havia conflito com o grupo dos campanhistas. Eu gostaria de ouvir de vocês, o que existia e que pudesse até identificar, de onde vinha, porque eu acho que para o interesse histórico, para quem vai fazer história, me parece que isso tem uma importância, para não parecer que foi tudo tão tranquilo.

Ivanildo Franzosi

Eu estou achando que você sabe mais que a gente. (risos)

Eduardo Maranhão

Não sei nada, eu estou provocando para ouvir vocês que viveram lá na frente, eu trabalhei com vocês em alguns momentos, mas vocês tiveram uma participação muito mais ativa.

Reinaldo Martins

Posso comentar um pouco sobre isso? Talvez porque na Sociedade de Pediatria, eu tivesse mais contato com os colegas e com as críticas, mas não só as ligadas às vacinas, isso aconteceu em todas as ações básicas de saúde, que nós ajudamos a desencadear. Houve reações, no caso das vacinas nós já falamos várias, mas eu acho que seria melhor eu generalizar, porque aconteceu com todas as ações básicas de Saúde, aconteceu até com aleitamento materno, por incrível que pareça, com o soro oral, foi uma reação muito forte, então com todas as ações básicas. Porque? Geralmente, as oposições vinham de profissionais de saúde; a população não, a população aceitou. E isso por quê? Eu pensei muitas vezes sobre isso. Uma das reuniões para dar exemplo, eu não sei se eu devo falar, foi aqui mesmo na Fiocruz, nos criticaram muito.⁹

Nem me lembro de quem estava na reunião, não quero, só para colocar, e também não estou dizendo que fosse de má fé de maneira nenhuma, era a visão das pessoas

⁹ Fim da Fita 5.

que não aceitavam uma pirotecnia da saúde na visão deles. Foi uma reunião lá em São Paulo no tempo em que a Prefeita era a Erundina. E fui lá falar de ações básicas de saúde, mas falei principalmente de aleitamento materno. Uma das pessoas que estava na platéia, igual a vocês, falou que eu era reacionário ou que a minha mensagem era reacionária, agora eu não me lembro, que eu queria promover o aleitamento materno para retirar as mulheres do mercado de trabalho, dentro daquela visão estreita da mulher dentro de casa cuidando do filho. Quando a pessoa falou isso, foi aplaudida e eu fiquei na pior. Eu não tinha como reverter aquilo ali.

Então, são algumas coisas que acontece. E no soro caseiro a reação foi talvez a pior de todas, havia um erro muito grande. As ações que nós fomos mais bem sucedidos foram aquelas, na minha perspectiva, não sou especialista em comunicação, mas aquelas ações que permitiram a participação do voluntariado, e que tiveram uma visão antropológica, foram bem sucedidas, porque tiveram uma grande participação popular. Foi o caso do Zé Gotinha daqui, lá foi o soro caseiro. E aí então, houve mensagens dizendo, “Isso é uma mistificação! As pessoas estão morrendo de fome e vocês dando soro para elas”. Mas a mortalidade por diarreia caiu verticalmente. Enquanto o programa de re-hidratação oral era um programa tecnocrata, ele não avançou, no momento em que entrou o soro caseiro e as mensagens publicitárias na televisão, caiu e foi nesse momento que a mortalidade por diarreia caiu. Então são vários motivos, várias coisas, mas eu guardo isso tudo, vamos dizer, uma recordação assim boa e não tenho ressentimento contra nada e ninguém.

Akira Homma

E mais, para complementar a questão do movimento voluntário. Nós temos aqui, *Fiocruz pra Você*, é bom lembrar isso, que é organizado no primeiro Dia Nacional de Imunização, mobiliza-se toda a instituição voltada para a vacinação. A primeira dose normalmente é dada aqui na Fundação e aproveitam para mobilizar toda a Fundação em cima dessa questão. Eu acho que a Fundação, com isso, conseguiu realmente trazer para a mídia uma série de atividades que se desenvolve aqui dentro. Mas sobre essa questão mesmo, eu acho que posso falar secundando o Dr. Reinaldo, veja, na imunização maciça, os primeiros que reagiram foram os profissionais de saúde, que viram nesse procedimento, também, a perda de mercado. Na medida que o profissional de saúde, o médico, deixa de atender para fazer a vacina, para dar a vacina e vira toda uma massificação, ele perde o espaço, perde o poder. Esse foi um dos grandes motivos dessa reação. Mas o resultado alcançado foi essa estratégia, que foi sendo usada e que ajudou muito, foi a vacina. A própria vacina, pela facilidade da aplicação da vacina, se fosse injetável, eu teria as minhas dúvidas do que aconteceria.

