



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

CAMILO DARSIE DE SOUZA



**EDUCAÇÃO, GEOGRAFIA E SAÚDE: GEOBIOPOLÍTICAS NOS
DISCURSOS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E A
PRODUÇÃO DA MUNDIALIDADE PELO CONTROLE E
PREVENÇÃO DE DOENÇAS.**



Porto Alegre
2014

CAMILO DARSIE DE SOUZA

**EDUCAÇÃO, GEOGRAFIA E SAÚDE: GEOBIOPOLÍTICAS NOS
DISCURSOS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E A
PRODUÇÃO DA MUNDIALIDADE PELO CONTROLE E
PREVENÇÃO DE DOENÇAS.**

Tese apresentada no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Educação.

Linha de Pesquisa: Estudos Culturais em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Luís Henrique Sacchi dos Santos

Porto Alegre
2014

CIP - Catalogação na Publicação

Darsie de Souza, Camilo

Educação, Geografia e Saúde: geobiopolíticas nos discursos da Organização Mundial da Saúde e a produção da mundialidade pelo controle e prevenção de doenças.

/ Camilo Darsie de Souza. -- 2014.

234 f.

Orientador: Luís Henrique Sacchi dos Santos.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Espaço. 2. Espacialidade. 3. Geopolítica. 4. Biopolítica. 5. Epidemias. I. Sacchi dos Santos, Luís Henrique, orient. II. Título.

CAMILO DARSIE DE SOUZA

EDUCAÇÃO, GEOGRAFIA E SAÚDE: GEOBIOPOLÍTICAS NOS DISCURSOS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E A PRODUÇÃO DA MUNDIALIDADE PELO CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.

Tese apresentada no Programa de Pós-Graduação em Educação como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Educação.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Luís Henrique Sacchi dos Santos
Presidente da Banca – Orientador
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Lúcia Castagna Wortmann
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Cláudia Luísa Zeferino Pires
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Daniela Ripoll
Universidade Luterana do Brasil

Porto Alegre
2014

AGRADECIMENTOS

“‘Nessa direção’, disse o Gato, girando a pata direita, ‘mora um Chapeleiro’.
‘E nessa direção’, apontando com a pata esquerda, ‘mora uma Lebre de Março. Visite quem você quiser, são ambos loucos.’
‘Mas eu não ando com loucos’, observou Alice.
‘Oh, você não tem como evitar’, disse o Gato, ‘somos todos loucos por aqui. Eu sou louco. Você é louca’.
‘Como é que você sabe que eu sou louca?’, disse Alice.
‘Você deve ser’, disse o Gato, ‘Senão não teria vindo para cá.’”

Lewis Carroll, Alice no País das Maravilhas, 2002, s/n.

Meu orientador, Luís Henrique, tem por costume dizer que a escrita é um exercício solitário, a partir do qual nossas dúvidas, suposições e argumentos passam a fazer sentido. Admito que ele está certíssimo, pois foram diversas manhãs, tardes, noites, madrugadas, sábados, domingos e feriados em que fiquei sozinho, sentado em frente ao computador, aos textos que li e aos materiais que me propus a analisar com o intuito de encontrar combinações, criar arranjos e constituir argumentos que me ajudassem a encontrar ‘os’ sentidos desta pesquisa. Considerando o tema com o qual trabalhei, permito-me dizer que essa experiência fez com que eu tenha sido apartado de algumas transformações espaciais, produzidas por pessoas com as quais gostaria de ter estado junto, em situações que não voltarão a acontecer. Porém, conforme me avisaram, em algum momento, ‘isso faz parte do processo’ e, portanto, não me arrependo de ter feito as escolhas que fiz.

