

Faculdade de Ciências Gerenciais Alves Fortes

Renann Bouquard Cohen

"Um paralelo entre a gestão de vacinação dos séculos XX e XXI."

**Além Paraíba
Dezembro, 2021**

Renann Bouquard Cohen

"Um paralelo entre a gestão de vacinação dos séculos XX e XXI."

Bacharelado em Administração

Faculdade de Ciências Gerenciais Alves Fortes

Professor(a) orientador(a): Allan Lima Ferreira

Além Paraíba
Dezembro, 2021



Renann Bouquard Cohen

"Um paralelo entre a gestão de vacinação dos séculos XX e XXI."

Monografia apresentada a Faculdade de Ciências Gerenciais Alves Fortes – FACEALFOR, mantida pela Fundação Educacional de Além Paraíba – FEAP, como requisito parcial à obtenção do título em Bacharel em Administração.

Banca examinadora:

Prof. Orientador(a): Nome do professor(a)

Prof. Convidado(a): Nome do Prof. Convidado(a)

Prof. Convidado(a): Nome do Prof. Convidado(a)

☐ Aprovado

☐ Aprovado com restrições

☐ Reprovado

Prof. Coordenador: Allan Lima Ferreira

Além Paraíba, 03 de dezembro de 2021

Dedicatória

Dedico este trabalho a Deus por ter me dado forças, saúde e motivação para cumprir essa etapa tão importante na minha vida.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a minha querida e amada mãe Angela Bouquard e ao meu querido e amado pai Salim Cohen, que me apoiaram incansavelmente durante o decorrer do bacharel em toda forma possível e, por fim, agradeço os meus verdadeiros amigos que estiveram presente em minha vida durante esses quatro anos, onde nos apoiamos uns aos outros para superar as dificuldades, em especial meu primo, praticamente irmão, Jaime Bouquard.

Resumo

O Presente trabalho tem como objetivo analisar como o Brasil evoluiu em cumprir seus objetivos de vacinação comparado com o Século XX, desde o início do século, nos eventos da Revolta da Vacina. Bem como trazer à baila como funciona o principal Sistema de Saúde Pública brasileira, o SUS, entendendo o contexto histórico de sua criação e de como funciona sua metodologia, além de compreender sua gestão de forma didática. Analiso também o funcionamento do Programa Nacional de Imunização, o PNI, trazendo dados sobre sua criação e de como o calendário de vacinação gratuita do Brasil evoluiu desde a década de 1970, onde podemos concluir que, os dois foram de fato responsáveis em auxiliar o Brasil a atingir o status de um dos países que mais vacinaram sua população totalmente contra o COVID-19 e evoluindo seus processos de vacinação exponencialmente quando comparado com o Século XX.

...

Palavras Chaves: Vacinação. Estado. Gestão Pública. COVID. Saúde Pública.

Abstract

The aim of this study is to analyze how Brazil evolved in accomplishing its vaccination targets compared to the twentieth century, since the beginning of it, during the Vaccine Revolt period. This study also aims to mention how the main Brazilian public health system (SUS) works, understanding the historical context of its creation and how this system' methodology functions, besides understanding its management in a didactic perspective. I will also analyze the National Immunization Program (PNI) operations through data related to its creation, and how the Brazilian free vaccination program calendar evolved since the 1970's. To conclude, a comprehension about how both are responsible in helping Brazil to reach the target of being one of the countries with the highest number of fully vaccinated people against COVID-19 will be established and also evolving its vaccination processes exponentially when compared to the 20th Century.

Key words: Health System. Vaccination. State. Public Administration. COVID.

Lista de Siglas

CAPS - Caixa de Aposentadoria e Pensão

IAPS - Instituto de Aposentadoria e Pensão

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

PL - Projeto de Lei

DF - Distrito Federal

FNS - Fundo Nacional de Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CF - Constituição Federal

EUA - Estados Unidos da América

JK - Juscelino Kubitschek

CEV - Campanha de Erradicação da Varíola

PNI - Programa Nacional de Imunização

INCQS - Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde

DTP - Vacina Tríplice Bacteriana acelular infantil/adulto

PASNI - Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos

SUMÁRIO

Introdução	10
Metodologia	11
1 - O Pré-SUS.....	12
2 - Sistema Único de Saúde.....	16
2.1 Regulamentação do SUS.....	16
2.2 Princípios Gerais do SUS.....	19
2.3 Gestão do SUS	21
3 - Vacinação no Século XX.....	23
4 - Programa Nacional de Imunizações.....	27
4.1 A Relevância do PNI.....	31
Conclusão.....	32
Bibliografia	34

Introdução

Durante os dois últimos anos, nossa geração foi assolada por uma pandemia mundial. Este evento além de desencadear impactos sociais, econômicos e culturais, teve como destaque grandes impactos políticos em nossa vida. O advento do COVID-19 se assemelha a várias situações que o nosso Planeta vivenciou, não foi a primeira vez que "sobrevivemos" a grandes pandemias, e o interesse da população mundial pelo assunto é cada vez mais evidenciado em grandes mídias ou em simples conversas casuais na nossa vida. Tudo isso gerou milhões de opiniões da população acerca de Saúde Pública durante os dois últimos anos nas redes sociais graças à inclusão digital, principalmente no que tange o assunto Vacinação.

Muitas dessas opiniões eram movidas por ideologias políticas e tratavam de falar sobre um assunto tão complexo e delicado de forma generalista e muitas vezes errônea, essas opiniões por sua vez eram entendidas e compartilhadas como verdade absoluta e eventualmente as pessoas se viam presas em um ciclo praticamente impossível de ser quebrado graças à globalização e o acesso à informação.

Isto posto, todo esse contexto motivou este autor a entender sobre como o Estado, logisticamente falando, age em situações de Vacinação atualmente e de como agia no século passado, para podermos comparar como o nosso País evoluiu nesta seara. Entender isso é extremamente relevante para que possamos emitir ideias essencialmente honestas de maneira correta, principalmente quando o tema é Saúde Pública.

Este trabalho expõe primeiramente o contexto histórico por trás da criação do maior sistema de saúde pública do mundo, o SUS, entendendo os movimentos sociais por trás de sua origem, além de detalhar, legislativamente falando, como o sistema é regulamentado e de trazer à tona os princípios que regem o funcionamento do SUS, onde por fim, falo sobre como o SUS é gerido como um Sistema no geral.