No Japão só médico que pode injetar, imagina não dá nem para fazer. Mas sendo gotinha, essa facilidade acho que também ajudou o desenvolvimento dessa estraté-

gia de vacinação, depois foi aliar a multivacinação, o que facilitou muito essa questão. E só para completar a idéia, nós tínhamos nesse período, uma experiência anterior de vacinação maciça e eliminação do vírus da pólio, em Cuba. Em Cuba existia já uma experiência anterior e o Risi já tinha essa informação de que a vacinação de rotina não estava baixando o número de casos. Em Cuba, com Dias Nacionais de Vacinação, adotando essa estratégia de vacinação, vacina boa e com uma estratégia adequada, conseguiu zero casos de poliomielite e com isso transportou aquela experiência para cá.

Reinaldo Martins

Eu vou pedir para o Ivanildo, para eu falar antes, que eu queria completar uma idéia anterior e estou com receio de esquecer de falar e deixar de transmitir uma mensagem que eu acho importante.

Nós conseguimos com essas ações, usando muitas campanhas em meios de comunicação, melhorar os indicadores de saúde, diminuir mortalidade, doenças infecciosas, tudo isso. Mas eu confesso para vocês, que tenho uma enorme frustração, mostrando que aquelas pessoas que criticavam vinte anos atrás, tinham uma razão de ser na crítica, porque essas crianças que não estão morrendo de sarampo, nem de coqueluche, nem pegando pólio estão aí pelo meio da rua, e a situação social está se agravando. Então, eu penso que isso é uma tarefa que ficou realmente falhando, e sendo que nós sempre tivemos a preocupação de dizer que uma não substitui a outra, mas nós fizemos a nossa parte e está faltando uma outra parte aí. Existe uma preocupação grande nossa, na Sociedade de Pediatria, esse problema, nós chegamos a fazer um projeto para colocar nos postos de Saúde, os conselhos tutelares, porque ele corresponde ao Posto de Saúde do Estatuto da Criança e do Adolescente, se o Conselho tutelar não funciona, o Estatuto não funciona. É como se fosse o PNI sem o Posto de Saúde, ficavam as pessoas falando no vazio e é o que está acontecendo na área dos direitos da criança, então, eu penso que nesse ponto, eu dou razão às críticas de que esses programas têm que ser completados e essa complementação está faltando.

Ivanildo Franzosi

Eu não tenho muita informação, o que eu vivi um pouco mais, não foi essa coisa, foi a disputa de escolas, que foi a resistência, vamos chamar assim, do grupo de São Paulo, da Escola de Saúde Pública de São Paulo, que foi difícil no começo, foi uma resistência forte, mas também, depois da participação de todo mundo, se entendeu. Mas o Risi tem uma capacidade de conversa, de convencimento, mas o que eu me lembro mais forte foi dessa resistência da equipe de São Paulo, a equipe de São Paulo

declarou que não iria fazer, não sei se vocês lembram, eles não queriam fazer, no primeiro Dia Nacional eles iam ficar fora, mas tanto é que se resolveu o problema todo e eles participaram, e claro, com toda a competência. Só avisar à Nísia ou a Dilene, não sei, vocês tem esses vídeos que a Cristina falou do Zé Gotinha? Eu tenho, eles todos, eu posso emprestar as minhas fitas para vocês reproduzirem, eu tenho, depois eu mando as fitas que eu tenho e vocês vêm se quiserem reproduzir.

Cristina Vieira Rocha

Eu queria fazer um comentário em relação à questão do financiamento. Essa equipe que ia para o estado tinha como uma das tarefas levantar todas as necessidades para organizar as campanhas, e essa equipe, ela tinha um contato de forma geral com o Governador, para colocar a necessidade, então, teve muito recurso do estado para isso.

Em relação a essa questão do Eduardo, existia sim, uma resistência, às vezes velada, às vezes muito explícita, porque na época eu era peão mesmo. E tinha mais, até por ser da área de Educação, já de certa forma é excluída, existia sim, e além de tudo, foi muito forte o fato do Dr. Risi ter ficado dez anos na SNABS, e isso fez um processo de continuidade e crescimento da equipe, com a Dona. Deise, com o Amaro, a Dona Deise era secretária.

