



**IX ENCONTRO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

ISSN: 2594-5688

secretaria@sbap.org.br

Sociedade Brasileira de Administração Pública

**ARTIGO**

**O PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO E A RELAÇÃO COM  
O NEODESENVOLVIMENTISMO: ANÁLISE DA COBERTURA  
VACINAL NOS GOVERNOS DOS EXPRESIDENTES FHC (1999-2002)  
E LULA (2003-2006).**

**MARIA DA PENHA SILVA GOMES, JOSÉ MARIA CAPITANGO SAPALO, RONALDO VIEIRA LIMA,**

**GRUPO TEMÁTICO: 02 Análise de Políticas Públicas**

IX Encontro Brasileiro de Administração Pública, São Paulo/SP, 5 a 7 de outubro de 2022.  
Sociedade Brasileira de Administração Pública  
Brasil

Disponível em: <https://sbap.org.br/>

## PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO E A RELAÇÃO COM O NEODESENVOLVIMENTISMO: Análise da cobertura vacinal nos governos dos ex- Presidentes FHC (1999-2002) e Lula (2003-2006).

**Resumo:** Este trabalho tem como objetivo estabelecer relação entre o Programa Nacional de Imunização (PNI) e o modelo de desenvolvimento econômico adotado no Brasil no segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso (1999-2002) e no primeiro mandato de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006), em seguida analisar o resultado da cobertura vacinal do PNI em cotejo com os fundamentos de modelos de desenvolvimento econômico no recorte temporal. Na condição de pesquisa exploratória e descritiva, realizou-se levantamentos qualitativos e coleta de dados secundários com amparo bibliográfico, normativo e documental relacionados ao PNI e aos modelos econômicos para sustentar a relação proposta. Metodologicamente, sob as lentes de conceitos, abordagens e informações, identificou-se os fundamentos para analisar a implementação do PNI, cobertura vacinal do programa frente ao modelo econômico adotado. Como resultado, tem-se que os mandatos de FHC e Lula desenvolveram ações para fortalecer e ampliar a cobertura vacinal do PNI e foram considerados neodesenvolvimentistas.

**Palavras-chave:** Política Pública. Programa Nacional de Imunização. Neodesenvolvimentismo. Saúde Pública. SUS.

### 1. INTRODUÇÃO

O contexto deste trabalho refere à Política Pública do Programa Nacional de Imunização, apenso ao Sistema Único de Saúde (SUS). A seguir um breve resumo do processo histórico e o corolário em relação a esse fato. O SUS foi implementado pela Constituição de 1988, no Capítulo II, no Artigo 6º que dispõe dos Direitos Sociais para todas as pessoas estabelecidas no território nacional como a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados. Em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica de Saúde – Lei nº 8080/1990. Em 1991, institui-se como Política Pública de abrangência nacional e a Política Nacional da Atenção Básica que garante a implementação dos serviços e profissionais de saúde para abrangência nacional. No ano 2000, a Emenda Constitucional nº 29 dispõe sobre a gestão e aporte de recursos aos Municípios, estados Federativos e Distrito Federal. O Programa Nacional de Imunização foi formulado em 1973, ainda no Estado Militar do país, com o objetivo de coordenar as ações de imunizações que se caracterizavam, até então, pela descontinuidade, pelo caráter episódico e pela reduzida área de cobertura. O Programa perpassa aos governos do período democrático corroborando para mitigação e/ou controle de muitas doenças como o sarampo, catapora, paralisia infantil etc. Nesse contexto, apresentaremos dados sobre a cobertura vacinal. Escolhemos o recorte temporal, em dois quadriênios, 1999-2002 e 2003-2006, respectivamente, o último quadriênio do governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) e o primeiro quadriênio do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva (Lula).

A despeito da história do Programa Nacional de Imunizações (PNI), destacamos que ele

foi instituído no bojo da luta por Direitos Sociais. Criado em 1973 por determinação do Ministério da Saúde, com o objetivo de coordenar ações de imunizações e vigilância epidemiológica para enfrentar a baixa cobertura vacinal da época. Contemporaneamente, observa-se que o Brasil alcançou diversas conquistas como a erradicação da varíola e a poliomielite, sendo que a adesão em massa da população e a execução compartilhada com apoio das secretarias estaduais e municipais de saúde foram essenciais (BRASIL, 2022a).

