



TEMPO E ARGUMENTO

Revista do Programa de Pós-Graduação em História
Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 200 – 220, jan. / jun. 2010

CONTROLE E ERRADICAÇÃO DE UMA DOENÇA: história da poliomielite e seus atores

Laurinda Rosa Maciel*

Anna Beatriz de Sá Almeida**

Resumo

O principal objetivo deste artigo é divulgar o acervo de depoimentos orais Memória da Poliomielite, pesquisa empreendida no âmbito do projeto *'A história da poliomielite e de sua erradicação no Brasil'*, que consta de 31 depoimentos, com personagens que atuaram como gestores públicos, epidemiologistas, cientistas, técnicos e médicos, com diversas inserções e trajetórias visando à erradicação da poliomielite no Brasil e no mundo.

Palavras-Chaves: Poliomielite. História da Poliomielite. Acervo de História Oral.

A pesquisa empreendida no âmbito do projeto *'A história da poliomielite e de sua erradicação no Brasil'*¹ teve entre seus resultados a criação de um acervo de depoimentos com personagens que atuaram para esta concretização nas mais diversas formas. Acreditamos que, por estas trajetórias, poderão ser analisadas a história da doença e as estratégias empregadas para seu controle e erradicação no País, além de outros aspectos. Para tal, buscamos identificar os principais *atores* deste processo, que atuaram como gestores públicos, epidemiologistas, cientistas, técnicos e médicos, analisando suas diferentes inserções e trajetórias.

A metodologia da história oral possibilita registrar as experiências, as concepções e as trajetórias profissionais dos depoentes, constituindo um acervo, o qual se torna uma

* Doutora em História Social pela Universidade Federal Fluminense – UFF. Tecnóloga e pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: laurinda@coc.fiocruz.br

** Doutora em História Social pela Universidade Federal Fluminense – UFF. Pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: bela@coc.fiocruz.br

importante fonte de pesquisa para a história desta doença no Brasil. Com o registro da oralidade, é possível conhecer a memória de uma comunidade médica, geográfica ou profissional e divulgá-la para o público que não a integra. A narrativa oral presta-se, também, como uma forma de reconstruir o papel do indivíduo como agente social na história, visto que em nossa sociedade as mudanças tecnológicas e industriais são percebidas em praticamente todos os estágios de nossas vidas e a narração, a palavra e o falar vão perdendo seu espaço como transmissores de experiências de vida.

A história oral faz parte de um campo multidisciplinar, na medida em que é um método que pertence tanto à História quanto à Antropologia e às Ciências Sociais. Poderíamos dizer que a história oral é, segundo Alberti (2004:18), “(...) um método de pesquisa que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram, ou testemunharam, acontecimentos, conjunturas, visões de mundo como forma de se aproximar do objeto de estudo.”

Desde os anos 1980, a história oral tem sido cada vez mais usada também nas instituições de pesquisa, com o objetivo mais imediato, na maioria das vezes, da formação de um acervo específico para resguardar a memória de uma instituição, de um grupo social ou de uma doença, como é o caso atual, de uma forma diversa da costumeira em que o mais comum é o documento textual ou iconográfico. As críticas às fontes geradas pela história oral são hoje respondidas de forma satisfatória no meio acadêmico, já sendo consenso que são tão importantes e passíveis de análise e também de críticas como a documentação textual ou imagética. São apenas fontes de origem diferenciada (Xth International Oral History Conference, 1998).

Os documentos orais, mesmo guardadas as suas características singulares, não se diferenciam essencialmente das demais fontes, sejam escritas ou iconográficas. A subjetividade dos informantes é comum tanto ao relato oral quanto às fontes ditas 'objetivas': apenas no primeiro grupo a parcialidade e o subjetivismo estão explícitos. Sendo assim, a utilização da história oral não traz problemas de fundo que não se coloquem para as outras fontes. Caberá ao pesquisador compreender a natureza subjetiva de seu material de trabalho, encontrando os meios apropriados de interrogação e análise (Ferreira & Amado, 1990).

A metodologia de história oral consiste, de forma bem geral, em um conjunto de técnicas utilizadas na coleta, preparo e utilização de entrevistas gravadas que possam servir de fonte primária a pesquisadores de todas as áreas. A técnica compõe-se, geralmente, de entrevistas dirigidas através de roteiro elaborado antecipadamente, normalmente tomando como base o currículo vitae do futuro depoente e os levantamentos de referências e dados

destacados na pesquisa sobre o temaⁱⁱ. É importante ressaltar que o roteiro não tem caráter de rigidez absoluta, já que seu objetivo é apontar e lembrar ao entrevistador, sobre as diferentes experiências e práticas, próprias a cada um dos entrevistados. Os depoimentos possibilitam que o entrevistado explique ou esclareça determinados pontos e relate fatos, reconstruindo sua história e abordando detalhes que possam estar ausentes ou pouco explicitados em outro tipo de fonte documental.

Após entrevista ser gravada, ela é transcrita e conferidaⁱⁱⁱ. Obtêm-se, daí, dois tipos de documento: o gravado e o escrito que se complementam, uma vez que o documento escrito perde características de entonação das frases, os vícios da comunicação oral ou as hesitações que podem ser recuperados nas fitas magnéticas. É preciso chamar a atenção para o significado dos silêncios, das palavras esquecidas ou das hesitações que o depoente possa apresentar, pois muitas vezes estes sinais se tornam estratégicos e táticos no sentido de se fazer entender sem dizer explicitamente o que na verdade se quer. Seguem-se as fases de conferência de fidelidade e elaboração de sumários das entrevistas e das resenhas biográficas, instrumentos de consulta que buscam facilitar a pesquisa do acervo pelos interessados.

Optamos por realizar entrevistas de histórias de vida na maior parte dos depoimentos e, para alguns, entrevistas temáticas^{iv}. Mesmo quando adotado o último modelo, procuramos dar maior ênfase aos temas relacionados à poliomielite, na medida em que a escolha profissional, a formação acadêmica, as relações sociais e culturais destes depoentes estão, na maioria das vezes, diretamente relacionadas com a doença.

A história da poliomielite foi subdividida em grandes temas para organizar os grupos de depoentes de acordo com sua atuação: políticas públicas, epidemiologia, virologia, produção de vacina e atuação dos médicos clínicos. Através do relato da experiência profissional destes médicos clínicos, epidemiologistas, técnicos, gestores públicos e cientistas, é possível reconstruir diferentes faces da história da doença e, de forma bastante original, reiterar seu papel como agentes sociais desta história. Tomando como uma possível leitura do acervo, apresentamos alguns destes temas e questões, que ora foram interpretados de maneira uniforme, ora de maneira bastante diferenciada pelos depoentes, tais como:

- história das primeiras campanhas de vacinação contra a poliomielite no Brasil e do primeiro programas de controle da doença;
- decisão pelos Dias Nacionais de Vacinação (DNVs);
- opção pelo tipo de vacina a ser utilizada nas campanhas de vacinação;
- provisão dos insumos necessários às campanhas;

- atuação do Instituto Oswaldo Cruz, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e de Bio-Manguinhos, unidades da Fundação Oswaldo Cruz, em diferentes momentos do controle e erradicação da poliomielite no Brasil;
- processo de decisão de erradicar a doença nas Américas, papel da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da experiência brasileira dos DNVs;
- ação da vigilância epidemiológica no processo de controle e erradicação da doença;
- papel dos laboratórios e das diferentes técnicas de diagnóstico e de avaliação das vacinas no processo de erradicação da doença;
- participação da sociedade civil e de organizações privadas e/ou filantrópicas ao longo do processo de controle e erradicação da doença;
- atuação dos médicos clínicos e dos serviços de saúde no controle, tratamento e erradicação da doença, com destaque para o Hospital Jesus, no Rio de Janeiro.