Entretanto, no que se refere a essa dinâmica de afastamento, existe um alento, pois em outras ocasiões, no decorrer dos 5 anos em que estive envolvido com esta tese e com as demais atividades acadêmicas que lhe envolveram, inúmeras palavras e gestos de apoio tornaram minha caminhada mais feliz, produtiva e, no limite, suportável. Foram essas palavras e gestos que me levaram a conhecer e a admirar novas pessoas – novos amigos – e a reforçar meus sentimentos por outras, as quais, já me eram queridas. Em razão disso, aproveito este momento para agradecer aos ‘loucos’ e às ‘loucas’ – como disse o gato de Cheshire – que de alguma forma ‘escreveram’ este trabalho comigo. Espero – sinceramente – conseguir ser justo em minhas palavras e no que se refere aos nomes que citarei, pois precisei escolher apenas alguns daqueles inúmeros professores, colegas e amigos que estiveram próximos a mim no decorrer desta empreitada. De outra maneira, faltariam páginas para agradecer a todos que mereceriam ser citados.

Entretanto, antes de citar algumas das pessoas que me são caras, inicio agradecendo às instituições que, de alguma maneira, me acolheram durante o período de elaboração da pesquisa. Em primeiro lugar, agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde iniciei e concluí este trabalho, as aulas, as atividades e as discussões que me foram oportunizadas por meio dela. Agradeço à Universidade de Minnesota, onde fiz parte de meu doutoramento, o acolhimento, as oportunidades, os desafios e as experiências que me foram oferecidas. Agradeço ao EducaSaúde – nosso querido ‘Educa’ – o apoio e a confiança, por parte da equipe, em momentos cruciais. Além dessas, agradeço ao Programa de Pós-graduação da Universidade Luterana do Brasil, pois, por meio dele, pude iniciar minha trajetória em nível de pós-graduação, bem como trabalhar e conviver com questões e com pessoas que me são importantes, tendo em vista as atividades que desempenhei na secretaria do Seminário Brasileiro de Estudos Culturais em Educação.

Agradeço ao meu orientador, Luís Henrique Sacchi dos Santos, por ter me acompanhado desde o tempo em que escrevi minha dissertação de mestrado. Passamos por diversas situações que envolveram dinâmicas mais calmas, mais agitadas, mais presentes e mais ausentes, contudo, suas orientações, observações e conselhos sempre foram de grande importância para a minha constituição enquanto

sujeito pesquisador. Agradeço a ele por ter sido um importante modelo de profissional e de pesquisador, pois sempre se mostrou interessado em promover discussões pertinentes em suas aulas e nos encontros do grupo de orientação. Agradeço os novos e instigantes textos que disponibilizou, os quais, colaboraram – e colaboram – com minhas investidas acadêmicas e profissionais. Agradeço o apoio, mesmo de longe, quando estive afastado em função de meu doutorado sanduíche, pois, todos os dias, eu aguardava pelo momento de ‘jogarmos conversa fora’ por meio de ferramentas digitais. Enfim, agradeço por tudo que vivemos durante os 7 anos em que trabalhamos juntos.

Agradeço àquele que pode ser chamado de meu co-orientador, Bruce Braun, a recepção nos Estados Unidos, as frequentes reuniões – mesmo que, algumas vezes, elas tenham acontecido à noite, nas bibliotecas da Universidade, sob 27 graus negativos de temperatura. Agradeço as oportunidades de docência e, principalmente, cada *terrific* que disse durante nossas conversas ou após fazer a leitura de meus trabalhos. Uma palavra simples que, muitas vezes, me garantiu certo sentimento de segurança em ocasiões nas quais me sentia como um ‘estrangeiro assustado’.