Em seguida, meu foco passa a ser explicar como era o Sistema de Saúde Pública brasileiro no Século XX, principalmente no que tange vacinação, destacando os problemas causados pelos adventos da Revolta da Vacina e de sua importância para a Vacinação brasileira.

Por fim, explico o PNI, o Programa Nacional de Imunização, o programa que desde o fim da década de 70 rege todo o processo de vacinação gratuita que conhecemos hoje em dia, e de como esse Programa foi e é relevante até hoje no ano de 2021, principalmente quando falamos de COVID-19 e da importância da vacinação.

Metodologia

Este estudo usou como base artigos científicos que falam sobre Saúde Pública, e Vacinação, livros pertinentes a história da Saúde Pública do Brasil, documentos históricos que relatam ações sociais relevantes para o tema, revistas com artigos que retratam a situação pandêmica do mundo, entrevistas em vídeo de profissionais da área relacionada ao tema. Foi usado como base de pesquisa também a constituição federal e várias leis que regem os programas citados no trabalho. Utilizei por fim, websites do governo estadual/federal que contém dados atualizados sobre os programas.

1 - O Pré-SUS

Em decorrência das epidemias, o Brasil passou por cenários de calamidade de saúde pública que marcaram a nossa história. Como por exemplo, a febre amarela, cuja qual Oswaldo Cruz foi protagonista no combate à mesma. Além da varíola, uma enfermidade que deixou nosso país em estado de guerra. De acordo com Sevcenko (2018), a obrigatoriedade da vacinação contra a doença, estabelecida em lei por Rodrigues Alves em novembro de 1904, causou alvoroços que se estendeu fora da esfera legislativa. O povo motivado por sentir seu corpo violado se viu nas ruas do Rio de Janeiro, protestando contra os meios coercitivos do Estado.

Todo esse contexto se torna relevante para elucidar como a Saúde Pública Brasileira evoluiu ao longo do Século XX, principalmente antes de todo o processo que originou o SUS. Gonçalves (2002), nos fala que o Sistema Único de Saúde foi elaborado dividindo-se em 3 fases significativas, a primeira, conhecida como fase de *difusão*, se iniciou antes de 1964. No começo do Século XX, o Brasil passava por problemas sanitários constantes devido as epidemias que assolavam o mundo na época, principalmente a varíola. O desenvolvimento industrial fez com que muitos estrangeiros passassem pelos principais portos do país, trazendo consigo juntamente de sua presença, a moléstia. O interesse da administração pública na época era amenizar o máximo as doenças que circulavam nas principais cidades, pois o crescimento do país dependia disso.

Vale a pena ainda trazer à baila várias situações, não menos relevantes, que marcaram a Saúde Pública Brasileira. No Governo Vargas (1951-1954), graças a Lei 1.920, de 25 de Julho de 1953, foi-se criado o Ministério da Saúde, cujo qual, de acordo com o seu Art. 1º: “...ficarão afetos os problemas alinentes à saúde humana.”

Há de se dizer também que na Era Vargas, o programa de Caixas de Aposentadoria e Pensão da época, conhecido como CAPS, criado nos anos 20, foi transformado em IAPS, Instituto de Aposentadorias e Pensões, e de fato, era o sistema mais parecido possível com o que conhecemos hoje como um Plano de Saúde, pois o Instituto, além de ser financiado pelo Governo, provia aposentadoria, remédios e assistência médica.

Assim como os planos de saúde de hoje, os IAPs de algumas categorias eram melhores que os de outras. Os institutos “superiores”, como o dos funcionários públicos, tinham convênio com os melhores hospitais. Os “inferiores” limitavam tempo de internação, como o dos marítimos, ou cobravam uma taxa extra cada vez que o beneficiário utilizava um serviço,

como os dos operários da indústria. Nos anos 60, para acabar com esse tipo de distorção, os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Na década seguinte, a saúde dos trabalhadores registrados passou para as mãos do Inamps. (Revista em Discussão, Nº 19, p. 14)

Na segunda metade do século XX, o Sistema de Saúde Pública brasileiro estava sucateado e em crise e, portanto, se assemelhava cada vez mais com o Sistema de Saúde Americano, com múltiplas instituições e organizações estatais e privadas, dirigidas a uma mesma clientela, deixando milhões de pessoas excluídas de atenção ou com serviços de baixa qualidade (Paim, 2009). Isso causava um claro problema de desigualdade, piorando cada vez mais a situação que o País se encontrava, ferindo o que hoje se encontra no Art. 3º, III da nossa Constituição Federal, *in verbis* "III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;".

Epidemias de doenças transmissíveis, em particular a febre amarela e a malária, produziram um impacto dramático de mortalidade nas cidades e nos principais canteiros de obras localizados nos países periféricos, causando prejuízo ao comércio e dificultando a expansão do capitalismo. A solução, na época, veio sob a forma de incentivo público às pesquisas biomédicas, sobretudo àquelas dirigidas às doenças tropicais e à formação de equipes de trabalho organizadas em moldes militares, capazes de intervir com disciplina e eficácia quando necessário. Estavam criadas as campanhas sanitárias. O sucesso dessas campanhas sanitárias destacou-se tanto por seus resultados no controle de processos epidêmicos, como pelo exemplo de articulação entre o conhecimento científico, a competência técnica e a organização do processo de trabalho em saúde. (<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>).

Paim (2009) afirma que a organização dos serviços de saúde no Brasil era bastante confusa e complexa, justamente por haver uma espécie de não sistema de saúde, com omissão de poder público nesta seara. Nesta época, o estado possuía uma ideologia liberal, agindo apenas nas situações em que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não fosse capaz de responder.

Gonçalves (2002) cita a segunda fase como *centralização*, que perdurou entre os anos de 1964 a 1988, uma fase regida por uma forte centralização e pelo militarismo. Borges (2002) diz que houve baixíssimos investimentos de Saúde Pública nessa época, a valorização estava centrada na aquisição de tecnologias de ponta, tornando a intervenção em saúde altamente especializada, medicalizada, curativa, individualizada, gerando uma elitização massiva da saúde, causando ainda mais desigualdades, pois houveram pouquíssimas intervenções para populações despossuídas de assistências privilegiadas, muito menos valorização por parte do Estado. Na segunda metade da

década de 70, instauraram-se vários movimentos sociais para enfrentar dezenas de problemas gerados na época e democratizar a saúde no Brasil. Esses movimentos foram compostos por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde, que propunham a Reforma Sanitária e a implantação do SUS. Instituições acadêmicas e sociedades científicas como o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), entidades comunitárias, profissionais e sindicais, constituíram tal movimento, defendendo a reestruturação do sistema de serviços. O movimento ficou conhecido como RSB, movimento sanitário ou movimento pela democratização da saúde (Paim, 2009).