Neste trabalho, optamos por analisar três temas, fazendo uma breve apresentação dos entrevistados e de trechos selecionados de seus depoimentos, seguidos de comentários sobre cada um. O acervo conta com 31 entrevistas, num total de aproximadamente 90 horas de depoimentos gravados. Assim, os fragmentos selecionados são pequenos extratos das entrevistas que trataram de vários assuntos, abordando, em sua maioria, desde lembranças de infância, formação acadêmica e atividades profissionais, destacando sempre seus primeiros contatos com a poliomielite e a trajetória profissional.

Processo de erradicação: formulação, decisão e implementação das ações

Com a queda vertiginosa do número de casos de poliomielite no País em consequência do sucesso dos dias nacionais de vacinação, tornou-se viável a idéia de erradicar a doença. Em 1985, Carlyle de Macedo Guerra apresentou a proposta de erradicação na reunião de ministros da Saúde das Américas, aceita pelos participantes, com previsão de erradicação total da circulação do poliovírus selvagem nas Américas em finais de 1990. Em 1986, foi criado o GT-Pólio no Ministério da Saúde, com grande atuação na área da vigilância epidemiológica, em especial na busca de casos suspeitos e na coordenação das ações da erradicação.

Ciro de Quadros, médico, formado pela Faculdade Católica de Porto Alegre e concluiu o mestrado em Saúde Pública na ENSP. Foi professor na mesma instituição e constituiu um grupo, com Eduardo Costa, Cláudio Amaral e Nilton Arnt. A serviço da Fundação Serviços

Especiais de Saúde Pública (FSESP), trabalhou no Amazonas por cerca de dois meses. É especialista em epidemiologia, controle de doenças transmissíveis e em administração de saúde pública. Liderou os esforços para a erradicação da poliomielite do continente americano através meio de um comitê formado por representantes da OPAS, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (Usaid), do Banco Interamericano de Desenvolvimento (Bird) e do Rotary Club Internacional. Membro da força-tarefa para sobrevivência da criança e de diversos comitês ligados à vacinação e à saúde infantil, integra também o grupo consultivo de desenvolvimento de vacinas do Instituto Nacional de Saúde, dos EUA. Faz parte do grupo de profissionais que participou do processo de erradicação da varíola e por isso conheceu Donald A. Henderson, chefe mundial do programa, que o convidou para liderar o programa de erradicação na Etiópia, onde ficou até 1977. Foi para Washington estruturar o Programa Ampliado de Imunizações (PAI) na OPAS, onde está até hoje. Atualmente, ocupa o cargo de coordenador do PAI, com a responsabilidade de assessorar os países membros da entidade na implementação de políticas e estratégias de vacinação.

A pólio [...] era a doença mais temida (nas Américas). Alguns países já tinham feito inclusive grandes esforços para erradicar a pólio. Cuba, o Brasil em [19]70, ou seja, havia esse interesse. Eu tinha interesse também na erradicação de pólio, porque já vinha da erradicação da varíola e achava que a pólio era uma doença erradicável, com as estratégias demonstradas em Cuba, no Leste Europeu, no Brasil, que não chegou a erradicar, mas que tinha impacto... Então, em [19]81 ou [19]82, depois da primeira campanha no Brasil, eu propus isso não oficialmente, mas comecei a investigar possibilidades de lançar um programa de pólio nas Américas. Falei primeiro com esse [Donald A.] Henderson da varíola, [...] ele foi o papa da erradicação; se esse cara não está apoiando vai ser muito difícil conseguir recursos. Então, fui a Baltimore (...) e eu disse: 'Hey!', nós somos muitos amigos, 'Vamos erradicar a pólio nas Américas?'. [E ele respondeu:] 'No way! Impossível!'" (QUADROS, fita 2, lado A – ênfases do depoente).

A erradicação da pólio não foi em si um objetivo único. A erradicação da pólio foi um objetivo que era alcançar a erradicação da pólio. O segundo foi reforçar o Programa Nacional de Vacinas, ou seja, alcançar a imunização universal, e um outro era mobilizar a sociedade, ou seja, um enfoque político muito importante de mobilização da sociedade no aspecto de saúde, de mudar um pouco a mentalidade dos governos, de mudar a mentalidade da população, ou seja, tem três objetivos fundamentais, dos quais a erradicação já foi alcançada, a mobilização... digamos, o Programa de Vacinação saiu fortalecido, e a mobilização política e social eu acho que também se avançou bastante, porque na maioria dos países agora existem leis de vacina e se você toma o mundo como um todo e olha novas vacinas como a *haemophilus influenzae*, a hepatite.... A única região do mundo que incorporou essas vacinas foi as Américas, ou seja, isso significou que realmente, politicamente a vacina ficou como uma coisa importante e a prevenção também muito importante. Nós fizemos uma investigação independente que nós comissionamos, pra ver esse problema de verticalidade e horizontalidade. Os caras diziam que a erradicação da pólio vai substituir o problema de saúde, ou não sei o que mais... Então, eu sugeri que a gente fizesse, nomeasse uma comissão totalmente independente de pessoas tradicionalmente contra programas supostamente verticais para ver o impacto nas

Américas e aí chamei Carl Taylor, que agora já tem quase 80 anos, que era o cara mais vocal contra isso. Inclusive, o que escreveu a declaração de Alma Ata^v, e tal, e eu disse: ‘Carl, nós vamos fazer uma comissão aí pra investigar, com todo mundo independente e eu quero que tu seja o presidente desta comissão’. Aí ele olhou e disse: ‘Deixa eu pensar’. Levou três meses pra me responder. Depois de 3 meses, disse: ‘Ciro, olha, vou aceitar’. Aí a gente fez a comissão. Na primeira reunião ele disse: ‘Olha, levei três meses, porque eu pensei que isso era uma, uma arapuca, um negócio, mas agora eu vi que realmente é independente’. E aí o Carlyle estava na inauguração e disse: ‘Vocês podem fazer o que quiser que nós só vamos pagar isso’. [...] Aqui do Brasil quem participou foi o Hésio Cordeiro, o presidente da Academia de Medicina da Colômbia, uma cara de Harvard que escreveu muito contra isso, outra da Universidade de Londres [...] e aí nós gastamos 400 mil dólares com isso. Contrataram gente em todos os sete países... (QUADROS, fita 2, lado B – ênfases do depoente).

Helvécio Bueno, médico, com curso de pós-graduação em administração hospitalar e sistemas de saúde, atuou por muito tempo nos serviços de saúde e em 1986 passou a integrar o GT-Pólio, como técnico do Ministério da Saúde, sendo em 1988 seu coordenador. Ao longo da sua entrevista, destaca a importância do treinamento e da assistência técnica que o grupo oferecia aos estados e todo o trabalho de supervisão e avaliação das ações de vigilância epidemiológica da poliomielite. Seu depoimento é bastante ilustrativo do cotidiano de trabalho deste Grupo, e aponta as dificuldades, as conquistas, a relação do grupo com outros setores do ministério e com os estados, entre outros aspectos.

