

“Eu não preciso de vacinas”: raça, classe e território como posições decisórias para saúde coletiva

“I don’t need vaccines”: race, class and territory as decision-making positions for collective health

“Yo no necesito vacunas”: raza, clase y territorio como posiciones de decisión para la salud colectiva

Tatiana Minchoni^(a)

<tatiana.minchoni@ufsc.br> 

Lia Vainer Schucman^(b)

<lia.vainer@ufsc.br> 

^(a,b)Departamento de Psicologia,
Centro de Filosofia e Ciências
Humanas, Universidade
Federal de Santa Catarina.
Campus universitário
Trindade, Florianópolis, SC,
Brasil. 88040-970.

O tema da vacinação adquiriu grande importância desde que foi inserido em uma das principais arenas de disputa política no contexto brasileiro, a partir do momento em que a vacina e a imunização contra a Covid-19 entraram em circulação no terreno nacional e em que as posições e valores sobre ciência, vacina e saúde se transformaram em posições do espectro político ideológico nacional. Tal disputa provocou uma tragédia sanitária e humana na sociedade brasileira, já que aderir à campanha de vacinação adquiriu significados e sentidos bastante distintos, dependendo do campo político ideológico que cada pessoa se identifica.

Tendo isso em perspectiva, o convite a debater o artigo intitulado “‘Eu vivo num mundo muito burguês, não moro na periferia’: não vacinação infantil e a intersecção entre raça, classe e gênero”¹ abre espaço para abordarmos a segregação socioespacial e racial que subjaz às relações intergrupais debatidas acerca da não vacinação infantil na cidade Florianópolis, SC.

Em que pese Florianópolis apresentar um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) alto, a cidade foi forjada sob o mecanismo sociometabólico do capital, assim como outras cidades do Sul Global. Ou seja, sua estruturação e funcionamento ocorrem sob a lógica da cidade-mercadoria, em que cada pedaço de chão tem seu valor². Milton Santos, por sua vez,



destaca que o valor da pessoa também é variável de acordo com sua localização no território: “[...] pessoas com as mesmas virtualidades, a mesma formação, até mesmo o mesmo salário têm valor diferente segundo o lugar em que vivem”³ (p. 107).

Nosso Sistema Único de Saúde (SUS) reconhece tais diferenciações, uma vez que preza por uma abordagem territorial dos determinantes sociais da saúde. Entretanto, o que as autoras debatem, utilizando a ferramenta analítica da interseccionalidade ao avesso, é como os privilégios simbólicos e materiais historicamente herdados por determinados grupos sociais possibilitam uma percepção de si e do grupo do qual fazem parte como “mais limpos”, “mais saudáveis”, “com famílias estruturadas”, “com maior poder de decisão”. Como destacado por Matos et al.¹, “raça e espacialidade surgem como importantes marcadores na percepção de quem são os ‘nós’ que não precisam das vacinas e os ‘outros’ que precisam” (p. 1).

Para além das constatações apresentadas no artigo, chamamos atenção para o conflito individual *versus* coletivo e os rebatimentos que dele advém. A vacinação, além de ser um método de prevenção de doenças evitáveis, é um pacto social de saúde coletiva, enquanto a hesitação vacinal, ainda que seja multifatorial, acontece no âmbito individual/familiar privado. Acompanhamos a análise de que a decisão de não vacinar está social e espacialmente situada.

No entanto, ainda que as decisões sobre não vacinar apareçam como individuais, o fundamento está nas relações intergrupais, as quais aparecem nas análises como conflitos intergrupais sedimentados em desigualdade social, racial e espacial. A oposição “nós” (endogrupo) e “eles” (exogrupo) advém da sensação de pertencimento a um grupo, e os valores associados dessa pertença, em oposição ao outro grupo. Tajfel⁴ discutiu esse pertencimento como parte constitutiva da identidade social, ou seja, como a parcela do autoconceito derivada da pertença a um grupo(s), mesclado ao significado emocional e avaliativo do valor de pertença.

Isso leva a diversas categorizações sociais, como perceber o “nós” como heterogêneo e perceber o “eles” como homogêneo; e superestimar características positivas do endogrupo e as características negativas do exogrupo, que pode chegar a um processo de despersonalização e desumanização de pessoas do outro grupo. Esse tipo de categorização, que se fundamenta em estereótipos, são a base para o preconceito e relações discriminatórias.

É o que vemos nos trechos de discurso analisados em que há uma oposição ao “eles”; aqueles que estão situados social e espacialmente em periferias e favelas, portanto, são estereotipados como crianças mal alimentadas, mais suscetíveis a doenças, de famílias desestruturadas, que desconhecem a medicina preventiva e que a mãe não dá amparo.