Ivanildo Franzosi

Até eu fiquei dez anos lá.

Cristina Vieira Rocha

Quer dizer, eu acho que era uma equipe que planejava, se organizava direitinho e isso servia inclusive de gozação por parte dos outros grupos. Eu me lembro que o grupo da Secretaria Executiva, Secretaria Geral que era liderado pelo Mozart, na época. Porque na época era o grupo do Rio Grande do Sul, porque o Ministério é assim, na época era o Rio Grande do Sul que dominava. Eu era do quadro, então vimos passar muitas coisas assim, e a gente lá dentro da SNABS foi um grupo que foi crescendo. Isso, de certa forma, causava uma certa ciúmeira, éramos taxados mesmo de tradicionais, de conservadores. Até por conta da história mesmo, o Dr. Risi veio da Fundação SESP, aquela coisa bem organizada, bem estruturada. O outro grupo era mais progressista, mais aberto, era a época do POA, plano alternativo que ia para os estados. E havia uma preocupação de estarmos articulando, juntando, para não ficar a SNABS de fora. Mas existia sim. Eu lembro e isso foi uma coisa marcante, lembro quando, o baiano, o ministro baiano, já da Nova República.

Ivanildo Franzosi

Roberto Santos, Carlos Santana e Roberto Santos. Todos dois.

Cristina Vieira Rocha

Quando o Carlos Santana assumiu, com toda a proposta de mudança, porque era a Nova República, então, tudo que existia de certa forma olhava-se com muita desconfiança. E eu lembro que o Dr. Risi, como Secretário Nacional, ele demorou demais, criou aquela angústia na gente, ele demorou demais para falar com o Ministro, eu nunca esqueço, o Dr. Risi foi para lá, finalmente marcaram uma audiência e o Dr. Risi foi para lá, como staff dele, aí de repente sai de dentro do Gabinete, depois de esperar horas e horas, sai de dentro do Gabinete um assessor, era o filho dele, aí olha assim e diz: “Olha, é a turma da vacina que está aí!”, aí voltou lá pra dentro pra dizer que era a turma da vacina, quer dizer, essa coisa...

Ivanildo Franzosi

Mesmo assim, continuamos mais um tempinho.

Cristina Vieira Rocha

Era um registro, o rótulo era esse, era a turma da vacina. E a gente trabalhava muito, porque como era bem organizada e estruturada, lutávamos muito para argumentar, para defender os pontos.

Reinaldo Martins

Eu comecei a trabalhar em Posto de Saúde, em mil novecentos e sessenta e poucos, e participei de campanhas antes dessas que estamos falando aqui. Era uma desorganização. Para começar, as pessoas não tinham clareza daquilo que queriam, quem estava na ponta não podia saber o que fazer, porque os documentos eram mal redigidos, não havia uma clareza. Então, o Dr. Risi quando foi para o Ministério da Saúde, tudo que vinha do Ministério era com uma clareza muito grande, então a gente sabia o que tinha que fazer. A Dona Deise ajudava muito, nas reuniões os lápis estavam sempre bem apontadinhos, e tudo arrumadinho, então, era uma dupla formidável. Os documentos eram claros, os objetivos eram claros e de um modo geral depois do Risi, talvez não com aquela perfeição, tem se mantido uma tradição de clareza dos documentos que vem do Ministério da Saúde. Anteriormente a esse pessoal não era assim, era difícil de entender o que o Ministério queria. Ministério e secretarias, porque quando o Ministério não funciona aqui no Brasil, as secretarias também entram em colapso.

Nísia Trindade Lima

Eu acho que talvez, eu pegue um pouco esse tom, até de um olhar por dentro, essa história tão rica, mas eu gostaria de colocar algumas questões.