Em (19)86, a gente chegou a ter cerca de mil e trinta casos mais ou menos. O critério era qualquer paralisia em crianças; paralisia flácida em crianças. [...] depois é que se apurava [se era pólio ou não]. Clinicamente e aí se fazia toda a investigação. Mas era bastante aberto inicialmente o critério. [...] É claro que isso gerava uma dificuldade de trabalhar com essa quantidade imensa de casos para analisar isso tudo e fazer todas as tabelas e tal. Então, nessa época, nós usamos uma metodologia que até hoje acho muito interessante, que foi mandar fazer cartões e perfurar os campos no cartão. Então você tinha os dois primeiros campos: era sexo; então você marcava masculino ou feminino, o outro era idade e tal. E, depois, quando você queria fazer qualquer seleção, você passava um araminho... caíam só aqueles que estavam perfurados no campo. Tanto que a gente brincava: ‘esse é o computador de português’. [...] Bom, aí a gente fez dentro uma divisão interna de trabalho, por áreas do país e eu fiquei com o Nordeste, nesse período. E, para mim, foi muito interessante, porque era onde, de fato, a epidemia ocorria mais intensamente. Então foi um período de trabalho extremamente interessante e que eu quase não ficava em Brasília, porque a gente tinha todas as atividades de apoio à questão das buscas de casos, das investigações e aqueles casos pendentes. [...] Você conhecia todo o processo, desde o coordenador até o neurologista que acompanhava para ir lá fazer o exame neurológico. O que acabou a gente tendo que aprender a fazer também, quer dizer, a gente tinha também esses treinamentos na parte clínica, na parte laboratorial, porque eram coisas fundamentais: o tempo de coleta do material, de envio para o laboratório, tudo. Então, realmente, isso tornava o trabalho muito interessante (BUENO, fita 1, lado B).

Fábio Moherdau, médico, com especialização em medicina social e epidemiologia, foi selecionado como entrevistado em função da sua vasta experiência em vigilância

epidemiológica de doenças transmissíveis no Brasil e no exterior. Foi consultor da OPAS em Brasília, assessorando o Ministério da Saúde no Programa de Erradicação da Poliomielite, trabalhando mais diretamente as estratégias de imunização e vigilância epidemiológica nas secretarias estaduais. Seu depoimento é bastante interessante por vários aspectos (experiências no exterior, trabalho com a AIDS, etc.), mas chamou-nos a atenção seu posicionamento crítico com relação às campanhas, destacando que não devem ser “eternizadas”.

Muitas vezes o nosso papel era de chegar nos estados para termos reuniões com os Secretários de Saúde e explicar para eles que existia essa decisão do governo federal, que era uma prioridade para o governo federal e ele não entendia que isso deveria se refletir no estado dele. Para ele não era uma prioridade erradicar a poliomielite, investir milhões e milhões, quando ele tinha crianças morrendo de desidratação, morrendo de fome, desnutrição; a questão do saneamento básico era um desastre na maior parte dos estados naquela época e ainda continua sendo. Então, ele não entendia como é que a gente queria que ele priorizasse uma coisa que para ele não era prioridade.

Na verdade é uma herança antiga que a gente tem e nós não conseguimos nos livrar, o campanhismo. Qualquer problema ‘Ah! Fácil. Vamos resolver com campanha, vamos fazer campanha’; ‘Vamos fazer campanha que a gente resolve’. Se não resolve a longo prazo, pelo menos resolve a fase aguda, digamos assim, do problema, que era para durar pouco tempo, durar algumas fases só, que eram as campanhas nacionais e as campanhas depois focalizadas nos manuais de vacinação e que acabou perpetuando até hoje. Eu já não vejo tanta necessidade de campanhas como são feitas. Quer dizer, atualmente as campanhas continuam sendo feitas porque houve uma certa acomodação. Eu não diria acomodação, mas uma certa satisfação do próprio governo, dos tomadores de decisão em usar esse momento como marketing. Do ponto de vista epidemiológico, as campanhas não são mais necessárias. A gente tem um programa de vacinação que está mais ou menos bem estabelecido em todo o território nacional. A campanha já não precisa. Para que é que se faz campanhas? Por interesses, alguns interesses. Além da própria acomodação: ‘não vamos ficar investindo muito no programa rotineiro de vacinação, porque a gente tem as campanhas mesmo, lá a gente dá aquelas pauladas e resolve’. É o que vem acontecendo. E, desde aquela época, eu já era um certo crítico dessas grandes campanhas nacionais. Eu entendia que isso era importante para o objetivo final que era a erradicação de uma doença como se erradicou a varíola e para isso precisava mobilização dos profissionais de saúde e não só de profissionais de saúde envolvidos, mas de toda a população. É uma questão de conscientização, de uma alimentação constante com informações [...] (MOHERDAUI, fita 1, lado A - ênfases do depoente).

Maria Cristina Pedreira, médica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, fez residência e especialização em pediatria, chegando a trabalhar como pediatra no serviço público do estado. Fez concurso para médica sanitária no estado e foi responsável técnica no período de 1984 a 1989 pelos Dias Nacionais de Vacinação. Participou ativamente como membro do GT-Pólio entre 1989 e 1994, período crucial para a erradicação da transmissão do poliovírus selvagem no País. Assumiu em 1994 a chefia da Coordenação Nacional de

Doenças Imunopreveníveis da Fundação Nacional de Saúde (Funasa/MS) e é, atualmente, epidemiologista da OPAS, trabalhando com o PAI na República Dominicana.

Bom, nós éramos a Coordenação Nacional do Programa de Erradicação. Então, nós tínhamos como responsabilidade dar assessoria técnica a todos os estados, apoiá-los para que eles cumprissem os indicadores de qualidade de vigilância... [...] A taxa mínima de notificação de casos de paralisia flácida aguda, que era um caso por cem mil em menores de 15 anos; 80% dos casos tinham que ter 2 amostras de fezes oportunas, que era difícil conseguir. Duas amostras de fezes oportunas, quer dizer que você nos primeiros 15 dias de doença tem que tomar duas amostras com um intervalo mínimo de vinte e quatro horas entre uma e outra. Isso, realmente, acho que foi a parte mais difícil assim. [...] isso também foi um grande desafio assim, para conseguir montar esse sistema, tinham que notificar semanalmente - é o que a gente chamava sistema de notificação negativa. Então, você tem sentinelas que no Brasil chegou a quase 5.000 serviços de saúde, e toda semana esse serviço tem que notificar e dizer: “nós não tivemos caso”. Porque se tem caso de paralisia, é uma notificação imediata. Ele tem que ser notificado imediatamente, investigado, mas se ao final da semana não apareceram casos, tu tens que demonstrar que estavas atento. Então dizer: “nós não tivemos caso na semana”. Então esse era outro indicador. Depois tinha um indicador que no final saiu e hoje não faz parte, que era de ter amostras de comunicantes. Então tinha que ter amostras de cinco comunicantes dos casos de paralisia. Flácida e aguda. Porque, se tu te lembrás das coisas que tu leste sobre pólio, tu tens em cada cem pessoas infectadas, um caso de paralisia. Tu pode ter um para cem, um para mil, pode ser tão raro quanto um para mil. Então tu tens o vírus circulando na área e aumenta a possibilidade de isolamento. Depois se viu que, na verdade, se tem isolamento mesmo, a gente acaba isolando em algum caso. Mas aumenta a possibilidade de isolar o vírus e ver as áreas de circulação. Então a gente tinha a tarefa de, além de investigar o caso de paralisia, investigar os contatos que podiam ser domiciliares ou comunitários - em geral era misto - e buscar em crianças menores de 5 anos tomar amostras de fezes. Então esse era outro indicador... (PEDREIRA, fita 1, lado B).