Nota-se, aqui, a reverberação dos discursos e práticas do racismo científico, forjados no movimento higienista das elites, amplamente pulverizados no tecido social brasileiro. O fundamento de tais afirmações está ancorado na intenção de saneamento moral de famílias pobres, cuja degradação moral, degenerescências e vícios poderiam ser transmitidos de geração em geração e, portanto, conferem a elas o atributo da periculosidade. Com base em tais argumentações, uma série de medidas incisivas foram perpetuadas contra populações pobres, como práticas correccionais e, inclusive,



a segregação socioespacial destas em determinados territórios (periferias, morros e favelas), pois acreditava-se que a degradação moral era uma epidemia que colocava em risco toda a sociedade. Vale salientar que tais territórios seguem criminalizados e são cotidianamente alvo de intervenção policial violenta⁵.

Ora, mas do que falam as pessoas entrevistadas se não de uma periculosidade de crianças que vivem em periferias e favelas e que podem ameaçar suas crianças brancas e límpidas, ao conviverem juntas em uma escola pública, por exemplo?

A questão é que tais famílias, ao realizarem escolhas puramente individuais de não vacinar suas crianças, transgridem o pacto social de saúde coletiva e, conseqüentemente, direcionam o vetor de infecção (que pode levar à morte) para aquelas pessoas consideradas outras – as que vivem em periferias, morros e favelas. Não podemos esquecer que a primeira vítima fatal de Covid-19 no Brasil, anunciada em março do ano de 2020, foi de uma trabalhadora doméstica, contaminada por sua patroa que residia em um bairro nobre e que havia chegado recentemente da Itália, epicentro da pandemia no mundo naquele momento.

O que fica evidente também na escolha destas famílias ao optarem por não vacinar suas crianças é que estas sabem que estão localizadas em posições de vantagem na estrutura social e racial e, portanto, também se percebem como privilegiadas no que se refere à ideia de saúde “[...] como a manifestação corporal do conjunto das condições sociais de existência dos sujeitos [...]”⁶ (p. 59). Assim, a lógica individual que permite que essas mulheres e homens brancos escolham não vacinar suas crianças está também amparada pela estrutura social de desigualdades, ou seja, sabem que a necessidade do cartão de vacina na escola não é para elas, que o Conselho Tutelar não irá em suas casas acusá-las de negligência e que todo aparato de Estado que produz vigilância sobre os corpos não as atinge.

Nesse sentido, só é possível pensar as decisões individuais dos sujeitos apresentados no texto sobre a não vacinação de suas crianças dentro da lógica estrutural, que se dá na articulação entre os eixos micropolíticos e macropolíticos do racismo e do classicismo, como nos apresenta a mãe F-H-3: “criança não morre de H1N1, quase nenhuma, ainda mais de classe média alta com plano de saúde privado” (p. 8)¹. Essa lógica é amplamente banalizada na estrutura social brasileira, na qual o público é visto como um dever para o pobre, sob o qual este é amplamente julgado caso opte por romper com o pacto, e o privado, bem como a “liberdade de escolha individual”, é opção para ricos, que na saúde se manifesta na contradição entre SUS versus saúde suplementar.

Essas disparidades, que aparecem no campo individual, devem ser compreendidas a partir de uma análise ampla do tecido e dos laços sociais brasileiros. Esse fenômeno é, portanto, resultado objetivo da distribuição desigual que opera sob os marcadores de classe, raça, espacialidade e sua separação entre público e privado, dado o fato que doenças epidemiológicas exigem a pactuação de diferentes atores sociais: indivíduos, municípios e estados, articulados entre diferentes setores da sociedade. Assim, a opção por não vacinar é o ápice que evidencia a lógica da branquitude: as decisões são tomadas em benefício de seu próprio grupo racial e da sua manutenção sistemática em espaços materiais e simbólicos de vantagem e poder.



Contribuição das autoras

Ambas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Conflito de interesse

A autora não tem conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editor de debates

Helvo Slomp Junior

Submetido em

06/05/24

Aprovado em

16/06/24



Referências

1. Matos CCSA, Tavares JSC, Couto MT. "Eu vivo num mundo muito burguês, não moro na periferia": não vacinação infantil e a intersecção entre raça, classe e gênero. *Interface (Botucatu)*. 2024; 28. doi: 10.1590/interface.230492.
2. Maricato E. *Para entender a crise urbana*. São Paulo: Expressão Popular; 2015.
3. Santos M. *O espaço do cidadão*. 7a ed. São Paulo: Edusp; 2020.
4. Tajfel H. *Grupos humanos e categorias sociais*. Lisboa: Livros Horizonte; 1981.
5. Coimbra CMB. Direitos humanos e criminalização da pobreza. In: *Anais do 1o Seminário Internacional de Direitos Humanos, Violência e Pobreza: situação de crianças e adolescentes na América Latina hoje*; 2006; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2006. p. 1-13.
6. Gonçalves MM. *Raça, racismo e saúde: políticas do negativo [tese]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2023.