A primeira até o Akira lembrou *Fiocruz pra você*, é uma coisa que a gente sempre está pensando, quando faz essa retrospectiva histórica, é sobre essas condições em que uma a vacina é mais aceita, Como se dá essa confiança? Que fatores levam a isso? E acho que em algumas falas de vocês, que aparecem também, é que isso não pode ser visto, a Cristina até colocou isso, que não pode ser visto como um dado: está estabelecida a confiança, etc, como algo que não possa ser alterado. E uma questão que surge para mim, por exemplo, foi aquela reação à vacina dos idosos, digamos assim, como uma dimensão negativa dessa relação da população com a política que o estado pretenda implantar em relação à vacina, foi até um dos artigos do jornal que sugeriram, mas de fato ocorreu grande questionamento. O povo refletiu sobre o que faz com que uma vacina, no caso como a pólio, tenha tido a aceitação, esse impacto na população com essa segurança, que vai além do conhecimento científico, vocês falaram quantas coisas foram mobilizadas aqui, estratégias de comunicação, símbolos, elementos.

A outra questão que me ocorreu também foram os problemas de registro estatístico para quem quer fazer uma história da imunização. Recentemente, eu e Gilberto, um colega aqui da Casa, participamos de um esforço, em conjunto com o IBGE, de recuperar as informações que tinham sido publicadas nos anuários estatísticos. A gente vê que as ações do Estado são muito documentadas: quantos guardas tinham, quantas ações foram feitas pelo Ministério da Saúde, quais eram as campanhas. Mas dados sobre a incidência das doenças, dados que tratavam de doenças epidemiológicas, em termos históricos, eles não estão sistematizados e certamente poderiam ser passíveis de muitas críticas. O Dr. Reinaldo focalizou esse problema das estatísticas.

O terceiro ponto tem a ver com o que apareceu na exposição do Dr. Reinaldo também, que é mais uma idéia geral, vocês fiquem a vontade para comentar ou não. Porque muitas vezes a oposição entre vacina ou outras ações de Saúde Pública, independente dos interesses de grupos, que existem também, ela vem sempre em torno de uma idéia, que opõe um pouco as duas questões. Então são objetos clássicos da história da Saúde Pública, na verdade, é melhores padrões principalmente com relação à redução da taxa de mortalidade, que tem mais a ver com saneamento, qualidade da água.

Na verdade, me parece que uma análise um pouco mais sofisticada, desse tipo que se fez na mostra e mesmo a questão da vacinação, ela não pode ser vista sem se levar em conta fatores locais, ambientais de saneamento, como fica claro nessa questão do problema das diferentes metas até de cobertura em função do quadro de saneamento, no caso específico da pólio.

Se vocês pudessem comentar. Essa terceira questão é para o Akira, quarta já, é a seguinte, de manhã, eu coloquei para o Eduardo, e ele disse que eu tinha que colocar para você. Que é a seguinte: quando começamos a ver essa questão dos efeitos adversos, e somos leigos no conhecimento técnico da vacina, aí fica a questão, será que como política de desenvolvimento tecnológico, você sabe muito bem que não acompanha *pari passu* o conhecimento científico, seria válido pensar em uma reserva estratégica de vacina do tipo tal, ou não? Você acha que se pode pensar a questão do ponto de vista de uma política?

Akira Homma

Eu gostaria de tentar responder a primeira pergunta também, porque é uma pergunta que tem a ver, por exemplo, com a vacinação contra a febre amarela. Poderíamos dizer que a mãe leva a criança, e a criança não diz: “eu não quero tomar”, ela chora, mas está ali no colo, leva a vacina aplicada, gota ou coisa assim, e não tem o que reclamar. É fácil de aplicar em crianças, e realmente acho que de qualquer forma, a confiança do programa de vacinação e a política de vacinação adotada no país, tem sido muito séria, é uma política contínua, com base técnica e científica muito bem baseada e que tem recebido cooperação, colaboração, participação e parceria da comunidade científica. A Sociedade Brasileira de Pediatria tem sido um aliado fantástico nesse processo, sem essas parcerias eu acho também que não conseguiria levar para frente essa política. Mas para o adolescente e o adulto, tem que se buscar outra estratégia para se conseguir o mesmo resultado nesse grupo populacional. Acho que isso ficou muito claro na reunião que tivemos na semana passada, em Maceió, em que o grupo mais importante de 19 a 49 anos, que está na área endêmica, não se consegue vacinar, se consegue vacinar crianças. Mas esse grupo que vai à mata e sabe que está exposto à febre amarela, não se consegue vacinar. E tem mais, nós tivemos fazendo um estudo de dois lotes imensos, em 84 e agora em 2001. Nesse estudo de voluntários, vimos todo um protocolo de voluntários, protocolo aprovado pelo comitê de ética e tudo mais. Só aquele que se disse voluntário, “eu quero me vacinar”, assinando toda a folha de consentimento assim, que foi imunizado. Para conseguir mil e oitenta e tantos soldados, para a primeira e segunda coleta, tivemos que percorrer 21 unidades do exército, 21 unidades, teve unidade que só forneceu, quatro, cinco soldados. Ninguém queria se vacinar, aquelas unidades em que o comandante chegou lá na frente e disse: “eu quero me vacinar”, aí conseguimos 50, mas nunca mais do que isso. Ao contrário daquela época, em 83, em que eu fui ao Comando Geral do Exército e o general ordenou que participassem, porque era importante, eu convenci de que era importante, com a febre amarela no país e nós chegávamos no quartel, era o comandante e a fila. Teve soldado que ao receber a injeção desmaiava, desmaiava! O adulto tem uma cultura geral, onde tem aversão, eu não