Considerando que o PNI foi lançado nos anos de chumbo da ditadura militar do Brasil, tem-se conhecimento que o Movimento Popular de Saúde (MOPS) – entidade que era formada por diversos organismos representativos da sociedade civil – foi essencial na formulação de uma nova política do sistema de saúde.

Na literatura produzida, o mérito da formulação dessa nova política do sistema de saúde coube ao Movimento pela Reforma Sanitarista. O trabalho integrado de diferentes entidades possibilitou a inclusão desse novo modelo público, integrado e descentralizado de política de saúde, ou seja, Sistema Único de Saúde (SUS), garantido na Constituição de 1988 (DOIMO; RODRIGUES, 2003).

Segundo Souza (SOUZA, 2006, p. 26) existem vários autores que se dedicaram a definir política pública, portanto, não existe a única nem melhor definição. Desta forma, para sintetizar esse esforço coletivo da academia, trata-se de campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). Ou seja, as políticas são o governo em ação, com vista a melhorar a qualidade de vida da população. Neste sentido, existe um todo processo até chegar na implementação das políticas públicas, na qual Kingdon (2006) chamou de “formulações de políticas públicas”. Certamente, tal como analisou Kingdon (2006), sobre a razão que faz com que algumas problemáticas sejam consideradas e outras simplesmente ignoradas, mostra como muitas das vezes a resolução de certos problemas depende do governo no poder. Entretanto, a implementação de uma política pode ser uma agenda ou não agenda de um governo. Por exemplo, o Programa Nacional de Imunização (PNI) constitui uma agenda urgente para resolver um certo problema que afetava a população, em termos de saúde.

Considerando os conceitos que subsidiam as tipologias de políticas públicas: distribuição, regulação e redistribuição, compreende-se que o Programa Nacional de Imunização (PNI) é uma Política Pública, cujas ações vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) como sistema público, universal e descentralizado de saúde, sendo uma política impulsionada pelos movimentos sociais – em razão do processo sócio-histórico. Subsequente,

foi formulado por gestores públicos no que tange à gestão da Política Pública. Entre as características, relacionamos como uma Política de Coerção imediata (direta), regulatória e que tem conflitos de grupo de interesse e barganha (LOWI, 1972).

O Movimento pela Reforma Sanitária da saúde no Brasil data do final da década de 1960 e início dos anos 1970. Esse movimento deu início à organização promovendo as primeiras mobilizações nos anos 1970, mantendo-as nas décadas seguintes por meio de diversas campanhas ((DOWBOR, 2019). O médico sanitarista Sérgio Arouca (1975), em sua tese de doutoramento sob o título “O Dilema Preventivista: uma contribuição para a compreensão e Crítica da Medicina Preventiva” fundamenta uma centralidade tendo como perspectivas as dimensões sociais do sujeito como fundantes à melhoria na qualidade da saúde da população considerando principalmente as condições de vida como moradia, trabalho, alimentação, lazer da população. Segundo o autor:

[...] o médico pode e deve continuar em sua prática privada, em sua especializada, porém munido de uma atitude que amplie as suas responsabilidades sociais e torne potencialmente cada indivíduo em seu paciente em um dado ambiente, porém manter no horizonte a possibilidade de que suas ações levem a uma mudança social, melhorando as condições de vida da coletividade (AROUCA, 1975).

A característica do Movimento pela Reforma Sanitária é a sua atuação por meio das diferentes instituições (saúde, professores, estudantes, diversas redes e organizações envolvidos na luta pelo sistema público, universal, gratuito e integral de saúde no Brasil (DOWBOR, 2019).

Essa mudança ocorreu no processo das lutas pela redemocratização do país, tanto pela construção política e acadêmica e a efetiva participação popular nas Conferências de Saúde. Ocorreu um movimento duplo para conquista social do direito à saúde (KOIFMAN, 2006). De um lado, o resgate da luta pelas políticas públicas que, para além do setor saúde, se voltem para a melhoria das condições de vida da população. De outro, foi fundamental aprofundar a luta pela conquista do direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, pautado pela perspectiva da participação popular e da integralidade das ações.