Agradeço aos membros da banca examinadora a disposição e a paciência em ler este trabalho e as importantes sugestões que me ofereceram. Agradeço à Professora Rosangela Soares e ao Professor Wenceslao de Oliveira as sugestões lançadas no que se refere ao projeto que antecedeu esta pesquisa. Agradeço à Professora Claudia Pires tudo aquilo que aprendi com ela desde os tempos de minha graduação. Agradeço à Professora Daniela Ripoll por ser minha ‘madrinha de bancas’, pois, desde o mestrado, ela me apoia nesses momentos. Ainda, agradeço os conselhos e os sorrisos que sempre me direcionou. Agradeço ao Professor Ricardo Ceccim as oportunidades e aprendizagens que me garantiu, o fato de ser um bom exemplo de pessoa e de profissional e, especialmente, a maneira gentil como sempre me tratou, sobretudo, na hora de criticar aquilo que precisava ser criticado. Agradeço à Professora Maria Lúcia Wortmann por ser uma inspiração.

Agradeço às minhas amigas, Alana Gonçalves e Zenilda Cardoso, o acompanhamento tão próximo e atento, nos momentos mais fáceis e naqueles mais difíceis, no Brasil e fora dele, nas salas de aula e nos bares da Universidade, ao vivo e online. Agradeço os sequestros nas horas de almoço, sobretudo, nos últimos tempos,

pois foram fundamentais para que eu, literalmente, não ‘desaparecesse do mapa’ e, ainda, para que eu cortasse a barba. Enfim, agradeço os laços de amizade que estabelecemos desde minha entrada na Faculdade de Educação.

Agradeço à Vera Somavilla a amizade que construímos, o apoio em Santa Cruz do Sul, as caronas, os ‘serviços de hotelaria’, as palavras de incentivo e os incontáveis cafés que tomamos no ‘Centro de Convivência’ da Unisc.

Agradeço à Circe Jandrey, à Leticia Prezzi e ao Jonathan do Amaral as palavras de apoio e a maneira comprometida pela qual sempre leram meus textos, mesmo aqueles mais confusos. Agradeço aos meus outros colegas de grupo de orientação, George Manske e Luiz Felipe Zago, por suas sugestões e apoio prestado durante as aulas ou em ocasiões relacionadas a outros trabalhos.

Agradeço à Monalisa Pinheiro por ter desbravado a Floresta Amazônica comigo – tudo bem, não chegamos a fazer isso, mas foi por pouco. Agradeço a amizade e a parceria em momentos corridos e confusos, o seu jeito alegre de encarar a vida. Agradeço por ser tão parecida comigo e, portanto, por me fazer lembrar que, em algumas situações, é necessário rirmos de nossas próprias desgraças.

Agradeço à Denise Azambuja por ter me dito palavras serenas durante o último ano. Agradeço os conselhos, a confiança e as oportunidades que me ofereceu. Espero que estejamos juntos em meio aos ‘6% da população brasileira’.

Agradeço à Cristianne Rocha por ter confiado em mim. Agradeço por ter se tornado uma parceira de escritas e uma grande amiga. Agradeço por ter sido, em muitos momentos, uma excelente conselheira, cujo riso fácil e a maneira positiva de encarar as adversidades do dia-a-dia me fizeram seguir em frente na ‘gincana acadêmica’.

Agradeço à Jeane Félix por ter sido uma grande companheira em atividades diversas e por sua alegria, contagiante, durante todos os momentos em que convivemos.

Agradeço à equipe do EducaSaúde: Simone Chaves, Sharlene Goulart, Carine Abreu, Luciano Agnes, Marielly de Moraes, Raphael Caballero, entre outros. Agradeço o apoio e o carinho que me oferecem sempre que passo por lá ou quando nos encontramos em alguma atividade oficial.

Agradeço aos Professores do Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Universidade Luterana do Brasil: Fabiana Marcello, Iara Bonin, Karla Saraiva, Edgar Kirchof, Maria Isabel Bujes, Marisa Costa, Dagmar Meyer, Alfredo Veiga-Neto, Luís Henrique Sommer, entre outros. Agradeço por terem estendido as mãos para me apoiar, seja por meio de suas aulas ou, simplesmente, de conversas informais.