vou dizer todos, mas tem uma cultura geral de aversão à injeção. Realmente, os resultados que estamos alcançando na vacinação de jovens e adultos até 49 anos, também mostram que a cobertura é muito baixa nessa população, e tem que se buscar uma estratégia, tem que se buscar alguma coisa que mobilize esse grupo para vacinar. Talvez aquele *cartoon* da tuberculose com a morte, não sei, mas tem que se buscar, algo.

Agora quanto aos efeitos adversos, realmente, é uma questão que cada vez mais é importante, na medida que a doença é controlada. Desaparece a doença, os efeitos adversos aparecem com muito mais importância, muito mais importância. Quando tinha casos de poliomielite, quando tinha aquelas crianças todas no pulmão de aço, no Hospital Jesus, com a Itamara Meilman tentando atender todas as crianças que chegavam lá e não tinha pulmão de aço para colocar a criança, a população tinha noção de que tinha que se prevenir. Mas na medida que isso desaparece e casos associados à vacina aparecem, esse problema começa a ficar importante. Então, nós temos realmente a convicção que a reação adversa é um caso importante. Nós temos mortes associadas à vacinação contra a febre amarela. Nós temos, é recente isso, depois de 64 anos de imunização, não sei quantos milhões de pessoas que foram imunizados, agora aparecem casos de morte por vacinação contra a febre amarela. É claro que isso nos preocupa, preocupa na forma absolutamente grande, porque como é que vamos dizer: “vacine-se”, “não tem perigo?” Nós já não podemos dizer que não tem perigo, nenhuma vacina é inócua completamente.

Então, eu acho que em termos de futuro, a médio e longo prazo, as vacinas do futuro serão todas inativadas, de componentes, não queremos vacinas de vírus vivo atenuado, vacinas de bactéria atenuada, não vai ser assim, vai ser componente de bactéria, alguma coisa que seja inerte, que não vá provocar doença, seguramente será assim.

No caso de poliomielite, que nós estamos falando de erradicação global em 2005. A China eu acho que esse ano já não teve mais casos, os últimos casos de pólio estão localizados na África, em alguns países da África e no Paquistão. E essa guerra no Afeganistão, eu não sei. E a possibilidade realmente de acabar com a poliomielite, com a vacina oral de vírus vivo atenuado, eu acho que é muito grande. Depois o que vai acontecer? Acho que nós vamos ter que possuir estoques estratégicos. A vacina inativada é muito mais complexa do que a vacina oral, em termos de produção inclusive, precisa de dez vezes mais massa viral para produzir uma dose da vacina inativada, e certamente teremos, em função de onze de setembro, aquelas torres de Nova York que foram destruídas, eu acho que a gente vai ter que ter um estoque de vacinas, e provavelmente inativadas, porque não vamos voltar, depois de erradicada, a vacinar com vírus vivos atenuados, penso assim. Você vê, a varíola, nós vamos produzir a vacina contra a varíola atenuada, vírus que foi usada para a erradicação, mas já tem grupos que preconizam a utilização do vírus inativado. Portanto, eu acho

que é essa a tendência, não vai ser a curto prazo não, porque temos que vencer uma série de desafios tecnológicos para chegar lá. Mas a médio e longo prazo será nessa direção.

Reinaldo Martins

Você tocou em um outro ponto que realmente não foi abordado até agora, que é interessante, se eu entendi bem a sua colocação, que é: ações de saúde e o que significa isso no ponto de vista de repercussão de indicadores sociais.