Essa fase foi crucial para a implantação oficial do SUS como principal Sistema de Saúde em nosso País e o principal cenário que se decorreu com os esforços do movimento foi o 1º Simpósio Nacional de Políticas de Saúde em 1979. No simpósio, foi a primeira vez que uma grande proposta democrática de Saúde Pública foi apresentada - o documento “A Questão democrática na área de saúde”, formulado pelo CEBES. Um documento de 3 páginas que versava sobre, principalmente, a criação do SUS e de um Sistema de Saúde genuinamente democrático, atribuindo o papel do Estado na Saúde Pública.

Evita-se, também, com isto, uma participação do tipo centralizador, tão cara ao espírito corporativista e tão apta às manipulações cooptativas de um estado fortemente centralizado e autoritário, como tem sido, tradicionalmente, o estado Brasileiro. (A questão democrática na área da Saúde, CEBES 1979, p. 02).

Após o período ditatorial em 1985, uma das primeiras ações do Estado foi elaborar a próxima Conferência Nacional de Saúde, tendo como foco a discussão de uma nova reforma sanitária.

Paim (2009) menciona que em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, reuniram-se milhares de participantes para se discutir a formulação de um novo sistema de saúde que faria parte da nova constituição dois anos depois, gerando as idéias principais para o capítulo “Saúde”, que eventualmente se tornariam as Leis Orgânicas da Saúde, que permitiram finalmente a implantação do SUS.

A 8ª Conferência além de ser a primeira conferência que contou com a presença do público teve como pauta também a discussão do papel do setor do privado, onde se concluiu que a idéia principal seria ter um Sistema de Saúde exclusivamente público, com o setor privado subordinado às normas do SUS, tal como atualmente. De

acordo com o Borges (2002), outra idéia abordada pela conferência foi o tema “Saúde como direito de todos”, o presente tema incentivava os movimentos populares e o fim da mercantilização da medicina, melhorando de forma geral o serviço público. Outro tema abordado foi a “Reformulação do sistema nacional de saúde”, que tinha como base o documento apresentado pela CEBES, na década passada, a criação de um Sistema Único de Saúde.

Paim (2009) diz que a proposta do SUS está vinculada a uma idéia central: *todas as pessoas tem direito à saúde*. Este direito está ligado à condição de cidadania, independentemente de qualquer mérito. Em suma, trata-se de um sistema inclusivo, sem discriminações, utilizando-se de essências solidárias e democráticas e que de acordo com Borges (2002), seu principal objetivo era acabar com a centralização dos serviços de saúde, estatizando o setor de uma forma que abrangesse o país inteiro, cumprindo seus objetivos de forma independente entre Estado e Município, adequando-se a cada realidade. Dito isto, o SUS é um Sistema, teoricamente falando, que trata as pessoas por iguais e que, deveria atender a todos da mesma maneira com a mesma eficiência.

É interessante traçar um rápido paralelo de que na época Imperial (Século XIX), quando o serviço de saúde pública era demasiadamente centralizado, a organização sanitária brasileira se via incapaz de atender as demandas dos doentes devido às epidemias que assolavam aquela geração, fazendo com que, as pessoas que se apossavam de recursos eram cuidados por médicos particulares, e quem era desprovido de tais recursos, se contentava com os atendimentos das Santas Casas de Misericórdia ou pela caridade. Quando comparamos, notamos que a essência do SUS era embutida nas entidades que tratavam dos doentes na época.

2 - Sistema Único de Saúde

2.1 Regulamentação do SUS

Gonçalves (2002) denomina a terceira fase da criação do SUS como *descentralização*, e tem início, legislativamente falando, em 5 de outubro de 1988, com a aprovação da nova Carta Magna Brasileira - A Constituição Federal.

Com o fim da ditadura, nosso país precisou se reorganizar democraticamente e legislativamente. Dito isto, em 1986, com José Sarney como presidente da república, houve eleições para novos deputados e senadores, mais de 500 parlamentares assumiram suas cadeiras, formando então a Assembleia Constituinte, esta assembléia se tornaria então responsável pela elaboração da nova Constituição Federal. Esta nova Constituição tinha como base uma essência extremamente democrática e liberal, parecida com a Constituição de 1934, tendo como alguns pontos fundamentais um assistencialismo social melhor e mais eficiente, garantindo mais direitos aos trabalhadores, direito ao voto para analfabetos e jovens entre 16 e 18 anos, um sistema de eleição direta em dois turnos para presidente e um salário-mínimo fixado por lei aos trabalhadores rurais e urbanos.

“[...] saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Essa frase, que se encontra no Art. 196 da Constituição Cidadã, prevê que o Estado deva garantir medidas de políticas sociais e econômicas que reduzem o risco de doenças no País, além do acesso a saúde a todos, de forma igualitária, uma filosofia que o Sistema Universal de Saúde utiliza como base. Paim (2009) atribui o mérito a essa vitória aos Movimentos da Reforma Sanitária, entre 1976 e 1988, devido aos seus incansáveis esforços de democratizar e descentralizar a saúde pública brasileira.

Em 1990, finalmente foi oficializada de forma constitucional a implantação do SUS em nosso País. Foi necessário haver Leis que regulamentasse o Sistema, tais como a Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que versa sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. O Art. 4º da presente Lei diz:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1990)

Em suma, a Lei 8.080/90 instituiu o SUS e o regulamentou resguardada pela Constituição Federal vigente, tornando oficial o anseio da CEBES e de todos os protagonistas dos movimentos sociais da década de 1970. Há de se dizer também que o PL instaura regras e define todo o processo organizacional do SUS em território nacional, tal como o art. 18º, inciso IV, alínea D, que diz que caberá a Direção Municipal do SUS a executar serviços de vigilância sanitária ou epidemiológica.