Agradeço aos colegas e aos Professores da Universidade de Minnesota: Martin Swobodzinski, Vinay Gidwani, Steven Manson, Abigail Neely, George Henderson. Agradeço a acolhida, as discussões e todo o apoio que me ofereceram. Agradeço, especialmente, à Professora Susan Craddock por ter me acompanhado em diferentes departamentos da Universidade. Agradeço as aulas que me ofereceu e também aquelas que me fez ministrar.

Agradeço às minhas famílias (Darsie, Souza, Baibich e Melnick), as quais, não importa o que aconteça, estão sempre dispostas a compreender minhas ausências, a proferir palavras de incentivo, a vibrar com minhas vitórias e a chorar pelos meus fracassos. Em especial, agradeço à minha mãe por ter ‘segurado as pontas’ para que eu pudesse estar onde estou. Agradeço ao meu pai, por ter me ensinado que o ‘estudo vale a pena’. Agradeço à minha tia Leila e ao meu tio Élio que sempre me auxiliaram, sobretudo, nos momentos de aperto. Agradeço ao meu tio Gilfredo, com quem pude entender melhor o funcionamento da OMS e que, de certo modo, sempre representou um modelo de profissional, o qual, pretendo seguir.

Agradeço aos amigos, de fora da academia, que sempre estiveram e estão comigo ‘para o que der e vier’, inclusive naquelas horas em que pensei que tudo daria errado. Juliano Ganzer, Rafael Valin, Rafael Mônaco, Rachel Garcia, Paula Azevedo, Caroline Aleixo, Celso Vitelli, muito obrigado.

Por último, agradeço ao Eduardo Melnick – o famoso Dudu. Agradeço o apoio incondicional, em todos os momentos em que precisei ou que preciso. Agradeço a sua paciência e os seus conselhos. Agradeço, principalmente, por me empurrar para frente, justamente, naqueles momentos em que passo a acreditar que ‘nada dará certo’ ou que ‘não tenho condições’.

Enfim, ofereço minha eterna gratidão a todos que me apoiaram e compreenderam minhas ausências, minhas ansiedades e meus humores durante os anos em que estive envolvido por esta pesquisa.

“O impossível é transitório.”

Gilfredo Comparsi Darsie

RESUMO

Esta tese abrange questões relacionadas ao espaço, ao controle e prevenção de doenças e ao fato destes serem artefatos culturais produtores de saber-poder-subjetivação mundial. Mais precisamente, analisa as maneiras pelas quais o espaço tem sido referido e produzido por meio dos preceitos da saúde, associados ao controle e à prevenção de doenças infectocontagiosas, que são elaborados e divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Para isso, foram aproximados conhecimentos dos campos da Educação, da Geografia e da Saúde, sob a perspectiva dos Estudos Culturais, com o objetivo de problematizar as recomendações e as práticas preconizadas pela agência. O conjunto de materiais analisados é composto por diversas publicações oficiais da OMS – 11 principais e 35 complementares – acerca da “segurança da vida”, associada à saúde, em escala global. O trabalho está dividido em sete capítulos nos quais são apresentadas questões que motivaram sua elaboração, descrições e discussões que envolvem as estratégias metodológicas que conduziram a pesquisa, bem como, apontamentos conceituais e analíticos. O argumento central refere que os discursos da saúde disparam, em função de seu caráter educativo, transformações culturais significativas que envolvem diversas dinâmicas associadas à produção do espaço. Partindo disso, são destacadas diferentes maneiras pelas quais o espaço tem sido praticado e transformado pelas orientações e ações promovidas pela OMS. Entre estas transformações estão aquelas que, atualmente, consideram a mobilidade de pessoas e doenças no espaço e, portanto, que passam a fazer emergir políticas de imunização. Estas políticas oportunizam o entendimento de que o corpo e o espaço são dimensões complementares no que se refere ao controle e prevenção de doenças. Diante disso, surge a necessidade de novas abordagens educacionais, sobretudo, aquelas direcionadas à formação de profissionais que atuam nos campos da Educação, da Geografia e da Saúde.

Palavras-chave: Espaço; Espacialidade; Geopolítica, Biopolítica; Epidemias.