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implementado em meio a uma crise de um modelo esgotado de atendimento de saúde acompanhado de a intensa mobilização popular em torno da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, onde de forma inédita, ocorreu a participação dos usuários do serviço de saúde. Desta conferência saíram ideias basilares que subsidiará às mudanças e transformações necessárias para todo o setor da saúde introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das

condições de vida da população, sendo fundante no debate sobre a Constituinte e a elaboração da Constituição Federal de 1988 (KOIFMAN, 2006).

Com a promulgação da Constituição de 1988, a participação social está garantida em seu artigo 1º, parágrafo único, onde está instituído que todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente. Em relação às possibilidades de participação, destacam-se referendo, plebiscito, conferências, audiências públicas, conselhos, comitês, ouvidorias, orçamentos participativos etc. As instituições governamentais têm o dever de propiciar a participação social, mas devido ao modelo burocrático instituído observa-se que essa necessidade está prejudicada (BRASIL, 1988).

## 2. OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo formar uma base referencial, bibliográfica e documental sobre o Programa Nacional de Imunização (PNI) com foco na cobertura vacinal e procurar estabelecer relação com os modelos de desenvolvimento econômicos adotados no Brasil, e assim identificar o modelo que se enquadra o segundo mandato de FHC (1999-2002) e primeiro mandato de Lula (2003-2006).

O conceito clássico de desenvolvimentismo foi a corrente principal entre as décadas de 1940 e 1960, onde o Estado e o capitalismo servem de alternativa frente ao fracasso do mercado e liberalismo econômico. Estratégia sustentada pelos pilares econômicos da industrialização, financiamento externo e participação ativa do Estado, formada pela coalizão de empresários, burocratas e trabalhadores para promover a industrialização nacional (BRESSER-PEREIRA, 2016).

O desenvolvimentismo no Brasil também reflete a correlação entre autoritarismo e desenvolvimentismo em âmbito mundial, mas ganhou destaque nos governos democráticos de 1945 a 1964. Neste período, tem-se a substituição de importações pelo fomento da indústria automobilística nacional, criação do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e da Petrobras (IPEA, 2014).

Já o novo desenvolvimentismo está ancorado nas experiências bem-sucedidas de crescimento acelerado, redução da desigualdade e implementação de políticas públicas baseadas nos aspectos econômicos, sociais e políticos. Neste aspecto, integra método, economia política, microeconomia, macroeconomia, política de distribuição e economia aplicada como solução para substituir as políticas neoliberais com maior participação do Estado (BRESSER-PEREIRA, 2016).

A primeira gestão de Fernando Henrique Cardoso (FHC) ficou marcada pelo controle da inflação com a implantação do Plano Real, abertura comercial, privatizações e reformas com base nos ditames da política econômica neoliberal. Mas no segundo mandato houve estagnação econômica, deterioração do mercado de trabalho e elevação da dívida externa. Neste contexto, o Brasil ficou dependente de capitais externos e mais vulnerável às crises cambiais e precisou contratar empréstimo junto ao FMI (TEIXEIRA; PINTO, 2012).

Diante deste cenário socioeconômico, o primeiro mandato do Governo Lula (2003-2006) manteve a política macroeconômica do seu antecessor em prol da estabilidade da moeda, assim manteve as metas de inflação, taxa de câmbio flexível e superávit primário. No entanto, ampliou várias políticas sociais com destaque a elevação do salário-mínimo e dos programas de transferência de renda com maior participação do Estado. Neste sentido, a economia brasileira apresentou resiliência diante dos impactos da crise financeira global (FONSECA; CUNHA; BICHARA, 2013).

À luz da fundamentação teórica que sustenta a atuação do Estado frente ao processo de criação de políticas públicas, buscar-se investigar os motivos que levaram a criação do Programa Nacional de Imunização (PNI): sanitário, econômico ou político. Neste passo, identificar também os atores que contribuíram para a implementação dessa política: Estado, elites, corporações, agentes estatais, sociedade, corporações de profissionais e outros (MARQUES, 1997).