Em 28 de dezembro de 1990, também foi promulgada a Lei 8.142, que tem em sua ementa o seguinte:

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. (BRASIL, 1990)

A presente Lei presta um papel relevante no que tange a regulamentação e organização do SUS, pois tem como principal objetivo a criação das Instâncias Colegiadas. Estas Instâncias organizam o SUS em cada esfera de governo (Municipal, Estadual, Nacional e Distrito Federal), e tem como foco propor, avaliar, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde em cada nível, sendo divididas por Conferência de Saúde e Conselho de Saúde.

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990)

A mesma Lei também se torna relevante, pois trata das transferências de recursos financeiros entre União, estados, DF e municípios na área da saúde. Como o seu Art. 2º, por exemplo:

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde. (BRASIL, 1990)

2.2 Princípios Gerais do SUS

O Artigo 7º da Lei Nº 8080/90 versa sobre os princípios gerais do SUS. Esses princípios funcionam como pilares que sustentam a essência do Sistema e são divididos em dois grupos - Princípios Doutrinários e Princípios Organizativos.

O primeiro princípio doutrinário se denomina *Universalidade* e vide inciso I do Art. 7º, prevê uma universalidade de acesso gratuita aos usuários de seus serviços, independentemente de qualquer situação financeira, de raça, sexo, etc.

O segundo princípio doutrinário se denomina *Integralidade*, e pode ser encontrado no inciso II do Art. 7º. O presente princípio se utiliza de uma metodologia por níveis, onde basicamente, o sistema atenderá os usuários de acordo com o grau de necessidade de maneira justa. Gonçalves (2002) explana:

Pessoas saudáveis devem receber ações e orientações preventivas, enquanto pessoas doentes devem ser tratadas de acordo com a gravidade e as necessidades geradas por seu problema de saúde específico. Esse princípio faz com que o foco do sistema de saúde não se restrinja somente ao indivíduo, mas também abarque a coletividade à qual ele pertence, prevendo assistência de forma integral. (BRASIL, 1990)

O terceiro e último princípio doutrinário é conhecido como *Equidade*. Este princípio se fundamenta no fato de que a sociedade é desigual, portanto, o atendimento deverá ser igualitário, sem qualquer tipo de preconceito ou privilégios para com os cidadãos, como versa o inciso IV do Art. 7º.

De acordo com Gonçalves (2002), os princípios doutrinários do SUS são princípios que possuem uma essência de certa forma utópica, pois muito ainda precisa ser feito para que essa base filosófica por trás de seu funcionamento seja efetiva dentro da realidade de um brasileiro.

Os princípios organizativos do SUS ainda se encontram na Lei 8.080/90 e servem como um guia estrutural de como o Sistema trabalha por todo o Brasil. Como por exemplo, o princípio da *Regionalização e Hierarquização*, este princípio utiliza como base um funcionamento dividido por níveis crescentes de complexidade, sendo eles o de atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. De forma didática, podemos dizer que o nível de atenção primária atenderá o que cabe ao município e suas atribuições tais como vacinação ou pré-natal e quanto mais complexa se dá a situação do usuário, necessitando-se de mais recursos, o problema poderá ser resolvido pelo estado, tal como diz o Art. 8º da Lei. 8.080/90.

O princípio da *Descentralização e Comando Único* trata, de fato, de um Sistema descentralizado onde se divide as responsabilidades de cada governo (Municipal, Estadual ou Federal). Mais especificamente, os municípios tratarão de sua administração de saúde por conta própria, utilizando-se de recursos cedidos a eles para cumprir tal função.

Gonçalves (2002) diz que a *Municipalização*, outro princípio organizativo, se dá por conta de que um dos caminhos para o Sistema funcionar de maneira eficiente é o município gerir sua própria Saúde Pública e que isso se torna uma estratégia fundamental para o acesso da população a recuperação de sua saúde. O artigo 9º da Lei 8.080/20 diz:

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. (BRASIL, 1990)

Por fim, o último princípio organizativo é o da *Participação Social*. Em suma, trata-se do que foi regulamentado pela Lei 8.142/90 e de que a participação da comunidade está garantida por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde.

2.3 Gestão do SUS

Após uma a grande luta democrática para consolidação do SUS, contamos hoje com o maior Sistema de Saúde Pública do mundo. De acordo com o Portal da Saúde (2015) e com Gil (2016), apenas em 2016 o SUS realizou mais de 4.1 bilhões de procedimentos ambulatoriais e mais de 1.4 bilhões de consultas médicas no país, além da garantia do acesso gratuito a todas as vacinas recomendadas pela OMS (Organização Mundial da Saúde).

Gil (2016), explica que o SUS funciona como Política de Estado, possuindo mecanismos legais e jurídicos bastante estruturados. De forma didática, uma Política de Estado atravessa todas as searas da Administração Pública, passando por Município, Estado, Distrito Federal e União, contando com gestores especialistas em cada âmbito e com suas burocracias próprias. Ao mesmo tempo, o SUS pode ser definido como Política de Estado por estar presente na constituição brasileira como “direito de cidadania e dever do Estado.”, isso faz com que independente do Governo atuante no momento, o SUS não acabará e continuará atendendo as pessoas necessitadas.

A direção, coordenação e gestão do SUS são controladas por gestores via cargos de livre nomeação/indicação, sendo escolhidos por um chefe do Poder Executivo, como no caso, por exemplo, do Secretário de Saúde de uma cidade. Esse gestor controlará sua equipe e indicará outras pessoas capacitadas para outros cargos para gerir o Sistema de Saúde daquele âmbito, de acordo com os critérios estruturais já estabelecidos. Em suma, em uma Secretaria de Saúde existem profissionais efetivos e comissionados que fazem o SUS funcionar dentro de cada Município.

Dentro do SUS, de forma abrangente, existem Comissões responsáveis pela gestão compartilhada do SUS, tendo como foco instâncias de negociação e decisão envolvendo a participação dos gestores das diferentes esferas do governo (GIL, 2016). Por exemplo, a CIB (Comissão Intergestores Bipartite), envolvendo os Gestores Estaduais e os Gestores Municipais e a CIT (Comissão Intergestores Tripartite), envolvendo gestores em âmbito nacional, tais como sete representantes do Ministério da Saúde, sete representantes do Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e sete do Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde).