João Lima Filho, médico pela Universidade Federal de Pernambuco, atuou por um longo período nas unidades sanitárias da FSESP, tendo feito especializações em saúde pública e em epidemiologia, entre outras. Trabalhou na direção de diversos serviços de saúde pública no estado de Pernambuco até tornar-se chefe de gabinete do superintendente da Superintendência de Campanhas (SUCAM/MS) em 1980. Nos anos seguintes, dirigiu a Divisão Técnica da Secretaria Nacional de Ações Básicas em Saúde (SNABS/MS) e chefiou o Setor de Vigilância da Divisão Nacional de Epidemiologia/MS, trabalhando com a vigilância do sarampo, da meningite e da poliomielite. Foi técnico do GT-Pólio e coordenador da Erradicação da Poliomielite pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

A partir da reunião com Majorie [Pollack, enfermeira epidemiologista do CDC, isso foi conversado para valer. Primeiro, teria que saber o seguinte: se haveria subnotificação. Se realmente a pólio tinha caído pelos dias de vacinação. Mas será que tinha muita *Guillain-Barré*? Será que isso era *Guillain-Barré* mesmo? [...] Isso para mim, foi a mudança... A coisa mais importante. A vigilância aí era agora seria de paralisias flácidas agudas. Todas. Porque

naquele tempo, só para dar uma idéia, a gente investigava nas paralisias flácidas a coisa mais parecida com pólio. [...] Então veja, para você estudar uma paralisia que era - isso tem que se dizer, porque era assim mesmo uma paralisia flácida, aguda, flácida, sensibilidade conservada (...). Eram duas as coisas mais consideradas: sensibilidade conservada, que tivesse tônus diminuído [...] ou abolido, podia ser diminuído ou abolido. Era mais isso. E com assimetria. Quer dizer, ficava uma coisa que você podia ter pólio e você tinha outras coisas; você tem outras neurovirose que dão exatamente igualzinho na fase aguda [e que] você não distingue. Só que não deixa sequelas. Estava confundido nessa época... nessa era da erradicação. Muita gente pega uma neurovirose [...] e aí de vez em quando aparecem umas coisas, só *Guillain-Barré* vai guiando a gente. Eu digo: espera aí, a gente só está vacinando contra a pólio; tem outras aí que deveria se investigar mais: [...] *coxsackie*, alguns *coxsackie*, tem alguns *echos*, o enterovírus 70, o enterovírus 71.[...] (LIMA, fita 3, lado A - ênfases do depoente).

As falas aqui apresentadas destacam que o processo de erradicação da poliomielite no Brasil dependeu da existência de um conjunto de condições, dentre as quais podemos ressaltar: a disponibilidade de vacinas de baixo custo e fácil aplicação; a experiência com campanhas anuais de vacinação que apresentaram bons índices de cobertura; as ações de vigilância epidemiológica e a precisão dos diagnósticos laboratoriais e clínicos. Tal como afirmou Evans (1985:199) pensar a erradicação de uma doença requer que:

A doença deve ter tanto um impacto econômico suficiente para motivar uma ação legislativa quanto um importante efeito emocional para estimular programas de controle; uma vacina de baixo custo, estável e aceitável pelo público, assegurada pelo governo e baseada em princípios biológicos seguros; o programa de controle deve estar adequado a outras prioridades sociais e econômicas e a outros programas de saúde preventiva e curativa; deverá haver pessoal suficiente treinado ou a ser treinado para administrar e executar o esforço e, finalmente, deve haver força política suficiente que levará o programa até uma conclusão bem-sucedida.

Seguem-se dois temas que retratam parte das atividades envolvidas no processo de erradicação da poliomielite no Brasil, que são a ação dos epidemiologistas e a atuação dos médicos clínicos ortopedistas.

Os epidemiologistas e a importância da vigilância epidemiológica para a erradicação

Nas entrevistas realizadas com este grupo de profissionais, um de nossos objetivos foi chamar a atenção para a importância do trabalho por eles desenvolvido, principalmente no

que se refere à vigilância epidemiológica, atividade imprescindível quando se quer controlar, eliminar e erradicar uma doença, como no caso da poliomielite.

Cláudio do Amaral Júnior, médico, iniciou sua vida profissional ao final dos anos 1960, na FSESP. Atuou na Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), sendo seu coordenador nacional durante vários anos e trabalhou ainda no Maranhão, implantando o sistema de Unidades de Vigilância e organização de serviços de saúde. Foi coordenador da CEV no Rio de Janeiro, Paraná, Mato Grosso, Alagoas, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Piauí, tendo implantado as Unidades de Vigilância Epidemiológica não só da varíola, como também de outras doenças transmissíveis. Trabalhou ainda em países como Índia, EUA e China. O sucesso da campanha de erradicação da varíola foi fundamental como modelo para a poliomielite e vários profissionais que participaram desta atividade foram chamados a atuar no controle da poliomielite.

Então, a pólio, a partir de 1970, pegou o bonde da varíola na questão das vigilâncias epidemiológicas, porque a varíola precisou montar milhares de unidades de vigilância pelo País, e essas unidades eram unidades de vigilância da varíola que, mais tarde, foram transformadas em polivalentes e a primeira doença a ser introduzida foi a pólio. O DPT, o sarampo depois, mas, basicamente, a pólio. Por quê? Porque a gente precisava saber como estava a magnitude da poliomielite (AMARAL, fita 4, lado A).

Quer dizer, precisou uma nova estratégia. E quem arrumou essa estratégia foram esses povos brasileiros que começaram a trabalhar, que saíram daquele momento de uma ditadura ferrenha, que lutaram na rua contra a ditadura e foram lutar contra a doença numa nova estratégia. Eu acho... é exatamente isso aí. Agora, claro que no Rio Grande do Sul tinha um grupo que surgiu, foram os mestres brasileiros da vigilância epidemiológica. [...] Praticamente, eles começaram a trabalhar em cima da vigilância. Não que a campanha não tenha sido feita. Eles participaram da campanha de massa no Rio Grande do Sul, mas depois estruturaram uma vigilância. Aí sim! Porque é a vigilância que vai te dizer se existe ou não mais casos. Agora, você tem que sedimentar uma vigilância epidemiológica. Ela tem que ser formada concomitante com a campanha. Faz a campanha, estrutura a vigilância e a vigilância continua o trabalho [...]. Não. Então, esse grupo é que sobressaiu e que deitou as raízes (AMARAL, fita 3, lado B – ênfases do depoente).