ABSTRACT

This thesis covers issues related to space, control and prevention of diseases and the fact that these producers are cultural artifacts of power-knowledge - subjectivity world. More precisely it examines the ways in which space has been referred to and produced by the precepts of health, associated with the control and prevention of infectious diseases which are developed and disseminated by the World Health Organization (WHO). For that, approximate knowledge of the fields of Education, Geography and Health from the perspective of cultural studies, aiming to discuss the recommendations and practices recommended by the agency. The set of the material analyzed consists of various official WHO publications - 11 main and 35 additional - about the " safety of life " associated with health on a global scale . The work is divided into seven chapters where issues that motivated its development , descriptions and discussions involving the methodological strategies that conducted the research, as well as conceptual and analytical notes are presented . The central argument states that healthcare discourses create, due to their educational characteristic, significant cultural transformations that involve various dynamics associated with the production of space . It also highlight various ways in which space has been practiced and transformed by the guidelines and actions promoted by the WHO . Among these changes are those that currently consider the mobility of people and diseases in space and , therefore, become emerging immunization policies . These policies nurture the understanding that the body and the space dimensions are complementary with respect to the control and prevention of disease. Therefore , the need arises for new educational approaches , especially those aimed at training professionals working in the fields of Education, Geography and Health.

Keywords: Space; Spatiality; Geopolitics; Control and prevention of diseases; Epidemics.

SUMÁRIO

MENSAGEM DO AUTOR (OU APRESENTAÇÃO).....	19
--	----

1 MODOS DE VER DO PESQUISADOR.....	31
1.1 O primeiro pilar: as tensões geográficas.....	32
1.2 O segundo pilar: a educação como processo amplo e articulador.....	35
1.3 O terceiro pilar: o espaço da/na saúde.....	37

2 (DES)CAMINHOS DA PESQUISA.....	42
2.1 Estudo Culturais: uma maneira de borrar fronteiras teóricas....	43
2.1.1 Território teórico 1: Geografia.....	48
2.1.2 Território teórico 2: Saúde.....	51
2.2 Discursos que envolvem a segurança da vida, educam as populações e (re)produzem o espaço.....	54
2.3 OMS online: depósito de recursos.....	63
2.4 O texto de mil capas.....	67

SUMÁRIO

3	TRABALHANDO PELA VIDA.....	88
3.1	Contingências históricas acerca da segurança da vida e a emergência da OMS.....	90
3.2	A OMS hoje: significações e controle da saúde em escala global.....	96
3.3	A rede da OMS: localizações, escalas e comunicações estratégicas.....	109

4.	CONTROLE E SEGURANÇA DA VIDA.....	118
4.1	A arte de quantificar a vida.....	119
4.2	Biopolíticas do século XXI.....	133

5	FORMA(S) DE DIZER ESPAÇO.....	143
5.1	Espaço das espacialidades e da significações.....	145
5.2	Espaço de encontro: informações, pessoas e perigos.....	152
5.3	Espaço monitorado: geopolítica e controle molecular.....	161