Para que o SUS funcione de maneira eficiente, os gestores também se organizam por conselhos, contando com dois principais – Conass e Conasems, cada um com suas respectivas atribuições. O Conass é integrado pelos gestores estaduais

(Secretários do Estado) e o Conasems pelos gestores municipais (Secretários Municipais).

Gil (2016) afirma que para uma boa gestão do SUS é preciso que os gestores, em qualquer seara, tenham compreendido que o Sistema abrange dimensões biológicas, psicológicas, socioculturais, econômicas, ambientais e políticas. Para se cumprir o que está escrito na CF (*“Saúde é um direito de todos e dever do Estado”*), o gestor e sua equipe devem promover ações contínuas para que esse direito esteja sempre sendo cumprido, investindo em áreas e setores que impactam diretamente a saúde da população, além de promover a saúde do povo Brasileiro com ações de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde ambiental, etc.

3 - Vacinação no Século XX

O começo do século XX e os anos que viriam, foram responsáveis para que o povo Brasileiro, e até mesmo o próprio Estado, começasse a entender a importância de se ter um País com um Sistema de Saúde Pública estruturado, principalmente quando falamos de vacinação. Por exemplo, o advento da Revolta da Vacina nos mostrou que o processo de vacinação pode ser algo extremamente polêmico, gerando estopim de revoltas, transformando uma cidade inteira em um literal campo de guerra. O surto de varíola no País envolveu políticos, militares, médicos, civis e em um momento da cidade do Rio de Janeiro toda a população se via envolvida de alguma forma numa luta ideológica gigantesca graças à instauração da vacinação obrigatória.

Mais tarde, em 1908, quando o Rio foi atingido pela mais violenta epidemia de varíola de sua história, o povo correu para ser vacinado, em um episódio avesso à Revolta da Vacina. (AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS, 2005)

Com o término da Revolta, Oswaldo Cruz insistiu nas campanhas de vacinação obrigatória, resguardado pela Lei Nº 1.261 de 31 de outubro de 1904. Graças aos esforços do médico, a população do Rio de Janeiro e de várias outras cidades do País continuaram a vacinação contra a varíola e devido a isso, durante as duas próximas décadas, o número de casos da moléstia diminuiu exponencialmente (HOCHMAN, 2011).

De acordo com Hochman (2011), durante o Governo Vargas (1930-1945) foi decidido que as campanhas de vacinação e a produção da vacina deveriam ser responsabilidade dos governos estaduais e municipais e com novas doenças assolando o Brasil, como a tuberculose, lepra, malária e as endemias rurais, a Varíola deixou de ser prioridade. A União falhava em apoiar os Estados e Municípios com o suprimento dos imunizantes, descentralizando cada vez mais a batalha contra a Varíola e mesmo que ainda houvesse casos graves e rotineiros, a doença se quer foi pautada para ser discutida na I Conferência da Saúde realizada no Rio de Janeiro em 1941. Anos depois, movimentos como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), voltaram a trazer a doença para os holofotes com o programa de erradicação da varíola, aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde em 1959.

Durante o governo JK, a varíola voltou a ser uma das prioridades do Governo Federal mesmo com a malária ainda sendo o principal foco. Com muitas dificuldades para se imunizar todos os Brasileiros devido ao tamanho do País e do fato de que a

tecnologia da vacina na época não se permitia conservar o efeito imunizante por muito tempo, o Governo juntamente com o apoio da OPAS/OMS, decidiu capacitar os laboratórios nacionais a produzir as vacinas de maneira liofilizadas, e em 1961 o Instituto Oswaldo Cruz deu início à produção, que eventualmente seria produzida também por outros institutos. Vale à pena ressaltar que o país, no fim dos anos 50, sofria com prioridades econômicas, sem incentivo financeiro para focar na vacinação contra a varíola e que apenas com a integração do Brasil na agenda da saúde internacional e na nova política interamericana que novas oportunidades para arrecadação de recursos foram possíveis (HOCHMANN, 2011).

De um lado, junto com os países latino-americanos, assolados por problemas econômicos crônicos que apenas se agravaram com o final da guerra, continuava alimentando esperanças de que os EUA assumissem algum tipo de compromisso que implicasse recursos destinados a amenizar suas mazelas e acelerar seu desenvolvimento econômico. (VACINAÇÃO, VARÍOLA E UMA CULTURA DA IMUNIZAÇÃO NO BRASIL, 2011)

Em 1958, devido a um cenário político delicado na América Latina, JK se aliou ao Presidente Estadunidense na época, Eisenhower, para uma revisão do pan-americanismo. A Operação Pan-Americana tinha como foco várias atitudes assistencialistas dos EUA para com os países latino-americanos, se utilizando de investimentos públicos em vários países. Em decorrência disso, foi-se criado o programa Aliança para o Progresso, executado pelo Governo dos Estados Unidos, já com o Presidente John F. Kennedy no poder. A Aliança para o Progresso possuía claros objetivos de unir os países das Américas contra o comunismo. Este programa foi de suma importância para o contexto de vacinação contra a varíola no Brasil e no mundo, já que, graças a ele, um programa de erradicação total da varíola foi trazido à baila.

Hochmann (2011), afirma que em janeiro de 1962, João Goulart, provavelmente com medo devido aos boatos de uma nova crise endêmica de varíola vinda da Europa, instaurou a Campanha Nacional Contra a Varíola, envolvendo vários órgãos de saúde espalhados pelo Brasil e sendo totalmente descentralizado, com cada estado tomando conta de sua própria logística de vacinação.

A campanha operou de 1962 a 1966, através dos governos estaduais, e obteve resultados pouco significativos em seus primeiros anos, decorrentes de deficiência de recursos financeiros materiais e humanos, bem como de descontinuidades dos programas estaduais. A estrutura federal se constituía de um pequeno número de funcionários e apenas um médico epidemiologista que exercia atividades de campo, programando o início das atividades

estaduais e fazendo o acompanhamento das ações epidemiológicas (Uma Contribuição à História do Combate à Varíola no Brasil: do Controle à Erradicação, 2006)

A Tabela abaixo mostra durante um período de 10 anos, os casos de varíola espalhados pelas regiões, mostrando que de certa forma, os casos eram imprevisíveis, crescendo em algumas regiões durante os anos, diminuindo em outras e oscilando em outras.

