

PODER PÚBLICO NAS CAMPANHAS DE VACINAÇÃO EM MASSA NO BRASIL¹

THE PUBLIC POWER IN THE VACCINATION MASS CAMPAIGNS IN THE BRAZIL

Maria Rita de Almeida Garcia*
Enezila de Lima[#]

RESUMO

O pleno exercício da cidadania assegura, a saúde como direito de todos e um dever do Estado – que, necessariamente envolve a formação de uma consciência sanitária e a participação popular, evidencia a amplitude conceitual da saúde que, de um conceito exclusivamente biológico, passa a se revestir de conotações do campo político dos direitos, e histórico – da construção desses direitos. Tendo esse fio condutor como horizonte, as reflexões deste estudo pautaram-se nos encaminhamentos das Campanhas de Vacinação em Massa com destaque para a importância da politização do espaço de trabalho como uma necessidade de se retomar os compromissos com os princípios da Reforma Sanitária: -eqüidade, universalidade e participação popular.

Palavras-chave: Poder. Campanhas de vacinação. Participação popular. Construção dos direitos.

INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988, além de ampliar o conceito de saúde, tomando-o como “resultante das condições de alimentação, vestuário, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”, situa a participação popular como um instrumento necessário à formação de uma consciência sanitária. Em outras palavras, a saúde como “... resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades de nível de vida”. (BRASIL, 1986, p.4).

Essa amplitude de conceituação abre espaço para se introduzir o componente cultural, com destaque para o conceito de saúde-doença, já que os conceitos acima referidos estão intimamente ligados ao universo sociocultural, este, por sua vez, produto do acesso aos bens

culturais, ou seja, à participação na renda nacional.

Tendo em vista essa ampla conceituação de saúde, o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde tomou cuidado em esclarecer, que a “Saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistado pela população em suas lutas cotidianas.” (BRASIL, 1986, p.4).

A partir dessa perspectiva e tendo-se em vista que a saúde não é um conceito pronto, simplesmente porque está expresso na Constituição, mas que deve ser construído – consciência sanitária – é evidente que qualquer intervenção no universo social e cultural deve respeitar, por um lado, os valores e os comportamentos da população e, por outro, os direitos dessa mesma população.

No que diz respeito ao processo de construção dos direitos de saúde, dois aspectos

¹ Esse texto faz parte da Dissertação de Mestrado “Campanha de vacinação seletiva contra o sarampo em abril de 1992 no município de Maringá – PR: uma reflexão” apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Londrina, em março de 1996

* Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva. Docente da disciplina de Introdução à Saúde Pública do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, desde agosto de 1985.

[#] Orientadora. Doutora em História. Professora da Universidade Estadual de Londrina.

merecem destaque. O primeiro deles remete à formação de uma consciência sanitária, entendida aqui como “a tomada de consciência de que a saúde é um direito das pessoas e um interesse da comunidade” ; o segundo aspecto, intimamente vinculado ao primeiro, situa a participação popular como condição necessária para se garantir o acesso à saúde por parte de todos (BERLINGUER, 1978, p.5).

Dentro das preocupações deste estudo, a questão da participação popular ganha destaque por tratar-se de um direito assegurado pela Constituição Brasileira, tornando-se, em razão disso, uma das principais diretrizes do sistema atual de saúde.

No sentido do estudo aqui desenvolvido – campanha de vacinação – destaca-se a intervenção da Fundação Nacional da Saúde que, desde 1973, por meio da institucionalização do Programa Nacional de Imunização (PNI), vem desenvolvendo ações com vistas a reduzir drasticamente a prevalência de doenças infecto-contagiosas, como o tétano, a coqueluche, a difteria, a poliomielite e o sarampo, com competência exemplar. (DANIEL-RIBEIRO, 1995). Ou seja, a intervenção da Fundação Nacional de Saúde no seio do universo sociocultural da população se faz no sentido de buscar a formação de uma consciência da necessidade da prevenção a doenças infecto-contagiosas.

Com a descoberta da microbiologia foi possível desenvolver o conceito de erradicação de doenças infecciosas, em virtude de se poderem identificar os agentes etiológicos específicos de cada enfermidade e os métodos para sua prevenção.