SUMÁRIO

6 GEO(BIO)POLÍTICAS..... 174

6.1 O espaço plano e fragmentado..... 177

6.2 O espaço da cooperação e contrapartida..... 194

6.3 O espaço da dispersão e do corpo blindado..... 205

7 O(S) ÚLTIMO(S) PONTO(S) 217

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 221

FONTES..... 232

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – The Mind Is Its Own Place, Matthew Cusick, 2012.....	18
Figura 2 – Kara’s Wave, Matthew Cusick, 2009.....	30
Figura 3 – Rachel’s Wave, Mathew Cusick, 2012.....	41
Figura 4 – Página inicial do <i>site</i> da OMS.....	64
Figura 5 – Capa do décimo primeiro programa geral de trabalho.....	69
Figura 6 – Capa do programa de visão estratégica para imunização Global.....	70
Figura 7 – Página do relatório de atividades do departamento alerta e resposta a epidemias e pandemias.....	71
Figura 8 – Página do guia da OMS para planejamento de comunicação em surtos epidêmicos.....	72
Figura 9 – Página do quadro global de imunização e vigilância sanitária.....	73
Figura 10 – Introdução do relatório sanitário internacional de 2007.....	74
Figura 11 – Regulamento sanitário internacional.....	77
Figura 12 – Estratégia global para o controle de doenças sexualmente Transmissíveis.....	78
Figura 13 – Trabalhando pela Saúde: uma introdução à Organização Mundial da Saúde.....	79
Figura 14 – Relatório de atividades do departamento de alerta e resposta a epidemias e pandemias.....	80
Figura 15 – Quadro global de imunização e vigilância sanitária.....	81

LISTA DE FIGURAS

Figura 16 – Guia da OMS para planejamento de comunicação em surtos Epidêmicos.....	82
Figura 17 – As cidades e as crises de saúde pública.....	83
Figura 18 – Guia de saúde para viagens internacionais.....	84
Figura 19 – Nossas cidades, nossa saúde, nosso futuro	85
Figura 20 – Sem título, Matthew Cusick, 2012.....	87
Figura 21 – Distribuição espacial dos escritórios da OMS no mundo.....	110
Figura 22 – Leviathan, Matthew Cusick, 2008.....	117
Figura 23 – Mylan's Wave, Matthew Cusick, 2012.....	142
Figura 24 – Wave (Black & Blue), Matthew Cusick, 2008.....	173
Figura 25 – Tabela do relatório estatístico de 2009.....	180
Figura 26 – Tabela do relatório estatístico de 2010.....	181
Figura 27 – Tabela do relatório estatístico de 2011.....	182
Figura 28 – Mapa da distribuição dos casos de Febre Amarela.....	188
Figura 29 – Mapa da distribuição dos casos de infecção por poliovírus.....	189
Figura 30 – Mapa da distribuição dos casos de Malária.....	190
Figura 31 – Principais epidemias ocorridas na história.....	196
Figura 32 – Orientações para cooperação internacional.....	200
Figura 33 – Cidades Globais (fonte: <i>site</i> da rede de pesquisa e controle das cidades globais).....	209
Figura 34: Procella Crisium, Matthew Cusick, 2013.....	216

The Mind Is Its Own Place – Matthew Cusick



MENSAGEM DO AUTOR (OU APRESENTAÇÃO)

“Limite entre saberes, limite entre disciplinas, limite entre países. Por todo lado se fala que os limites já não são rígidos, que os entes já não são tão ‘claros, distintos e definidos’ como recomendara René Descartes. Cada vez mais se fala de empresas internacionais, ou transnacionais, ou multinacionais, assim como se fala de interdisciplinaridade, transdisciplinaridade ou multidisciplinaridade. Enfim, por todo lado são usados os prefixos inter, trans ou multi indicando que as fronteiras sejam elas epistêmicas, sociológicas ou geográfico-políticas, se é que podemos separá-las, são mais porosas do que se acreditava”.

Carlos W. P. Gonçalves. *Da Geografia às geo-grafias*, 2002, p. 217.

Como escrever sobre a Educação, a Geografia e a Saúde? Como articular estes três campos, formados por conhecimentos tão diversos? Quais saberes, provenientes deles, são capazes de serem aproximados? Essas foram as perguntas que direcionaram minhas primeiras investidas relacionadas ao desenvolvimento de uma pesquisa visando a problematizar as maneiras pelas quais o espaço é, recorrentemente, tratado de forma limitada ou suprimido das discussões nos campos da Educação e da Saúde. Partindo delas, muitas possibilidades, muitos desafios e muitos acontecimentos definiram os rumos que trilhei até que chegasse a hora de avaliar, selecionar e organizar o conjunto de questionamentos, de proposições e de materiais que caberiam em algumas páginas de papel – ou digitais. As ideias que tive, nesse período, foram diversas, porém, assim como muitas páginas que escrevi e ‘descartei’ – espero que temporariamente – as deixei guardadas em arquivos que foram se acumulando em

meu computador, no decorrer dos últimos anos, dentro de pastas que denominei como ‘projeto de tese’ e ‘tese de doutorado’.