Tabela 1: Notificações de casos de varíola por regiões. BRASIL, 1956-1966

Regiões	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	Total por Região
Norte	28	54	41	620	763	325	109	68	32	95	66	370
Nordeste	1.158	703	565	725	1.232	2.835	3.262	2.745	445	947	980	8.379
Sudeste	2.734	1056	833	2.640	2.799	3.567	3.606	1.886	1.536	1.400	1.703	10.131
Sul	741	765	698	813	1.212	1.615	2.436	1.191	804	608	386	5.425
Centro-Oeste	23	55	53	42	42	204	187	563	259	254	488	1.751
Brasil	4.684	2.633	2.190	4.840	6.048	8.546	9.600	6.433	3.076	3.304	3.623	26.056

Fonte: Gazeta (2001).

Apesar de inúmeros problemas para a instauração de programas de erradicação no Brasil, tais como discordâncias médicas sobre prioridade das doenças, tecnologia insuficiente e de experiências gerais anteriores em um cenário de vacinação em massa, o Brasil conseguiu ser inserido no esforço global das erradicações. Em 1965 o País começou o programa de erradicação da malária e finalmente em agosto de 1966 foi criado a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) pelo Decreto Nº 59.153, nos termos da Lei Nº 5.026/66 (GAZETA, 2006).

Entre 1966 e 1971, a CEV funcionava com 3.563 funcionários, sendo 654 vacinadores e 613 condutores de veículos além de uma inovação tecnológica que ajudava no processo de vacinação, o *jet-injector*, com isso, o número de vacinações por dia aumentou, e em situações de vacinação casa a casa, a agulha bifurcada seria utilizada. Com recursos internacionais, produziu-se cerca de 81.745.290 vacinações, o que correspondia a 84% da população brasileira. Graças a acordos com a Opas/OMS, o Brasil obteve novas tecnologias e equipamentos para modernização e aumento da produção da vacina, sendo testadas eventualmente em laboratórios no Canadá. Com isso, entre 1966 e 1971, 268.226.000 doses de vacina liofilizada foram produzidas (HOCHMANN, 2011).

Por fim, o resultado do trabalho sinérgico entre todos os membros da gestão pública foi um sucesso. Em 1971, os esforços da CEV foram recompensados com os últimos 19 de casos de varíola do Brasil no Rio de Janeiro, todavia a vacinação continuava obrigatória até o ano de 1975.

Todo esse processo, principalmente a produção em larga escala da vacina, deu origem a base de um dos programas mais relevantes para a saúde pública do Brasil, que vigora até hoje, o PNI (Programa Nacional de Imunizações).

4 - Programa Nacional de Imunizações

Fidelis (2003) descreve que o objetivo principal por trás do PNI era de *“promover o controle do sarampo, da tuberculose, da difteria, do tétano, da coqueluche e da poliomielite e manter erradicada a varíola no país”*. Como citado por Benchimol (2001), o PNI também tinha como foco estender, progressivamente, as vacinações às áreas rurais e que também era necessário aperfeiçoar a vigilância epidemiológica em todo o território nacional, capacitar laboratórios para atender as futuras demandas, instituir um laboratório principal para ser a referência no controle de qualidade das vacinas e por fim, aumentar a receptividade da população aos programas de vacinação.

Isto posto, graças ao sucesso da CEV, em 1973, sanitaristas do Ministério da Saúde foram chamados para estruturar o PNI, o programa contava com uma estrutura descentralizada e hierarquizada e como já falado, precisaria garantir o acesso à vacinação para todas as pessoas independente da localidade onde moravam (DOMINGUES, 2015).

O PNI, legalmente falando, foi institucionalizado em 1975, e de acordo com Lima e Pinto (2017), foi fruto de vários fatores de âmbito nacional e internacional que pretendiam expandir a utilização de vacinas, buscando a integridade das ações de imunizações realizadas no país. O PNI é regido pela Lei 6.259 de 30 de outubro de 1975 e regulamentado pelo Decreto Nº 78.231 de 12 de agosto de 1976. O Art. 26 do referido decreto diz, *in verbis*: *“Art. 26. O Ministério da Saúde elaborará, fará publicar e atualizará, bienalmente, o Programa Nacional de Imunizações que definirá as vacinações em todo o território nacional, inclusive as de caráter obrigatório.”*

Vale a pena trazer à tona a importância da criação do INCQS (Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde) em 1981. O Instituto, umas das unidades da Fundação Oswaldo Cruz, atua em áreas técnicas que tinham como objetivo principal o controle da qualidade de insumos da vacinação, além de outras áreas pertinentes a saúde pública. O Instituto foi de extrema relevância quando se fala da veracidade e qualidade das vacinas aplicadas no começo do PNI.

Em suma, O PNI se trata de um Programa inclusivo, implementando um calendário de vacinação gratuita contra doenças específicas, vacinando a população brasileira em qualquer fase da sua vida, contudo, tendo como foco inicial na sua época de implantação as crianças e as doenças que as assolavam, contendo apenas 4 vacinas iniciais em seu projeto entre os anos de 1977 a 1989, conforme quadro abaixo:

Quadro 1: Primeiro Calendário Nacional de Vacinação do PNI, Brasil, 1977-1989

Ano	Vacina	População Alvo
1977-1989	Bacilo Calmette Guerin (BCG)	Primeiro mês
	Vacina oral poliomielite (VOP)	2, 4 e 6 meses
		Reforço aos 15 meses e 4 anos
	Difteria, Tétano e Coqueluche (DTP)	2, 4 e 6 meses
		Reforço aos 15 meses
	Vacina contra sarampo	9 meses

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS

É importante dizer que, de acordo com Domingues (2015), houve uma grande crise nos meados da década de 80, pois os produtores privados dos insumos necessários entenderam que o mercado de vacinação era bastante limitado. O motivo era simples – o valor agregado era baixo quando comparado a outros segmentos do setor tradicionalmente lucrativos. Em outras palavras, era um setor que começara a perder o interesse de grande parte dos investidores, gerando uma grande crise de suprimentos de imunobiológicos, resultando enfim no fechamento da *Sintex* no Brasil. A *Sintex* era responsável principalmente pela produção da Vacina Tríplice Bacteriana acelular infantil/adulto (DTP). Este advento originou, em 1985, o Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos – PASNI. O PASNI foi essencial para que o Brasil continuasse sua campanha de vacinação do PNI, pois o programa tinha como intuito, de acordo com Domingues (2015), coordenar a ação dos produtores nacionais, estimulando os investimentos e a melhoria da qualidade da produção do setor, essas ações envolviam diretamente laboratórios de extrema relevância para a saúde pública da época como o Instituto Butantan, o Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos, o Instituto Vital Brazil, o Instituto de Tecnologia do Paraná e a Fundação Ezequiel Dias. Em decorrência disso, entre 1989 e 1999 houve adições no calendário do PNI, conforme quadro abaixo:

Quadro 2: Calendário Nacional de Vacinação do PNI, Brasil, 1989-1999

Ano	Vacina	População Alvo	Comentários
1989	Vacina hepatite B		Disponível apenas para 13 municípios Amazônia Ocidental
	2ª dose da vacina contra sarampo	15 meses de idade	--
1992	Vacina triplice viral	1 ano de idade	campanhas de vacinação (1 a 11 anos de idade)
1994	Febre amarela	População da área endêmica	PNI assume a vacinação contra a febre amarela
1996	Vacina hepatite B	< 1 ano idade	
	<i>Haemophilus influenzae</i> b (Hib)	< 1 ano idade	--
1999	Influenza sazonal em idosos	a partir de 65 anos	Ampliada faixa em 2000 (60 anos)

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS

No século XXI, várias adições foram realizadas ao Programa, sempre se utilizando de sua essência, que é imunizar e aperfeiçoar esse processo traçando estratégias de acordo com o perfil epidemiológico de cada região e pouco a pouco, o PNI se tornou extremamente inclusivo, vacinando brasileiros de todas as classes sociais, gêneros, idade, etnia, local de residência, enfermos, etc. Conforme calendário abaixo podemos analisar como é dividido as vacinas em 2020 de forma didática:

Quadro III. Calendário Nacional de Vacinação do PNI, Brasil, 2020

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO 2020	
IDADE	VACINAS
Ao nascer	BCG (Dose única) Hepatite B
2 meses	Pentavalente 1ª Dose (Tetravalente + Hepatite B 2ª Dose) Poliomielite 1ª Dose (VIP) Pneumocócica Conjugada 1ª Dose Rotaviruse 1ª Dose
3 meses	Meningocócica C Conjugada 1ª Dose
4 Meses	Pentavalente 2ª Dose (Tetravalente + Hepatite B 2ª Dose) Poliomielite 2ª Dose (VIP) Pneumocócica Conjugada 2ª Dose Rotavirus 2ª Dose
5 meses	Meningocócica C Conjugada 2ª Dose
6 meses	Pentavalente 3ª Dose (Tetravalente + Hepatite B 3ª Dose) Poliomielite 3ª Dose (VIP) Influenza (1 ou 2 doses anuais; de 6 meses a menores de 6 anos)
9 meses	Febre Amarela 1ª Dose
12 meses	Pneumocócica Conjugada reforço Meningocócica C Conjugada reforço Triplice Viral 1ª Dose
15 meses	DTP 1º reforço (incluída na pentavalente) Poliomielite 1º reforço (VOP) Hepatite A (1 dose de 15 meses até 5 anos) Tetra Viral (Triplice Viral 2ª Dose + Varicela) Influenza (1 ou 2 doses anuais; de 6 meses a menores de 6 anos)
4 anos	DTP 2º reforço (incluída na pentavalente) Poliomielite 2º reforço (VIP) Varicela atenuada (1 dose) Febre Amarela reforço
5 anos	Pneumocócica 23: 1 dose para população indígena
9-14 anos	HPV 2 doses Meningocócica C (reforço ou dose única)
Adolescentes, Adultos e Idosos	Hepatite B (3 doses a depender da situação vacinal) Febre Amarela (1 dose a depender da situação vacinal) Triplice Viral DT (Reforço a cada 10 anos) dTpa

Fonte: <https://www.saude.gov.br/>

4.1 A Relevância do PNI

É de suma notoriedade o quanto o PNI foi e é importante para que a Saúde Pública do nosso país pudesse chegar a um nível relevante de satisfação para o Estado e para o povo. De acordo com Domingues (2015) podemos afirmar que graças ao Programa, o Brasil é um dos países do mundo que oferece o maior número de vacinas de forma gratuita com cerca de 300 milhões de doses adquiridas anualmente. Santos (2019) diz que há praticamente 50 anos o PNI atua de maneira notória na prevenção e promoção de saúde, além de afirmar que o Programa atuou na capacitação técnica e em campanhas de vacinação internacionais em países como Palestina e Cisjordânia, ademais, em decorrência do PNI, doenças como Poliomielite, Difteria e Coqueluche foram erradicadas no país.

De acordo com Santos (2019), entre 1994 a 2019, o PNI alcançou mais de 70% de cobertura vacinal em cada região do País, tendo uma média de 73,49% no território nacional, conforme quadro abaixo.

Quadro IV. Cobertura Vacinal do PNI

REGIÃO	COBERTURA VACINAL
BRASIL	73,49
Região Norte	73,56
Região Nordeste	73,34
Região Sudeste	72,95
Região Sul	73,38
Região Centro-Oeste	77,13

Fonte: DataSus

Dito isto, não há dúvidas da relevância do PNI para a Saúde Pública Brasileira, inexistindo a possibilidade de se negar sua eficiência, principalmente quando comparamos minimamente o quanto o PNI trabalha juntamente com o SUS para cumprir um dos princípios básicos do Sistema, o da *Universalidade*.

Conclusão

Quando analisamos a história da saúde pública do nosso país ao longo do último século, principalmente quando falamos de vacinação, percebemos que cada decisão do Estado e das eventuais pressões sociais foi relevante para termos um Sistema de Saúde pública consolidado hoje em dia – O SUS como um Sistema Universal gratuito de Saúde e o PNI como um dos maiores programas de vacinação gratuita do mundo.

Como já visto neste trabalho, no começo do século passado existia um Sistema de Saúde sucateado e inconsistente, assolado por epidemias que o Estado se via incapaz de controlar de maneira eficaz. O advento da Revolta da Vacina nos faz perceber que o Poder coercitivo do Estado para com o povo não funcionava. A obrigação de se vacinar na época, que constava no art. 1º da Lei Nº 1.261, de 31 de Outubro de 1904, fez com que a polícia adentrasse casas da população do Rio de Janeiro para obrigá-las a se vacinar, o ato da obrigatoriedade, moralmente e legalmente, foi questionado pelo povo, ocorrendo então a maior Revolta de Saúde Pública do Brasil.