Eduardo Maranhão, médico, formado em 1972 pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Começou sua inserção profissional na área da epidemiologia logo após a graduação, através de um curso realizado no Instituto de Medicina Social, da mesma universidade. Em 1975, iniciou suas atividades na ENSP/Fiocruz, como médico e professor de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, no Curso de Especialização em Epidemiologia. Dez anos depois, foi professor do Treinamento Especial em Epidemiologia e Vigilância Epidemiológica de Moçambique e do primeiro Curso Básico de Vigilância Epidemiológica das Doenças do PAI/OPAS, em Buenos Aires. Sua experiência o levou a trabalhar em várias localidades da

América Latina e África, desenvolvendo atividades de consultoria e ensino; além disso, teve grande atuação nos processos de controle e erradicação da poliomielite em várias unidades da Federação, como Ceará, Brasília e Rio de Janeiro. Eduardo Maranhão também aponta o sucesso da campanha da varíola como fundamental para a erradicação da poliomielite, no sentido de que era possível a sua realização e não um sonho inatingível. Ele assinala a importância da vigilância epidemiológica nesse processo, assim como o papel dos epidemiologistas e sua contribuição.

Aqui se criou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, no qual, em um primeiro momento, era a Fundação SESP que centralizava e recebia essas informações. Centralizava e trabalhava essas informações. E publicava, apresentava no seu boletim, o famoso boletim da Fundação SESP. [...] foi assim, então começou, a Vigilância Epidemiológica no Brasil, começou e se marcou pelo primeiro papel ativo e importante da Fundação SESP. [...] (MARANHÃO, fita 2, lado A).

A idéia era dar um modelo de instrumento que pudesse capacitar rapidamente em grande escala, em larga escala, e pudesse funcionar de uma maneira ágil dentro dos estados, levando o que é importante do Programa: como se trabalha a vigilância epidemiológica e como se trabalha a vigilância específica de imunização. E o objetivo era que os estados pudessem fazer suas adaptações de acordo com as peculiaridades de cada estado. [...] A maioria dos estados não fez, porque a maioria dos estados aceitou: 'Isso aqui está muito bom. O material é muito bom'. E ainda é muito bom e foi aperfeiçoado nesses anos todos, foi atualizado, então está funcionando. E... dá o recado e passa o conteúdo mínimo que alguém que trabalha com Vigilância Epidemiológica precisa para depois poder fluir se aperfeiçoando na Vigilância Epidemiológica. Mas há o primeiro momento, não é? E esse... esse material, ele foi divulgado e apoiado pela SNABS (Secretaria... (MARANHÃO, fita 2, lado B – ênfases do depoente).

[...] Até na parte da discussão da epidemiologia o grupo de Rio Grande do Sul teve um papel importante na apresentação da situação epidemiológica. Era o Romeu Baldicera, epidemiologista do Rio Grande do Sul e que trabalhou diretamente conosco. Porque [...] não tinha esse negócio de professor, nós éramos professores e alunos, porque alguns dos que vinham dos outros países, alguns tinham até mais experiência de campo, de terreno e de vivência na própria pólio do que nós que estávamos ali organizando, coordenando com uma aparência meio de professor, mas às vezes aprendendo muito com os colegas de outros países. Então, na verdade, não tinha professor nem aluno, era um grupo trabalhando e discutindo temas, demonstrando e enriquecendo e os países também tinham a oportunidade de apresentarem suas experiências dentro desse curso. (Maranhão, fita 4, lado A)

José Fernando Verani, natural de Nova Friburgo, Rio de Janeiro, se graduou em Ciência Política em 1974, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, tendo iniciado o mestrado no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Sua aproximação mais efetiva com a área de Epidemiologia se deu no final dos anos 1970, com o Curso de Epidemiologia Aplicada e Bioestatística, do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), em Atlanta. Em 1992, concluiu o mestrado em Saúde Pública na ENSP, com a dissertação “A vigilância epidemiológica na erradicação de doenças: o caso da varíola

e da poliomielite”. No início da década de 1980, ingressou no Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da ENSP, trabalhando em atividades de ensino e formação de recursos humanos promovidas pelo PAI/OPAS. Fernando Verani é mais um de nossos depoentes que exerceu atividades no processo de erradicação da varíola em vários lugares do mundo, sendo consultor da OMS no Plano de Erradicação da Varíola em Bangladesh, em 1975, e em vários outros países, de diferentes continentes, como Ásia e África.

Não havia um sistema de vigilância epidemiológica, para começar. Quer dizer, o que se começa a ter de vigilância epidemiológica é exatamente em função da varíola. [...] Iniciou-se uma nova era na epidemiologia com ciência, mesmo em termos de estratégia, que se testou no campo. Por exemplo, a Academia sempre discutiu que, para erradicar a varíola, se necessitava, de acordo com os modelos matemáticos, uma X cobertura vacinal. [...] Então, conceito hoje muito importante em vigilância epidemiológica o controle de doenças transmissíveis, que é a busca ativa de casos. Até então, que eu disse que não existia sistema de vigilância, existia subsistema de notificação de doenças, muito paralisado, muito inerte, muito passivo. [...] e isso surge com a varíola, com a vigilância, o primeiro pilar, a vigilância, a busca ativa de casos de varíola; o segundo, a vacinação dos contatos. E o terceiro, a vacinação de bloqueio, de contenção do foco, a metodologia de contenção do foco. Então, foi abandonada, principalmente com esse último pilar, a contenção do foco, que tinha coisas específicas a se fazer em cada situação cultural diferenciada. Em Bangladesh, você fazia a contenção de um modo e na África era de outro, porque a cultura era outra. Você, na África, trabalhava de noite ou de madrugada, porque é uma área em que a colheita era até tarde, enfim, então você tem que adequar a sua intervenção de acordo também com a realidade local, não é, para se tornar eficaz. [...] Você via o caso de varíola. Uma vez que a pessoa era infectada com o vírus e fazia uma doença, você via a doença. A doença era externa, externalizada. A pólio não. A maioria das infecções com poliovírus você não vê. Elas são subclínicas, são inaparentes, são infecções inaparentes. Então, você não vê. Então, a estratégia tem que ser outra, também por causa disso, quer dizer, você não pode basear a erradicação da pólio com uma busca ativa de casos, embora seja fundamental que se faça uma busca ativa de casos. Não de pólio, mas teve que se ampliar a definição de caso, por exemplo, que é um conceito muito importante na epidemiologia, na vigilância epidemiológica, que se construiu também na erradicação da varíola (VERANI, fita 1, lado A).