Dias atrás, ao olhar para estas pastas, recheadas com documentos, publicações, imagens, ideias ‘brilhantes’ – que não tive fôlego para aprofundar –, investidas, digamos, mal sucedidas, enfim, com acertos e erros que cometi nos últimos anos, pude observar algo importante. Tanto os erros quanto os acertos, associados aos acontecimentos que me envolveram, foram muito produtivos e relevantes, pois foi a partir deles que acredito ter constituído um novo modo de entender algumas – talvez diversas – questões que, há algum tempo, me pareciam muito diferentes, de acordo com a maneira como as entendo hoje. Partindo disso, ressalto que o processo de doutoramento, como um todo, ao menos para mim, foi tão importante quanto o seu ‘produto’ final, o qual, se encontra materializado e registrado nas palavras que dão forma a este trabalho.

Entretanto, o que interessa, neste momento, não é exatamente a descrição dos sentimentos que me envolvem nesta fase final ou as possíveis comparações entre aquilo que eu entendia e o que vejo hoje, mas a apresentação dos fragmentos que sobraram, ou seja, das perguntas e dos argumentos que, efetivamente, utilizei para produzir esta tese. Explico, portanto, que promovi a articulação que mencionei, logo no início, guiado pelo seguinte problema de pesquisa: *Qual é o ‘lugar’ do espaço nos discursos da saúde, mais precisamente, naqueles que são direcionados ao controle e à prevenção de doenças infectocontagiosas?*

Penso que é oportuno dizer que este problema emergiu de minhas primeiras preocupações ligadas ao que considero ser um ‘apagamento’ do espaço, promovido por muitos estudos e argumentos, mais atuais, que tratam a saúde como uma área na qual o corpo passa a receber investimentos tão complexos e sofisticados que, em alguns anos, pode vir a transformá-lo em uma fortaleza, ou seja, em algo tão protegido a ponto de não adoecer. Contudo, acredito, fortemente, que isso não é possível, pois existem relações – sociais, culturais, naturais, entre outras – que envolvem o corpo e o espaço, as quais, não podem ser descartadas facilmente. No limite, conforme abordarei no trabalho, o corpo e o espaço são dimensões complementares.

Partindo do problema que guiou esta pesquisa, busquei identificar e entender as maneiras pelas quais o espaço é 'utilizado' nestes discursos, ou seja, como ele tem sido mencionado, tratado, especulado e esquadrinhado pelas/nas práticas e preceitos que envolvem a saúde. Assim, considerando o meu entendimento acerca do espaço, qual seja, de que ele é algo vivo, que se encontra em constante transformação, defendo a ideia de que o espaço não pode ser abordado, somente, como um 'elemento' que sustenta ou localiza, tendo em vista as suas materialidades, as ações ligadas à segurança da vida pela perspectiva da saúde. Para além disso, *argumento que os discursos da saúde, relacionados à segurança da vida, disparam, em função de seu caráter educativo, transformações culturais, significativas, que abrangem diversas dinâmicas que podem ser associadas à dimensão espacial, portanto, o espaço é (re)produzido por tais discursos, materialmente e simbolicamente, ao mesmo tempo em que os transforma.*

Acredito que isso ocorra tanto por meio de alterações relacionadas às suas materialidades, que são reorganizadas ou reestruturadas, quanto pelos significados que passamos a atribuir a determinadas áreas do espaço mundial. Dessa maneira, esses significados não se encontram associados apenas a porções de terra que podem ser demarcadas, classificadas e monitoradas, mas também às práticas culturais dos sujeitos que constituem as diferentes populações que nelas vivem e lhes dão forma. Em outras palavras, são as transformações culturais incluindo, portanto, os aspectos, sociais, econômicos, políticos, entre outros – que promovem a (re)produção do espaço associada aos discursos da saúde.