Vacina e indicadores sociais, ações de saúde na história da medicina e da pediatria, em particular, aparece muito esse tipo de discussão, principalmente no século passado e no início desse século. O Pedro de Alcântara tem um livro muito bom chamado “Causas e Remédios Sociais da Mortalidade Infantil”. Esse livro é muito bom como reflexão, a conclusão é pessimista, o que se faz na área de saúde não adianta nada em relação a indicadores de saúde das crianças. Esse livro a primeira edição dele é de 1939, se não me falhe a memória, e a segunda é de 1945. Naquela época, o que ele estava falando era praticamente correto, que vacina que se tinha em 1940? Quase nada e funcionava mal ainda por cima. Já tinha a de varíola, mas eram coisas assim pequenas. As ações de puericultura eram mal direcionadas, com muito desmame e a terapêutica da diarreia era completamente errada, mandando suspender a alimentação e dando água de arroz, que não re-hidratava bem.

Então, se você fosse analisar a eficácia das ações médicas, no século passado, na área da criança, elas eram muito ineficientes e davam razão a uma conclusão pessimista. O Pedro de Alcântara achava que só ia conseguir melhorar a situação das crianças, melhorando a sociedade, o que até hoje é correta essa colocação, mas é errado dizer que o profissional de saúde não tem o que fazer nesse contexto. Tem sim e isso ficou claro nas últimas décadas, que temos muito mais o que fazer, aprendemos a cuidar melhor da diarreia, tem um elenco de vacinas, a gente aprendeu a orientar melhor o aleitamento materno. Quando eu me formei, não sabia orientar o aleitamento materno, me diziam que era importante, mas a técnica de aleitamento materno, eu não sabia. Meus filhos não foram amamentados aos seios. Naquela época, praticamente, a gente não conseguia. Então, eu nunca me conformei com essa idéia de que não tem o que fazer, você como médico, para o problema social, eu achava que podia fazer alguma coisa ¹⁰ para que crianças e adolescentes tenham uma vida melhor.

¹⁰ Fim do lado A da Fita 6.

Cristina Vieira Rocha

Eu queria comentar um pouquinho sobre essa questão de vacina e situação social. Eu acho que hoje a gente já está discutindo mais isso. Por exemplo, em Alagoas, com a questão de ser o maior índice de mortalidade infantil do país, há uma preocupação de estar buscando os outros setores e a consciência de que a Saúde sozinha não vai resolver esse problema, mas quando se reúne e tem um comitê estadual de redução da mortalidade infantil, temos a maior dificuldade de reunir esses parceiros, que poderiam estar contribuindo para resolver essa questão. Mesmo quando se reúne, parece que a Saúde ela tem clareza do que ela tem que fazer, nessas medidas, e os outros setores não têm muito claros, sabe, acho que ainda vamos avançar muito.

Acredito que um pouco da discussão, do embate que a gente tinha com a comunicação nessa coisa da vacina, era um pouco para estar colocando que a vacina salva, passando um pouco para a população essa coisa meio mágica, de que se você tomar uma gotinha ou uma injeção estava resolvida a saúde, a vacina é saúde, e a gente tinha uma briga um pouco em cima disso.

Em relação à vacinação do adulto, eu acho que o Akira colocou algo, que eu sempre gosto de dizer. Aprendemos a vacinar criança, mas não sabemos vacinar adulto. A gente não sabe e usa as mesmas estratégias que usa para vacinar criança. Um rapaz de uma agência de publicidade lá de Maceió, que está trabalhando com a gente, ele fez um Zé Gotinha e botou o nome de Zé da Gota Serena, que é um nome que se usa muito no Nordeste, “gota serena” aquele cabra macho, e tá lá o Zé da Gota Serena com o menino aqui debaixo do braço, e outro puxando para levar para vacinar, eu disse: “nem mostra isso, que vai dar o maior pau”. Mas assim, adulto já sabe o que quer, tem as suas próprias convicções e não é um “blá-blá-blá” de televisão que vai dizer a ele, que ele vai se vacinar e que é importante. Está aí a prova da campanha de rubéola, a campanha nacional, foi uma discussão muito, nós fizemos uma divulgação estadual. Mas a campanha nacional ao dizer que a pessoa ia se vacinar para proteger o filho que vai nascer, fez com que muita gente não fosse se vacinar. “Eu não vou mais ter filho”, “eu não quero ter filhos, então, eu não vou me vacinar”. E a gente observa quando a gente faz a avaliação por faixa de idade, que as faixas maiores de 20 a 24 anos e 25 a 29 anos são as que tem menores coberturas, foram as que tiveram mais dificuldades de alcançar a cobertura. Então, também, quando você trabalha com a vacinação de mulheres em idade fértil para o tétano neonatal, você tem índice baixíssimo de cobertura, você não consegue levar esses meninos adolescentes para vacinar, não tem estratégia.