O Afeganistão, com o regime Talibã, é muito difícil, muito difícil, muito, muito difícil, quase impossível [atingir a erradicação a nível mundial]. Até eu sair no final de fevereiro [do ano 2000], se fazia muito pouco no Afeganistão. O vírus que está circulante agora no Paquistão, na fronteira ou na região da *north west frontier* do Paquistão é o mesmo vírus do Afeganistão, quer dizer, porque são populações que...é uma fronteira aberta e o vírus está ali circulante, então, por mais que se fortaleça o Paquistão em termos de vacinação e de vigilância epidemiológica é um ping-pong. Há coisas que ainda não se sabe direito, por exemplo, que adultos não expostos ao vírus em criança e nem vacinados possam transportar, ser infectados e não fazerem pólio e transportarem o vírus para o Paquistão, ou não, talvez. Isso é uma especulação. Enfim, se não houver, ainda sou confiante, ainda otimista. Está indo bem, está indo muito bem o programa e eles sempre mandam. Mesmo eu tendo vindo embora, quase toda a semana tem um *email* de lá que eles me mandam o número de casos e tal e está um sucesso. Está caindo mesmo, está no finzinho, mas ainda há transmissão. A transmissão não foi interrompida e o meu receio é que complique por causa ali do Afeganistão. Então, se houver alguma dificuldade para atingir se interromper a transmissão mundial da pólio até o final de 2002, que tem um ano e meio pela frente, que eu acho que vai ser possível, tem um ano e meio está

folgado, está confortável, deve acabar realmente e partir para a certificação até 2005. A certificação mundial deve se dar em 2005. Agora, isso não me deixa mais pessimista se não se conseguir e se houver um atraso e for 2006, 2007. Na varíola houve atraso de um ano ou dois anos. E que bom, uma doença está sendo erradicada que é milenar, se atrasar dois anos ou três anos é lucro (VERANI, fita 3, lado A)

Fernando Laender, natural de Minas Gerais, formou-se em Medicina na Universidade Federal de Minas Gerais em 1972. Logo após sua graduação, iniciou cursos na área de Saúde Pública no Instituto de Medicina Social, da UERJ e trabalhou no Centro de Saúde Germano Sinval de Faria/ENSP. Em 1980, foi para Washington trabalhar na OPAS, com controle de doenças imunopreveníveis. No início da década de 1980, ingressou no Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da ENSP, participando de cursos patrocinados pelo PAI/OPAS.

Com essas Campanhas Nacionais de Vacinação, o Brasil é meio que pioneiro nesse negócio, ajudou a mais ou menos marcar caminhos nas Américas, com o ponto de vista de estratégias de controle doenças imunopreveníveis, e particularmente da pólio. Então, mais ou menos, entre [19]80 e [19]86, o Brasil trabalha vacinando, investigando, reforçando todo o sistema de vigilância epidemiológica de pólio, mais ou menos o que acontecia no Brasil, acontecia em outros países da região. E chegou um momento determinado que os países e a OPS juntos, decidiram estabelecer a meta de erradicação da pólio. Era factível tecnicamente, havia [a doença] e politicamente... Já se havia erradicado a varíola, claro se aprendeu muito com a erradicação da varíola, permitiu pensar na erradicação da pólio, como hoje se pensa na erradicação do sarampo. Então a experiência acumulada dava recursos. (...) o Brasil (...) continua fazendo este trabalho de vacinação e de vigilância até que o último caso se erradique, até o último, até que o último caso no mundo deixe, se confirme e depois dele não exista mais casos. Durante um tempo determinado. Então, ou seja, esse último caso no Brasil foi uma... depois que se confirmou que foi o último caso passou a ser o grande fato. A história da erradicação da pólio e de lá para cá, nem mais nenhum caso se confirmou nas Américas. Nós estamos falando de casos de poliomielite selvagem. Claro, agora o conceito de erradicação é - e por isso que nós temos que manter todas as nossas ações - ele é um conceito mundial, global. Enquanto tem caso de pólio na África, nós temos que estar mantendo todas as ações como se não tivesse ainda erradicado a pólio (LAENDER, fita 1, lado A).

Guido Antônio Espírito Santo Palmeira, médico, graduado em 1979 pela Faculdade de Medicina de Teresópolis, no Rio de Janeiro. Sua inserção na área de saúde pública se deu logo após o término do curso de Medicina, quando veio para a ENSP fazer a Residência em Medicina Preventiva e Social em 1980. Em 1983, ingressou no Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da ENSP, passando a fazer parte da equipe do PAI, na ENSP, dando aulas nos Cursos Básicos de Vigilância Epidemiológica e participando da organização de campanhas de vacinação no País.

(Quando terminei o curso)... aí eu me enturmei com o pessoal do PAI e começamos a trabalhar. [...] Já era na confecção do primeiro CBVE (Curso Básico de Vigilância

Epidemiológica). [...] Porque a idéia era que [...] a imunização sozinha, sem a vigilância epidemiológica, deixava a desejar. Então que o material precisaria era incorporar a coisa da vigilância epidemiológica. [...] A gente ia fazendo esses cursos nas capitais com esperança de que [...] isso fosse se espalhando. Não funcionou dessa forma, porque na verdade nem todo mundo que concluía tinha capacidade de reproduzir depois. Era muito pouco essa proporção dessas pessoas, eram muitos poucos que tinham essa condição. Mas eu cheguei a ir em alguns dos estados, fui a Brasília, fui a Maceió... (PALMEIRA, fita 1, lado A – ênfases do depoente).

Falando em epidemiologia, vigilância epidemiológica e imunização. A campanha era uma estratégia específica para uma situação específica. Quando eu estava em Mossoró (tinha alguns municípios como) Areia Branca, Grossos, uns municípios mais do litoral norte que tinham muito problema de difteria. E eu aproveitei a campanha de pólio para vacinar contra a difteria e naquela época não se fazia multivacinação nas campanhas. E eu não fiz com a idéia de fazer uma multivacinação não, eu fiz com a idéia de como as coberturas eram muito baixas (seria uma chance de ampliar o índice). As vacinas eram aplicadas com pistola e na regional a gente só tinha duas pistolas e dois sujeitos que sabiam aplicar, usar aquilo, manusear. Então eu fiz uma espécie de (curso intensivo)... Eu sentei com os caras e falei: 'Vocês ensinam os outros, vocês têm condições de ensinar os outros?' (Eles responderam): 'Temos'. Trouxeram os manuais, as coisas todas e eu disse: 'Então ensina aí todo mundo, todos os guardas sanitários'. Eram oito guardas. Eles ensinaram uns para os outros (como) manusear as pistolas. Aí eu fui a Natal e disse que eu queria dez pistolas, além das duas que eu tinha. 'Ah, rapaz... que num sei o quê...' Eu falei: 'Não, eu treinei o pessoal lá e eu vou usar as dez pistolas'. Acabei conseguindo quatro, com as duas que eu tinha eram seis pistolas. E aí fiz a vacinação de tríplice também, (em face) do problema com a difteria. [...] As coberturas muito baixas de tríplice e em alguns municípios eu usei esse pessoal com essas pistolas e a gente fez também paralelamente... (PALMEIRA, fita 1, lado B – ênfases do depoente).

Podemos perceber, através destas falas, o esforço de um grupo de epidemiologistas brasileiros, abrindo novos caminhos na América Latina em busca de uma rotina de trabalho que se tornou fundamental para a erradicação da poliomielite no Brasil e nas Américas. Este grupo teve destacada atuação na formação de recursos humanos e na implementação das ações de vigilância epidemiológica, entre outros aspectos. Muitos dos depoimentos ressaltam o papel de vanguarda dos epidemiologistas do Rio Grande do Sul e o aprendizado com a experiência da erradicação da varíola.

Os médicos ortopedistas e o Hospital Jesus

As atividades de reabilitação e ortopedia têm grande importância na vida dos pacientes sequelados de pólio, pois, através de um trabalho bem direcionado de reabilitação, pode ser devolvida ao paciente, na maioria dos casos, a capacidade de caminhar, de executar tarefas e se tornar independente. No Brasil, e em especial no Hospital Jesus, no Rio de Janeiro, este universo é bastante interessante, visto que se podem acompanhar as mudanças tecnológicas em função dos cuidados dispensados ao paciente, pois ao se ter melhores equipamentos para o

diagnóstico da poliomielite, diminui também a gravidade da seqüela. Neste sentido, papel de destaque têm os médicos ortopedistas, tanto no que diz respeito ao diagnóstico da poliomielite, quanto em sua diferenciação frente a outras paralisias flácidas agudas.