A emergência da bacteriologia permitiu, a partir do século XIX, que os programas de saúde pública pudessem ser efetivados sem considerar a relação entre doença e condições sociais, evitando considerações sobre política social.

As campanhas de vacinação surgiram em fins do século XIX e início do XX, período em que as epidemias estavam dizimando os trabalhadores empenhados na extração de látex e de minérios, fato que dificultava a expansão do imperialismo das potências européias e norte-americanas nos países do Terceiro Mundo.

As dificuldades encontradas pelo imperialismo nas áreas a serem “conquistadas”

para o capital, revelaram a necessidade de estudos sobre as moléstias tropicais. Essas pesquisas adotaram um modelo universal, voltado à erradicação de moléstias, com a crença de que o desenvolvimento científico e epidemiológico traria os instrumentos necessários ao controle e erradicação dessas doenças.

Assim, até os anos 40, vários projetos financiados por fundações americanas, em especial a Fundação Rockfeller, desenvolveram-se no sentido de erradicar doenças como a febre amarela e a malária

Após a Primeira Guerra Mundial, surgiram os conceitos, de contenção e vigilância, de inspiração militar. A saúde pública passou a adotar a visão do “inimigo” e de sua “contenção”, o que é possível perceber bem nos programas de erradicação da malária, no Brasil. Criam-se instituições militarizadas de combate às doenças endêmicas (inimigo) que eram uma ameaça aos ambientes urbanos capitalistas e às regiões produtoras de espécies a serem exploradas pelo capital, ou seja, que ameaçavam a expansão imperialista. Surgiram programas de vacinação e as campanhas sanitárias – sanitarianismo camponês – de combate etiológico aos vetores das doenças.

Em fins dos anos 60 e início dos anos 70, a noção de contenção foi substituída pelo conceito de “vigilância epidemiológica”, que significa uma luta constante e o desencadeamento de ações de controle imediatas a fim de circunscrever o problema em sua fase inicial. A expansão do capitalismo financeiro, acompanhada de alteração na estrutura social dos países não desenvolvidos ou subdesenvolvidos nos anos 70, devido ao elevado confisco dos salários dos trabalhadores, possibilitou o ressurgimento de problemas, que se consideravam controlados. Incluem-se nesse rol as recentes epidemias de malária, febre amarela, cólera, dengue, além de outras tão problemáticas quanto – tuberculose, ancilostomose, hanseníase, lepra – em especial na América Latina.

Como já salientado, com a implantação, em 1964, do modelo econômico oligopolístico, privilegiando o capital multinacional, acompanhada da centralização dos serviços de saúde dicotomizados em medicina sanitária – de

alcance coletivo, com ênfase ao controle de doenças transmissíveis e vigilância sanitária e epidemiológica – e medicina previdenciária – voltada aos trabalhadores urbano-industriais, o país chegou a tal nível de deterioração das condições de vida e de saúde da população, que medidas enérgicas, para diminuir a exclusão da maior parte da população, foram tomadas.

Como bem definiu Luz (1991), a universalização da Previdência reorganizou as características do sanitarismo campanhista e do modelo curativo da atenção médica previdenciária implantada pelo populismo. No entanto, como o governo nada tinha de populista, mas de autoritário, e o modelo implantado objetivava centralizar a arrecadação previdenciária, para aplicar em programas que auxiliassem a concentração da riqueza, foram descuidadas as medidas preventivas, o que, associado às precárias condições de vida da população, impuseram um quadro de saúde que passou a ameaçar a manutenção e a reprodução da força de trabalho.

A Investigação Interamericana, realizada entre 1968-72, já havia demonstrado os elevados índices de mortalidade infantil no país, resultantes da má distribuição da renda e, como conseqüência, da desnutrição, da falta de habitação, da precariedade de transportes coletivos e de energia e da falta de medidas preventivas, entre as quais o saneamento básico, o que levou o governo a desenvolver campanhas de vacinação, nos moldes sanitaristas, isto é, estruturadas por órgãos do Ministério da Saúde, para serem executadas pelos estados e municípios. No entanto, a execução dessas campanhas esbarrou, de início, nas dificuldades apresentadas pelos estados e municípios, que tinham sido afastados da condição de gestores da saúde. Acresce, ainda, que o modelo econômico ampliou as desigualdades regionais, o que, associado ao sucateamento das Secretárias de Saúde dos Estados, dificultou a efetivação das medidas. O tempo e os recursos empregados nas campanhas é o retrato do descaso pelo atendimento à saúde da população.