A agenda governamental é formada por atores políticos, sejam visíveis ou invisíveis, os quais filtram, pautam e definem aquilo que será prioridade para os políticos, sendo que os especialistas da máquina pública podem apresentar soluções para os problemas (KINGDON, 2006). Com base nisso, compreende-se que o PNI como política de saúde pública vinculada ao SUS possui corpo técnico vinculado à Administração Pública que apresenta soluções ao político de plantão, assim as vacinas foram medidas adotadas para erradicar diversas doenças, onde o PNI foi colocado na agenda pública governamental.

Com base em alguns dos fundamentos teóricos que sustentam a formulação de políticas públicas, com lentes sobre o incrementalismo e os métodos de decisão política: racional-compreensivo (raiz<sup>1</sup>) e o das sucessivas comparações (remanescência<sup>2</sup>), far-se-á o enquadramento teórico do PNI após levantamento das variáveis que motivaram a implantação dessa política pública de saúde (LINDBLUM, 2010).

<sup>1</sup> Passa a ser conhecimento como método sinóptico, ou abordagem racional compreensiva, ou racional abrangente, ou racional global, de decisão, ou simplesmente racionalismo” (LINDBLUM, 2010, p. 161).

<sup>2</sup> Corresponde ao método *mudding through*, “do avanço sem muito esforço ou organização”, das sucessivas comparações limitadas, do incrementalismo desconexo ou desarticulado e acabou se consolidando com o nome de incrementalismo *tout court*” (LINDBLUM, 2010, p. 161).

Diante das premissas vinculadas aos governos neodesenvolvimentistas, tem-se como hipótese se estes contribuíram para a ampliação da cobertura vacinal do Programa Nacional de Imunizações. Neste passo, pretende-se responder a seguinte indagação: se as ações executadas pelos governos neodesenvolvimentistas contribuíram para a cobertura vacinal?

### 3. METODOLOGIA

Este trabalho tem enquadramento teórico como pesquisa exploratória e descritiva, pretende-se realizar levantamentos qualitativos e coleta de dados secundários por meio de pesquisa bibliográfica, documental e informações relacionadas ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) para subsidiar a relação com os modelos econômicos adotados no recorte temporal.

### 4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 4.1. Sistema Único de Saúde

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre *pari passu* ao processo de redemocratização do Brasil, durante mais de duas décadas a reivindicação pelo Direito à saúde, bem como outros Direitos, esteve no bojo da luta social engendrada por multi-sujeitos de diferentes segmentos sociais e categorias profissionais, políticas e institucionais do país. Criado pela Constituição de 1988, garantido no Capítulo II, disposto no Artigo 6º que dispõe dos Direitos Sociais para todas as pessoas estabelecidas no território nacional como a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados. As décadas de 1970 e 1980, marcadas pela luta por Direitos Sociais, tal período é conhecido pela incidência da maior mobilização social à luta pela redemocratização do Estado brasileiro. No que tange à saúde, diversos grupos se engajaram no movimento sanitário, com o objetivo de pensar um sistema público para solucionar os problemas encontrados no atendimento da população defendendo o direito universal à saúde. Em 1990 o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080/1990 que detalha o funcionamento do sistema e instituiu os preceitos que seguem até os dias atuais (BRASIL, 1990). A partir deste momento, a população brasileira e estrangeiros estabelecidos em território nacional passaram a ter direito à saúde universal e gratuita. O SUS atende todos que procuram suas unidades de saúde ou tem

necessidade de atendimento de emergência na Atenção Primária, se necessário os pacientes são encaminhados para a Atenção Secundária (Hospitais ou Unidades de Internação e cuidados terapêuticos).

Em setembro de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC-29) que dispõe sobre a gestão e aporte de recursos. Assim, o SUS passa a ser administrado com recursos da União, dos estados (Unidades Federativas), Distrito Federal e dos municípios, sendo responsáveis pela administração dos recursos, implementação e qualidade (BRASIL, 2000). Essa Emenda Constitucional faculta a expansão de uma extensa rede de saúde pública voltada à Atenção Primária e Secundária em toda a extensão do território nacional permitindo o acesso apenas com o Cartão do SUS. Antes, o atendimento estava vinculado à apresentação da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), ou seja, a lógica de atendimento centrava no recolhimento à previdência. Não havia atendimento para as pessoas que não possuíam vínculo empregatício. E nos antigos “Postos de Saúde” havia apenas atendimento para Clínica Geral, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria. O acesso era restrito à Atenção Secundária (Hospitais, exames complementares, investigações ou estudos de caso em grupos de estudos).