Oacyr de Almeida Pinto nasceu no Rio de Janeiro e se graduou em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da UERJ em 1958. É pediatra e começou a trabalhar com ortopedia e reabilitação logo após sua formatura no Hospital Jesus, onde foi Diretor da Divisão Médica entre os anos de 1971 e 1974, e em 1985 e 1986.

É, por influência do Dr. Oswaldo Pinheiro Campos, o Dr. Atayde compreendeu que tinha que ter um Centro de Tratamento lá de pólio e (começaram) a chegar (crianças) na fase aguda da doença onde era tratado lá (com) o pulmão de aço, que é um respirador de pressão intermitente negativa, que na ocasião era a coisa mais avançada que tinha pra tratar aquelas formas graves de poliomielite espinhal, que atingia toda a musculatura respiratória. A criança assim entrava em insuficiência respiratória e só tinha esse aparelho pra tratar. O hospital se tornou a referência nacional de poliomielite. E eram trazidas as crianças com poliomielite aguda ou suspeita para fazer diagnóstico diferencial, no Hospital Jesus. Mas aqui, o tratamento inicial era o Jesus. Jesus era conhecido na ocasião, nessa década de (19)50\60, como o hospital que tratava poliomielite.

A primeira coisa era o afastamento do lar. Entrar num ambiente estranho, com gente estranha. E se necessitasse do pulmão de aço, aquilo era atemorizante. O barulho que fazia [...] e aquela máquina o dia e noite. E, a criança presa, eu vou lhe mostrar depois a fotografia. Devia ser um negócio traumatizante... muito marcante na vida da criança o resto da vida. (PINTO, fita 1, lado A – ênfases do depoente).

“[...] o Centro de Tratamento de Poliomielite Aguda, inicialmente era CIPA, Centro de Internação de Poliomielite Aguda, depois foi trocado pra Centro de Tratamento de Pólio, que era mais econômico e mais objetivo. Ele foi criado porque [...] começou a aumentar muito o número e crianças procurando o Hospital Jesus com poliomielite e seqüela de pólio e tinha que se tratar dessas crianças (com) formas graves. Então, o pulmão de aço, que já existia lá nos Estados Unidos, foi trazido aqui para o Brasil para tratar essas crianças. E, o (Hospital) Jesus acabou, nessa ocasião, se tornando o centro de referência de poliomielite aguda infantil. Mais tarde teve alguns outros hospitais que também tiveram como referência à poliomielite, o Servidor do Estado [...] não me lembro (de) outro não. [...] Nós recebíamos doentes dessa parte toda do sul de Minas, Espírito Santo, às vezes, norte de São Paulo, toda a Baixada Fluminense, antigo Estado do Rio, naquela ocasião, Estado da Guanabara, Estado do Rio de Janeiro. Às vezes vinha de Mato Grosso também. [...] a cirurgia ortopédica infantil no Hospital Jesus, era uma cirurgia não de trauma, mas de correções, de defeitos congênitos. Então, era o único hospital, na ocasião, que operava criança com esse tipo de patologia congênita, [...] são as doenças de coluna, doenças de quadril, se fazia essas cirurgias, que os outros serviços não tinham essa parte subespecializada da ortopedia. Eram mais voltados para o trauma (PINTO, fita 2, lado A).

O depoimento deste médico ortopedista possibilita redesenhar o quadro trágico e doloroso da poliomielite, bem como observar os diferentes tipos de tratamento ao longo do tempo. O pulmão de aço, as inúmeras cirurgias e o uso de aparelhos ortopédicos mostram como se tratava de uma doença temida pela população em função da gravidade das seqüelas. No processo de controle e erradicação da doença, o diagnóstico clínico diferencial era um

elemento relevante. O Hospital Jesus funcionou como um grande centro de referência nacional, recebendo pacientes de todo o Brasil, não só para tratar de poliomielite, mas também de correção de patologias congênitas.

Considerações finais

A escolha dos três temas aqui apresentados, o processo de erradicação da pólio; a importância dos médicos epidemiologistas e da vigilância epidemiológica; e o trabalho de ortopedistas para a recuperação dos sequelados, mostra uma das possibilidades existentes a partir da análise das entrevistas do acervo gerado com a pesquisa A história da poliomielite e de sua erradicação no Brasil. Contudo, deve ser ressaltado que a multiplicidade existente a partir da análise do conjunto de entrevistas é imensa, sendo possível conhecer aspectos como a execução do Plano Nacional de Controle da Poliomielite de 1971; o contexto da tomada a decisão de erradicar a transmissão do vírus autóctone da poliomielite das Américas; os principais atores e instituições envolvidos na decisão da erradicação da poliomielite, com suas dificuldades, êxitos e críticas recebidas, o envolvimento da sociedade civil e autoridades nas campanhas de vacinação; possibilidades e dificuldades de produzir a vacina Sabin no Brasil; o trabalho de campo no processo de erradicação da pólio.

Considerando o contexto brasileiro ao longo dos anos de 1970 e 1980, cuja conjuntura política era ditatorial e centralizadora, mas por outro lado, se produziam diferentes modelos e propostas para a área da saúde, torna-se fundamental compreender o sucesso da proposta dos DNVs e da própria erradicação da doença. Nesse sentido, achamos interessante a análise de Temporão quando diz que:

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

A manutenção das campanhas por mais de duas décadas reflete-se na própria aceitação popular. Pesquisa nacional de avaliação da satisfação dos usuários dos serviços públicos, realizada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, revelou que as campanhas de prevenção de doenças são as que mais agradam e têm credibilidade dentro do sistema de saúde brasileiro (2003:615).

As memórias, experiências e lembranças dos depoentes nesta pesquisa, além de estarem preservadas com as entrevistas, traduzem um período bastante rico das ações de saúde no Brasil em relação à pólio, com ênfase no processo de sua erradicação. Ao optarmos

em trabalhar com as memórias e lembranças destes sujeitos, consideramos fundamental dar-lhes voz e fazê-los agentes da história, procurando compreender de que forma atuaram neste processo. Bosi (1994:55) argumenta que esta é a chave para se chegar à memória-trabalho, conceito com o qual nos identificamos na medida em que “(...) lembrar não é reviver, mas refazer, reconstruir, repensar com imagens e idéias de hoje, as experiências do passado. A memória não é sonho, é trabalho”.

Como se percebe através dos trechos dos depoimentos apresentados neste artigo, algumas destas questões foram aprofundadas nas entrevistas, tornando-as uma fonte importante para a memória e a história não só da saúde pública, mas também da ciência no Brasil e na Fiocruz. Além disso, aspectos como a produção de imunobiológicos; as políticas de controle, eliminação e erradicação de doenças transmissíveis; o papel da pesquisa laboratorial e sua inserção em campanhas de saúde podem ser temas trabalhados por outros pesquisadores.

A doença da forma como a compreendemos não é um evento puramente biológico, mas está diretamente inserida nos contextos políticos, econômicos, culturais e sociais nos quais se desenvolve e, portanto, deve ser pensada como um objeto social e historicamente construído.