Reverter o quadro em pouco tempo é o preço que a sociedade, mais uma vez, paga pelo descaso com que o regime militar, que geriu os destinos do país, impôs à população brasileira.

É dentro da peculiaridade de tentar reduzir os índices de morbidade e letalidade de doenças infecciosas que, como já apresentado, têm dizimado milhares de crianças, que se entende a importância das campanhas de vacinação. Não se quer, com isso, afirmar que as campanhas, de origem autoritária e que ainda hoje, pela forma como são estruturadas, mantêm esse caráter, se resumem na forma mais adequada de prevenção, mas que, dentro da atual realidade nacional, elas são uma necessidade. Também não se quer descartar a importância da vacina de rotina, na efetivação das coberturas necessárias para controlar as doenças. No entanto, à medida que a grande maioria da população brasileira tem um frágil acesso aos bens culturais, há que se entender que a rotina não tem dado conta de manter as coberturas, sendo as campanhas uma possibilidade de, em um período curto de tempo, realizar aquilo que não se consegue em alguns anos.

Deve ser ressaltado, em termos de vacinação, que o PNI, - e com ele o governo - tornou-se o maior formador de opinião, através das diferentes campanhas que conduz e divulga, com êxito, utilizando-se da mídia e artistas populares como mecanismos de persuasão. É evidente que nem tudo o que é divulgado em termos do Ministério da Saúde deve ser considerado de bom nível e de bom gosto, no entanto, em se tratando das campanhas de vacinação, a forma de envolver o público tem sido eficiente. A partir desse ângulo de visão, qualquer procedimento vacinal, que não seja objeto destas campanhas dificilmente fará parte do universo público da vacina. Não se pode esquecer que foi através de campanhas que o Brasil recebeu da OPAS (Organização Panamericana de Saúde) o certificado de erradicação da poliomielite.

Assim, um estudo que privilegie a vacina não pode ficar restrito a uma análise dos padrões de incidência e notificação - dados quantitativos - mas deve ressaltar, também, os valores socioculturais incorporados ao longo da construção da vacina. Se a cultura popular, do período de transição do Império para a República, considerava a vacina como um mecanismo de repressão, entre outros motivos, porque duvidava de sua eficácia, razão pela qual a obrigatoriedade não

funcionava, salvo quando da sua imposição por meio de força policial, contemporaneamente a vacina passou a ser vista pela grande maioria da população como um direito. Com essa preocupação, verifica-se que condições válidas em uma realidade não o são em outras, motivo pelo qual não se transpõem análises técnicas a universos socioculturais, como também não se pode transferir estratégias de vacinação que foram um sucesso em uma região, para outra, sem se avaliar o impacto cultural sobre a sua população. Nessa mesma linha, não se muda uma estratégia de vacinação amplamente divulgada, por outra, sem que a população tenha sido seguidamente notificada.

As diferenças no acesso aos bens culturais numa mesma realidade devem ser observadas. O fato de o Brasil apresentar uma alta concentração da renda, onde

[...] 20% da população mais rica concentra aproximadamente 68% do total da renda – ao lado de aproximadamente 32 milhões de mal-nutridos, dos quais dois milhões são famintos, entre os 20 milhões que vivem abaixo da situação de miséria e 28 milhões de analfabetos, ao lado de mais ou menos 10 mil menores vivendo abandonados pelas ruas. (Daniel-Ribeiro, 1995, p.138).

Esse contingente de excluídos representa, aproximadamente 25 a 30% da população brasileira, com reduzido acesso aos bens culturais do país. Se considerar por alfabetizado o indivíduo que sabe ler, interpretar o que lê e escrever o que entende dessa leitura, esse contingente será muito maior.