Tivemos três casos de tétano neonatal em Maceió, os três casos eram duas nunca vacinadas e uma que tinha uma dose. E para fazer uma vacinação, uma intensificação foi quase caso a caso, foi vacinando de noite nas escolas. Então, a gente não tem tecnologia, a gente não sabe. Essa é uma briga, quando as pessoas dizem: “não, a

gente já sabe”, “ah! campanha é com a gente mesmo”. Não sabe, a gente tem que desenvolver isso, estudar, e penso que a gente um pouco por não saber fazer naqueles primeiros tempos. Fazíamos tudo no laboratório, ficávamos inventando, fazendo pequenos estudos, o pessoal do Ministério, quando ia para o estado, pegava um questionário, ia aplicar. E a gente tem que trabalhar nisso para saber de que forma a gente vai poder chegar nesse grupo.

Akira Homma

É importante dizer que tem grupos de cientistas, hoje, contra a vacina. Cientistas, que se dizem cientistas, ou seja, pessoas assim, doutores, publicam artigos e dizem contra a vacina, e que saem em revistas divulgadas, assim, revistas até importantes, sendo veementes contra a vacina, com ou sem motivos eles colocam. Isso, por um lado, eu acho que é muito importante ser colocado, outro grupo que se levanta contra a vacina, em alguns casos, eu acho que evidentemente muito mal informados, são grupos religiosos. No caso da vacinação de tétano neonatal, especialmente na América Central, México também, eram grupos religiosos contra a vacinação do tétano neonatal, porque nas Filipinas tinha sido utilizado o toxóide tetânico para combinar com o antígeno, um hormônio que seria para vacinar contra a fertilização. O toxóide tetânico como proteína para fazer combinação com o hormônio, para produzir uma vacina contra a fertilidade ou fertilização. Então, vinham os grupos religiosos dizendo que essa vacinação contra o tétano neonatal era campanha para controle de natalidade, esse tipo de ação, além da ONG que estão contra a vacina. Têm esses outros movimentos, que estão crescendo, na medida que o sucesso aconteceu, surgem outras correntes, de maneira que precisamos estar preparados, inclusive para trabalhar nessas questões, que vem tumultuar, vem dificultar.

Reinaldo Martins

Só queria comentar rapidamente isso aqui, quando eu fui buscar dados de pólio da década de 50, ou antes, realmente é o que você falou, é desastroso. De vez em quando aparecem umas epidemias, depois somem, não dá para interpretar nada. Um pouco antes de 1980, houve um trabalho de epidemiologia em relação à pólio, muito bem feito. Lembro bem, mas mesmo assim muito criticado na época, em 1980. E se falava que o sistema era falho, não dava bons indicadores. Aí o CEME quis fazer uma pesquisa para saber qual era a prevalência exata da pólio, e deu aquela briga toda. Mas o Roberto Becker falou uma coisa que eu nunca me esqueci. Ele apresentou dados de pólio na sociedade de pediatria, ele falou assim: “nós não temos todos os casos, mas nós sabemos qual o comportamento da doença no Brasil e com isso dá para a gente direcionar a ação”. E ele tinha absoluta razão nisso.

Dilene Raimundo do Nascimento

Eu queria agradecer a quem recebeu o nosso convite e aceitou vir expor nesse seminário dos *40 Anos da Vacina Sabin no Brasil*, trazendo uma enorme contribuição para todos nós, agradecer ao pessoal também que veio participar, e contribuiu no debate para a gente desenvolver melhor ainda o nosso trabalho. Obrigada.



Ficha técnica:

Fitas gravadas: 6

Duração do seminário: 5 horas e 45 minutos

Local: Rio de Janeiro

Data: 12 de dezembro de 2001

Transcrição das fitas: Rosa M. J. Dutra

Conferência de fidelidade: Felipe Ponce Maranhão

Coordenação geral: Dilene Raimundo do Nascimento