Relação do conjunto dos depoentes do Acervo de Depoimentos Oraís: a história da poliomielite e de sua erradicação no Brasil

1. Akira Homma, 1 hora
2. Anita Ivoni Camelotti Monteiro, 2 horas
3. Arcelino Bitar, 2 horas
4. Archimedes Teodoro, 3 horas
5. Arlindo Fábio de Souza, 2 horas
6. Airton Fischmann, 4 horas
7. Ciro de Quadros, 2 horas
8. Cláudio do Amaral Junior, 9 horas
9. Cláudio Marcus da Silveira, 5 horas
10. Cristina Maria Vieira da Rocha, 2 horas
11. Edson Elias da Silva, 1 hora
12. Eduardo Severiano Ponce Maranhão, 5 horas
13. Elizabeth Marques, 2 horas

14. Fábio Moherdau, 1 hora
15. Fernando Laender, 1 hora
16. Guido Palmeira, 1 hora
17. Helvécio Bueno, 3 horas
18. Hermann Schatzmayr, 2 horas
19. Isabel Stefano, 4 horas
20. Ivanildo Franzosi, 3 horas
21. João Baptista Risi Jr, 2 horas
22. João Lima, 3 horas
23. José Fernando Verani, 3 horas
24. Maria Cristina Pedreira, 2 horas
25. Maria da Luz, 1 hora
26. Maria de Lourdes de Sousa Maia, 2 horas
27. Maria Lúcia Carnellosso, 3 horas
28. Mitiko Fujita, 4 horas
29. Mozart de Abreu e Lima, 4 horas
30. Oacyr de Almeida Pinto, 2 horas
31. Roberto Becker, 4 horas

Siglário

BioManguinhos – Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos

Bird – Banco Interamericano de Desenvolvimento

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CEV – Campanha de Erradicação da Varíola

DNV – Dias Nacionais de Vacinação

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

FSESP – Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública

Funasa – Fundação Nacional de Saúde

GTPólio – Grupo de Trabalho para Erradicação da Poliomielite

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PAI – Programa Ampliado de Imunizações

SNABS – Secretaria Nacional de Ações Básicas em Saúde

SUCAM – Superintendência de Campanhas

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Unicef – Fundo das Nações Unidas para a Infância

Usaid – Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

THE CONTROL AND ERADICATION OF A DISEASE: the history of poliomyelitis and its actors

Abstract

The main objective of this paper is to promote the collection of oral memory of Poliomyelitis. This research was undertaken under the project 'The history of polio and its eradication in Brazil', which consists of 31 interviews with people who acted as public administrators, epidemiologists, scientists, technicians and doctors, involved in several ways and different trajectories in the elimination of polio in Brazil and in the world.

Keywords: Polio. Polio History. Collection of Oral History.

Bibliografia

ALBERTI, V. **Manual de História Oral**. 2. ed. ver. e atual. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

BOSI, E. **Memória e Sociedade** – Lembranças de velhos. Cia. das Letras: São Paulo, 1994.

EVANS, A. The eradication of communicable diseases: myth or reality? **American Journal of Epidemiology**, vol. 122, nº 2, pp. 199-207, 1985.

FERREIRA, M & AMADO, J (orgs.). **Usos & abusos da história oral**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1996.

Oral history: challengers for the XXIst Century. **Xth International Oral History Conference**. Rio de Janeiro, FGV, 14-18 jun. 1998.

TEMPORÃO, J. G. "O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. **História, Ciências, Saúde. Manguinhos**, vol. 10 (suplemento 2): 601-617, 2003.

UNICEF. **Cuidados Primários de Saúde: Relatório**, Brasília, 1978. Conferência Internacional - Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 1978.

Depoimentos

AMARAL, Cláudio. Fita 3, lado B e Fita 4, lado A. Acervo de Depoimentos Oraís: **A história da poliomielite e de sua erradicação no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz/DEPES/DAD, 2001.

BUENO, Helvécio. Fita 1, lado B.. Acervo de Depoimentos Oraís: **A história da poliomielite e de sua erradicação no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz/DEPES/DAD, 2001.

LAENDER, Fernando. Fita 1, lado B.. Acervo de Depoimentos Oraís: **A história da poliomielite e de sua erradicação no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz/DEPES/DAD, 2002.

LIMA, João. Fita 3, lado A.. Acervo de Depoimentos Oraís: **A história da poliomielite e de sua erradicação no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz/DEPES/DAD, 2002.

MARANHÃO, Eduardo. Fita 1, lado A e B e Fita 4, lado A. Acervo de Depoimentos Oraís: **A história da poliomielite e de sua erradicação no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz/DEPES/DAD, 2001.

MOHERDAUI, Fábio. Fita 1, lado A.. Acervo de Depoimentos Oraís: **A história da poliomielite e de sua erradicação no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz/DEPES/DAD, 2001.

PALMEIRA, Guido. Fita 1, lado A e B. Acervo de Depoimentos Oraís: **A história da poliomielite e de sua erradicação no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz/DEPES/DAD, 2001.

PEDREIRA, Maria Cristina. Fita 1, lado B.. Acervo de Depoimentos Oraís: **A história da poliomielite e de sua erradicação no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz/DEPES/DAD, 2001.

PINTO, Oacyr de Almeida. Fita 1, lado A e Fita 2, lado A. Acervo de Depoimentos Oraís: **A história da poliomielite e de sua erradicação no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz/DEPES/DAD, 2001.

QUADROS, Ciro de. Fita 2, lado B.. Acervo de Depoimentos Oraís: **A história da poliomielite e de sua erradicação no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz/DEPES/DAD, 2001.

VERANI, José Fernando. Fita 1, lado A e Fita 3, lado A. Acervo de Depoimentos Oraís: **A história da poliomielite e de sua erradicação no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz/DEPES/DAD, 2001.

ⁱ As autoras agradecem à equipe do projeto A história da poliomielite e de sua erradicação no Brasil, coordenado por Dilene Raimundo do Nascimento, por seus comentários, críticas e sugestões feitas a partir da primeira versão

deste artigo. Para maiores informações sobre o projeto e seus produtos, ver site da Biblioteca Virtual de Saúde da Poliomielite, no endereço: <http://www.bvspolio.coc.fiocruz.br/php/index.php>

ⁱⁱ Vale ressaltar que quando o grupo de depoentes escolhidos é uma categoria profissional ou personagens de uma elite intelectual ou econômica, essa regra se aplica. Ao se realizar trabalhos com outro tipo de público, como membros de comunidades mais populares ou acometidos por determinadas doenças, esta não é uma regra inexorável.

ⁱⁱⁱ É importante salientar que em algumas instituições ou em determinados projetos de pesquisa, a etapa de transcrição é substituída pela elaboração de sumário pormenorizado dos assuntos tratados na entrevista. A idéia é facilitar a pesquisa do usuário que, assim, poderá encontrar igualmente temas abordados que possam lhe interessar.

^{iv} Optamos por entrevistas temáticas quando já havia depoimento no acervo de história oral da COC/Fiocruz que enfatizasse aspectos biográficos, ou, quando por questão de tempo e de disponibilidade dos entrevistados, foi necessário gravar entrevistas mais diretamente relacionadas ao tema principal, buscando sempre deixar espaço para que contasse um pouco da sua trajetória de vida.

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

Recebido em: Março / 2010
Aprovado em: Junho / 2010