Disso se deduz que a tão necessária formação de uma consciência sanitária, entendida como “a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um interesse da comunidade”, situa a participação popular como instrumento fundamental nesse processo de construção e exige mudanças comportamentais de todos os envolvidos com os serviços de saúde, o que inclui não apenas os profissionais de saúde, mas, necessariamente os usuários desses serviços.

Estes dados remetem à necessidade da formação de uma consciência

sanitária/participativa por parte da população, relação que, se por um lado, se efetiva no cotidiano das práticas curativas, por outro, representa um espaço de luta, um espaço de exercício de poder; poder aqui entendido como uma prática social e não como algo fora das relações sociais cotidianas das pessoas, como bem esclarece Michel Foucault (1979).

A formação de uma consciência sanitária, muito embora remeta a uma esfera subjetiva, se constrói por meio de experiências diárias, mas também se aproveita de experiências que ocorrem em espaços que não o do dia-a-dia do trabalho. Assim, as relações dos profissionais de saúde com os usuários desses serviços, nas diferentes situações, não se reduzem a uma relação meramente técnico-assistencial, mas estão envoltas em um espaço onde a dimensão política se faz presente.

Caberá a cada realidade, segundo a democratização dos espaços de poder, construir um serviço de saúde descentralizado e eficiente. A participação popular nesse processo, além de fundamental para a elaboração dos planos municipais e regionais de saúde, poderá propiciar aquela tão desejada proximidade para se conhecer o outro, normalmente visto apenas como o excluído, o faltoso ou o não esclarecido.

Enquanto continuarmos falando do outro a partir de sua própria negação - os que não - dificilmente poder-se-á falar em democratização, em descentralização de responsabilidades, em formação de uma consciência sanitária, em valores culturais, pois esses conceitos exigem, antes de tudo, a inclusão. Ao lado dessas questões, coloca-se como prioritária a democratização dos espaços marcados por relações de poder, o que, naturalmente conduzirá à busca coletiva de solução dos problemas e à formação de uma consciência democrática, como a única forma de aprender e crescer em conjunto.

De par com essa democratização ocorrerá a politização dos espaços de trabalho, sendo esta a condição básica para que os comportamentos individualizados e personalistas não se imponham, acarretando sérios desvios ao sistema de saúde, que se quer democrático, portanto universal e igualitário.

É nesse sentido que se destacou, na introdução deste estudo que se saúde é um

direito do cidadão, esse é um conceito que não está pronto, mas em construção, construção essa que exige a participação de todos, inclusive dos usuários desses serviços.

THE PUBLIC POWER IN THE VACCINATION MASS CAMPAIGNS IN THE BRAZIL

ABSTRACT

The full exercise of citizenship assures the health as a right of all and an obligation of the State, that, it necessarily involves the formation of a sanitary conscience and requires people participation, it evidences the conceptual width of the health that, of a concept exclusively biological, it passes, if it involves connotations of the political field, of the human rights, and historically, of the construction of those rights. Having that conductive thread as horizon, the reflexions of this study were ruled in the directions of the Campaigns of Vaccination in Mass with prominence for the importance of the politicization of the work space as a need of retaking the commitments with the principles of the Sanitary Reform: Justness; Universality and People Participation.

Key words: Power. Vaccination campaigns. People participation. Construction of human rights.

REFERÊNCIAS

- BERLINGUER, G. **Medicina e política**. São Paulo: HUCITEC, 1978.
- BRASIL (Governo). Ministério da Saúde: Ministério da Previdência e Assistência Social. 8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final. Brasília, DF, 17-21 de março de 1986.
- DANIEL-RIBEIRO, C. T. Vacinas: negócios de Estado? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.137-141, jan./mar. 1995.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- GARCIA, M. R de A. **Campanha de vacinação seletiva contra o sarampo em abril de 1992 no município de Maringá - PR: uma reflexão**. 1996. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Departamento Materno Infantil e Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 1996.
- LUZ, Madel, M. T. Notas sobre políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" anos 80. **Physis - Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: Universidade Federal: Relume-Dumará, v.1, n.1,

Endereço para correspondência: Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem. Av. Colombo, 5790, 87020-900, Maringá, Paraná