Gradualmente, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) geridas pela municipalidade passaram a substituir os antigos Postos de Saúde até então geridos pelos governos federativos – houve muitas controvérsias nesse processo, tema interessante ao debate.

Ao longo dos 34 anos de existência, o SUS conquistou uma série de avanços para a saúde do brasileiro. Reconhecido internacionalmente, o Programa Nacional de Imunização (PNI), responsável por 98% do mercado de vacinas do país, é um dos destaques. O Brasil garante à população acesso gratuito a todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), disponibilizando 17 vacinas para combater mais de 20 doenças, em diversas faixas etárias, na rede pública de todo o país (BRASIL, 2015).

O SUS mundialmente é considerado o maior programa de inclusão social na área da saúde pública. No Brasil é importante gerador e condutor de Políticas Públicas de Saúde, e, também por meio da Estratégia Saúde da Família amplia interfaces com outras Políticas Públicas como por exemplo as Políticas de Proteção às Mulheres vítimas de violência; Combate ao Tráfico de Trabalho Análogo ao Escravo, Políticas Públicas para Igualdade Racial, População Indígena, Quilombola, População LGBTQIA+, entre outras.

#### 4.2. Programa Nacional de Imunização

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) tem como marco histórico o ano de 1973 –



pós campanha de erradicação da varíola que teve início em 1962. Inclusive, a década de 1970 ficou marcada pelas ações que determinaram a atual configuração do sistema de saúde público brasileiro: universalização, estruturação e organização a fim de reduzir a pobreza absoluta da época. Este processo também ficou marcado pelas ações integradas de práticas médicas, modernização dos espaços públicos, reformas administrativas e ampliação da participação com destaque ao movimento sanitário inspirado por Oswaldo Cruz (TEMPORÃO, 2003).

Por meio da Lei Federal nº 6.259/1975 o PNI foi institucionalizado e ganhou envergadura frente ao resultado da erradicação da varíola que foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), fato que estimulou a expansão de outros agentes imunizantes em território nacional. Neste palco, o PNI passou a coordenar todas as atividades de imunizações com a prestação de serviços integrais de saúde através de sua rede própria (BRASIL, 2022a).

Os dados quantitativos da cobertura vacinal estão publicados no portal eletrônico do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (PNI), onde gestores públicos envolvidos com o programa podem realizar análise, a partir das informações sobre vacinas aplicadas e população vacinada – dados que estão agregados por faixa etária, período de tempo e por área geográfica (BRASIL, 2022b).

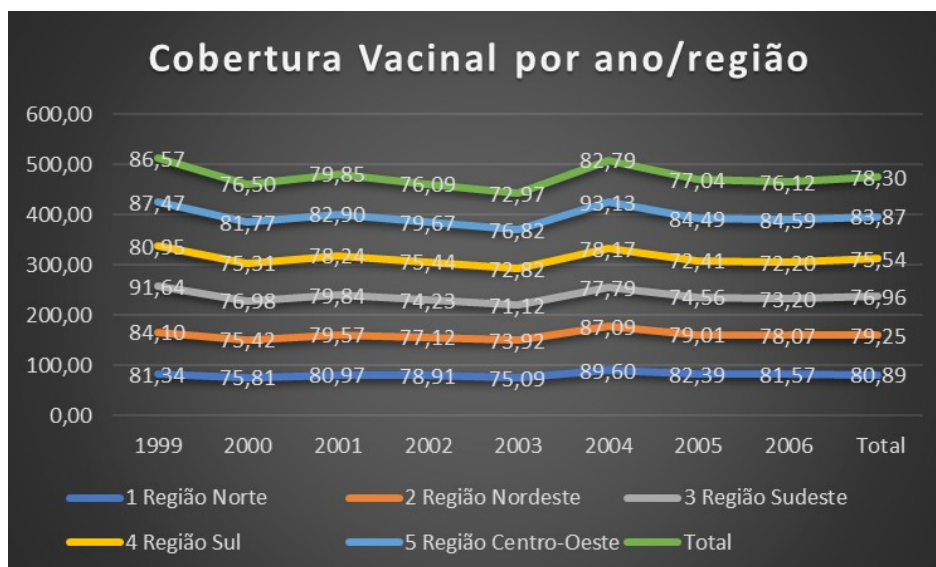
Neste contexto, o objetivo deste trabalho é verificar se as ações executadas pelos governos neodesenvolvimentistas contribuíram para a cobertura vacinal no Brasil, nota-se que os valores constantes da tabela 1) apresentam ótima cobertura vacinal na gestão dos governos FHC (1999-2002) e Lula (2003-2006), conforme demonstram os números apresentados na Tabela 1:

**Tabela 1** – Cobertura vacinal por ano/região

<b>Região</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>Total</b>
<b>Norte</b>	81,34	75,81	80,97	78,91	75,09	89,6	82,39	81,57	80,89
Nordeste	84,1	75,42	79,57	77,12	73,92	87,09	79,01	78,07	79,25
Sudeste	91,64	76,98	79,84	74,23	71,12	77,79	74,56	73,2	76,96
Sul	80,95	75,31	78,24	75,44	72,82	78,17	72,41	72,2	75,54
Centro-oeste	87,47	81,77	82,9	79,67	76,82	93,13	84,49	84,59	83,87
<b>Total</b>	<b>86,57</b>	<b>76,5</b>	<b>79,85</b>	<b>76,09</b>	<b>72,97</b>	<b>82,79</b>	<b>77,04</b>	<b>76,12</b>	<b>78,3</b>

**Fonte:** Ministério de Saúde/DATASUS (BRASIL, 2022c)

Gráfico 1 – Cobertura vacinal por ano/região



Fonte: Ministério de Saúde/DATASUS (BRASIL, 2022c)

Por região, as regiões Norte e Centro-oeste fecharam o período de estudo com maior cobertura vacinal, respectivamente com as taxas de 80,89% e 83,87%. As demais regiões alcançaram taxas acima de 70%.

Nos oito anos indicados neste estudo, houve dois momentos em que as taxas de cobertura vacinal alcançaram padrões de destaque, em 1999 com 86,57%, primeiro ano do mandato do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso e, em 2004 com 82,79%, no segundo ano do mandato do ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva. Vale destacar que no ano de 1999, à exceção da região Sudeste que teve 91,64% de cobertura vacinal, as demais regiões obtiveram cobertura vacinal acima de 80%. Já no ano de 2004, algumas regiões tiveram cobertura vacinal em torno de 90% ou mais, sendo a região Centro-oeste (93,13%), Norte (89,6%) e Nordeste (87,09%).

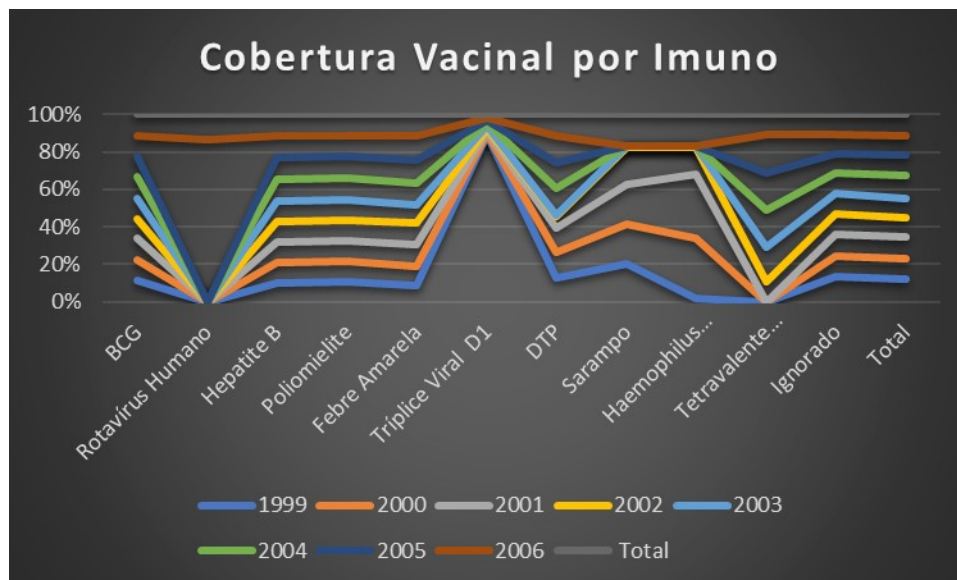
A cobertura vacinal por imuno mostrou resultados importantes, três vacinas obtiveram total acima de 100% no final do período estudado: BCG<sup>3</sup> (112,64%), Poliomielite (102,24%) e Tríplice Viral (111,03%). A Vacina Tríplice Viral é para Sarampo, Caxumba e Rubéola – por essa razão, a partir de 2003, deixou de ter registro como imuno para Sarampo. Na tabela 2 observamos que houve cobertura para outros imunos, como o Rotavírus Humanos, em 2006 e para o imuno tetravalente (DPT/Hib) (Tetra) passou a ter cobertura a partir de 2002.