Quando comparamos com o século XXI e a pandemia do COVID-19, notamos algumas semelhanças no que se era discutido na época da Revolta. O negacionismo, o direito de ir e vir, a liberdade, o movimento anti-vacina, todos esses exemplos são pautas de discussões que faziam parte no começo do Século do XX e ainda fazem parte da nossa sociedade.

Há uma linha tênue atemporal que separa a liberdade da responsabilidade quando discutimos vacinação. No mesmo raciocínio, podemos falar sobre vacinação obrigatória e compulsória, onde uma viola nossa carta magna, como aconteceu em 1904 e a outra nos impede de ter nossos filhos matriculados em escolas públicas. Essa discussão se torna atinente a nossa Saúde Pública de maneira geral, pois quando colocamos nossas ideologias acima do bem coletivo é moralmente errado, pois estamos de maneira direta ou indireta causando um possível mal ao próximo.

Não é necessário utilizar a pandemia do COVID-19 de exemplo para entendermos que o ato de se vacinar é um ato de responsabilidade social acima de tudo, é um ato indulgente. E podemos afirmar que a Saúde Pública brasileira, graças ao SUS e o PNI, conseguiram atingir seus objetivos de maneira satisfatória, independente de qual vacina aplicada e de qual idade, desde a BCG nos nossos filhos a vacina da gripe na fase adulta. É muito importante o Estado entender seu papel na Saúde Pública e da responsabilidade de influência de seus líderes para se cumprir seus objetivos de

vacinação, promovendo qualquer tipo de políticas públicas ou campanhas que perpetuem a evolução da saúde pública como um todo.

Bibliografia

8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. **CNS**, [S. l.], p. 1, 22 maio 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 15 set. 2021.

A QUESTÃO democrática na área da saúde. **CEBES**, [S. l.], p. 1-3, 1 out. 1979.

ANTES do SUS, saúde era para poucos. **Em discussão**, [s. l.], ano 5, ed. 19, 1 fev. 2014. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/emdiscussao/edicoes/saude/contexto/antes-do-sus-saude-era-para-poucos>. Acesso em: 13 set. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**. [S. l.: s. n.], 1988.

BRASIL. **Lei nº 1.261, de 31 de outubro de 1904**. Torna obrigatórias, em toda a Republica, a vacinação e a revaccinação contra a varíola. [S. l.], 31 out. 1904. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1900-1909/lei-1261-31-outubro-1904-584180-publicacaooriginal-106938-pl.html>. Acesso em: 16 jul. 2021.

BRASIL. **Lei Nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. [S. l.], 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm. Acesso em: 17 jul. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [S. l.], 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [S. l.], 28 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 8 out. 2021.

Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 4, p. 7863-7873 jul./aug. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/12969/10902>

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados** 27, [S. l.], p. 7-26, 18 abr. 2013.

CONHEÇA a história da saúde pública no Brasil. [S. l.], 16 ago. 2019. Disponível em: <https://guiadoestudante.abril.com.br/blog/atualidades-vestibular/conheca-a-historia-da-saude-publica-no-brasil/>. Acesso em: 11 ago. 2021.

CRONOLOGIA Histórica da Saúde Pública. [S. l.], 7 ago. 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 14 set. 2021.

DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos; WOYCICKI, Jeanine Rocha; REZENDE, Kellen Santos; HENRIQUES, Cláudio Maierovitch Pessanha. Programa Nacional de Imunização: a política de introdução de novas vacinas. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, [S. l.], v. 6, p. 3250-3274, 1 out. 2015. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5560379>. Acesso em: 28 out. 2021.

FILHO, Márcio de Castro Silva. O negacionismo da ciência compromete o futuro do Brasil. **Jornal da USP**, [S. l.], p. 01, 8 out. 2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/artigos/o-negacionismo-da-ciencia-compromete-o-futuro-do-brasil/>. Acesso em: 12 maio 2021.

GAZÊTA, Arlene Audi Brasil. **Uma Contribuição à História do Combate à Varíola no Brasil: do Controle à Erradicação**. Orientador: Prof. Dr. Luiz Antônio da Silva Teixeira. 2006. Tese (Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação) - Fundação Oswaldo Cruz, [S. l.], 2006. p. 232. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6139/2/1.pdf>. Acesso em: 12 set. 2021.

GIL, Célia Regina Rodrigues; GIL, Isaías Cantóia; GIL, Maria Cristina Rodrigues. **Gestão Pública em Saúde: CONTEXTO DE IMPLANTAÇÃO E ASPECTOS ORGANIZACIONAIS DA GESTÃO DO SUS**. 1. ed. São Luis: UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016. 62 p.

GONÇALVES, Márcio Augusto. **Organização e funcionamento do SUS**. [S. l.: s. n.], 2014. 132 p.

Hochman, Gilberto. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2011, v. 16, n. 2, pp. 375-386. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000200002>>

JÚNIOR, João Baptista Risi. A produção de vacinas é estratégica para o Brasil. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, [S. l.], v. 10, p. 771-783, 1 jun. 2003.

LIMA, A. A.; PINTO, E. S.. O contexto histórico da implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI) e sua importância para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Scire Salutis**, v.7, n.1, p.53-62, 2017. DOI: <http://doi.org/10.6008/SPC2236-9600.2017.001.0005>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS no seu município - Garantindo saúde para todos**. 2. ed. [S. l.]: MS, 2009. 46 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf. Acesso em: 4 out. 2021.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. [S. l.]: FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <https://books.scielo.org/>. Acesso em: 16 jul. 2021.

PONTE, Carlos Fidelis. Vacinação, controle de qualidade e produção de vacinas no Brasil a partir de 1960. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, [S. l.], v. 10, p. 619-653, 1 jun. 2003.

PRINCÍPIOS do SUS. [S. l.]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso em: 22 out. 2021.

SEVCENKO, Nicolau. **A Revolta da Vacina**. [S. l.: s. n.], 2018]

TEMPORÃO, José Gomes. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, [S. l.], v. 10, p. 601-617, 1 jun. 2003.