<sup>3</sup> Esta vacina protege contra tuberculose – doença contagiosa, provocada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. (<https://bvsmms.saude.gov.br/01-7-dia-da-vacina-bcg-2/>)

**Tabela 2** – Cobertura vacinal por imundo(vacina)

<b>Imuno</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>Total</b>
BCG	117,28	111,74	112,60	110,28	108,47	113,36	114,48	113,06	112,64
Rotavírus Humano	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	46,52	7,13
Hepatite B	83,50	91,08	91,88	91,47	92,00	96,26	98,46	100,30	92,95
Poliomielite	99,08	101,44	102,83	100,01	100,48	104,30	105,12	105,25	102,24
Febre Amarela	29,06	37,14	40,24	38,70	34,68	38,29	42,95	46,17	38,27
Tríplice Viral D1	6.692,10	77,50	88,43	96,92	112,95	110,93	106,55	105,35	111,03
DTP	94,46	94,71	97,45	44,69	1,41	102,41	102,82	103,50	79,79
Sarampo	99,31	105,35	103,85	96,02	4,06	0,00	0,00	0,00	82,12
Haemophilus influenzae b	5,09	87,85	93,10	38,98	1,72	0,00	0,00	0,00	45,80
Tetravalente (DTP/Hib) (TE-TRA)	0,00	0,00	0,00	53,86	97,47	102,30	102,49	103,31	55,74
Ignorado	100,06	80,12	83,86	81,35	83,19	81,72	73,77	73,47	81,02
<b>Total</b>	<b>86,57</b>	<b>76,50</b>	<b>79,85</b>	<b>76,09</b>	<b>72,97</b>	<b>82,79</b>	<b>77,04</b>	<b>76,12</b>	<b>78,30</b>

Fonte: Ministério de Saúde/DATASUS (BRASIL, 2022c)

**Gráfico 2** – Cobertura vacinal por Imuno

Fonte: Ministério de Saúde/DATASUS (BRASIL, 2022c)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo investigar os conceitos e abordagens que fundamentam o Programa Nacional de Imunização (PNI) para estabelecer relação com os modelos de desenvolvimento econômico adotados no Brasil, especificamente o segundo mandato de FHC (1999-2002) e primeiro mandato de Lula (2003-2006). Neste passo, buscou-se investigar se as ações empreendidas pelos governos tidos como neodesenvolvimentistas colaboraram com a cobertura vacinal do PNI.

O PNI como política pública de saúde vinculada ao SUS tem reconhecimento técnico, social, político e econômico, os resultados apresentados no período analisado que ambos os governos neodesenvolvimentistas desenvolveram ações que contribuíram para a ampliação da cobertura vacinal.

Neste passo, observou-se que entre 1999 e 2006 os governantes mantiveram o PNI e agregando novos imunizantes para ampliação da cobertura vacinal nas cinco regiões geográficas do país. Sendo que nas regiões Centro-oeste e Norte foram registrados percentuais acima de 80% e 90% de cobertura vacinal.

Finalmente, com base nos fundamentos do neodesenvolvimentismo: redução da desigualdade, implementação de políticas públicas baseadas nos aspectos econômicos, sociais e políticos, tem-se que a relação do PNI com este modelo econômico contribuiu para manter a erradicação de doenças diante do resultado da cobertura vacinal.

## AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

## REFERÊNCIAS

AROUCA, A. S. da S. *O dilema preventivista contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Disponível em: <[http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/o\\_dilema\\_preventivista.pdf](http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/o_dilema_preventivista.pdf)>. Acesso em: 26 abr. 2022.

BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 26 abr. 2022.

BRASIL. *Lei nº 8.080/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 10 maio. 2022.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 29/2000*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm)>. Acesso em: 6 jun. 2022.

BRASIL. *SUS: 27 anos transformando a história da saúde no Brasil | Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais*. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/cidadao/banco-de-noticias/story/7152-sus-27-anos-transformando-a-historia-da-saude-no-brasil>>. Acesso em: 29 abr. 2022.

BRASIL. *Programa Nacional de Imunizações*. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-nacional-de-imunizacoes-vacinacao/programa-nacional-de-imunizacoes-vacinacao>>. Acesso em: 26 abr. 2022a.

BRASIL. *Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização*. Disponível em: <<http://pni.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 6 jun. 2022b.

BRASIL. *Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações*. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd\\_pni/cpnibr.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def)>. Acesso em: 6 jun. 2022c.

BRESSER-PEREIRA, L. C. *Reflexões sobre o Novo Desenvolvimentismo e o Desenvolvimentismo Clássico*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/rep/a/VbnpbwkmbRJCRVCr75zM8hc/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 28 maio. 2022.

DOIMO, A. M.; RODRIGUES, M. M. A. *A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal da atuação política*. Disponível em: <[https://nupps.usp.br/images/artigos\\_temp/marta\\_clade2003.pdf](https://nupps.usp.br/images/artigos_temp/marta_clade2003.pdf)>. Acesso em: 26 abr. 2022.

DOWBOR, M. Sergio Arouca, construtor de instituições e inovador democrático. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/g4NxxwKjr9F7LKDDTR697xqL/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2022.

FONSECA, P. C. D.; CUNHA, A. M.; BICHARA, J. da S. O Brasil na Era Lula: retorno ao desenvolvimentismo? *Nova Economia*, v. 23, p. 403–428, ago. 2013.

IPEA. *Capacidades Estatais e Democracia*. Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=22066&catid=342](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=22066&catid=342)>. Acesso em: 30 maio. 2022.

KINGDON, J. W. *Juntando as coisas*. In: Saravia, Enrique e Ferrarezi, Elisabete (org.). *Políticas públicas: coletânea*. Disponível em: <[https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2914/1/160425\\_coletanea\\_pp\\_v1.pdf](https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2914/1/160425_coletanea_pp_v1.pdf)>. Acesso em: 29 abr. 2022.

KOIFMAN, L. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/livro/saude-e-democracia-historia-e-perspectivas-do-sus>>. Acesso em: 6 jun. 2022.

LINDBLOM, C. *Still Muddling, Not Yet Through*. *Public Administration Review*, 39 (6), Nov-Dec, pp. 517-526. (Versão em Português): Heidemann, F. G.; Salm, J. F. (2010). *Políticas Públicas e Desenvolvimento. Muddling Through 1: a ubiqüidade da decisão incremental*. Disponível em: <[https://perguntasapo.files.wordpress.com/2012/02/lindblom\\_1959\\_1979\\_portuguc3aas.pdf](https://perguntasapo.files.wordpress.com/2012/02/lindblom_1959_1979_portuguc3aas.pdf)>. Acesso em: 27 abr. 2022.

LOWI, T. J. Four Systems of Policy, Politics, and Choice. *Public Administration Review*, v. 32, n. 4, p. 298–310, 1972.

MARQUES, E. C. *Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos*. Disponível em: <<https://bibanpocs.emnuvens.com.br/revista/article/view/184/178>>.

Acesso em: 27 abr. 2022.

SOUZA, C. *Políticas públicas: uma revisão da literatura*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?for>>. Acesso em: 29 abr. 2022.

TEIXEIRA, R. A.; PINTO, E. C. *A economia política dos governos FHC, Lula e Dilma: dominância financeira, bloco no poder e desenvolvimento econômico*. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ecos/a/WRPZxp3LrymkXcqsR6gmNXD/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 31 maio. 2022.

TEMPORÃO, J. G. *O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento*. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702003000500008&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000500008&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 17 abr. 2022.