A estratégia da qual fiz uso para dar forma e sustentar este argumento, foi a análise de discurso a partir de um conjunto de documentos e publicações produzidos e disponibilizados pela Organização Mundial da Saúde. Minha escolha por este material, assim como por esta agência de saúde, foi motivada pela convicção de que eles apresentam os discursos daquela que pode ser considerada, senão a principal, umas mais importantes instituições reguladoras de saúde no mundo. Nessa direção, trabalhei com as publicações relacionadas, mais especificamente, às orientações lançadas acerca da prevenção e do controle de doenças infectocontagiosas, que são direcionadas a todos os 193 países que estão, atualmente, ligados à agência. Partindo disso, defini

alguns questionamentos, mais específicos, que me auxiliaram no sentido de entender o 'lugar' do espaço nesses discursos, quais sejam:

Como temos sido educados sobre as dinâmicas que envolvem o espaço de acordo com o modo pelo qual ele é referido nos textos produzidos pela Organização Mundial da Saúde?

Quais dinâmicas políticas dão origem e são originadas pelos discursos promovidos pela Organização Mundial da Saúde?

Como o espaço é reconfigurado por meio das estratégias de controle e de prevenção de doenças que são 'ensinadas' pela Organização Mundial da Saúde?

Como forma de responder a essas perguntas, necessitei desenvolver algo que chamo de inversão. Relaciono esta ideia de inversão ao fato de que em seus textos, a Organização Mundial da Saúde não visa a falar do espaço. Seus objetivos estão pautados no que se refere à saúde das populações, mais precisamente, à saúde do corpo e da mente dos sujeitos que as formam. Portanto, apesar de o espaço ser mencionado, em alguns momentos diretamente, na maioria das vezes ele é tratado e configurado por outros temas, ou seja, por meio daquilo que é dito sobre os índices de saúde, bem como, sobre os riscos e sobre as práticas relacionadas a eles. Assim, especialmente nesses momentos em que, a priori, o espaço parece ter sido negligenciado, encontrei algumas das principais pistas relacionadas às suas transformações, pois ao serem estabelecidas políticas e estratégias de educação e de apoio às populações, o espaço passa ser transformado pelos discursos da saúde a partir das dinâmicas culturais que emergem delas.

Existem alguns elementos que dão forma a este trabalho, os quais, me são caros – portanto, aproveito este momento para explicá-los. Entretanto, antes disso, esclareço

que eles são relevantes pelo fato de terem sido pensados, encontrados, escolhidos e organizados durante o meu processo de escrita, especialmente, naqueles momentos em que as ideias e reflexões, mais importantes, me escapavam. Contudo, nessas horas, eu era tomado por um sentimento de responsabilidade – para não falar apenas em culpa –, ligado ao aproveitamento de meu tempo que se esgotava. Assim, passei a investir em alguns detalhes, menos densos, que passaram a fazer parte desta produção. Portanto, mesmo que em alguns casos esses elementos aparentem não ser associados, diretamente, às discussões que apresento, eles são importantes e, de fato, envolvem essas discussões, pois, ao menos para mim, seus significados estão fortemente associados às proposições que apresento.

Em primeiro lugar, explico que o título que escolhi para esta seção de apresentação. Ao ter manuseado, aproximadamente, 100 publicações da Organização Mundial da Saúde e, ainda, ao ter acessado inúmeras vezes o seu site na internet me deparei com seções que se chamavam ‘Mensagem do/da Secretário/a Geral’. Atualmente, a Secretária Geral da agência é a médica chinesa Dra. Margaret Chan, formada pela Universidade de Ontário, no Canadá. Ela assumiu o cargo em 2006, porém, antes disso, havia sido responsável pela coordenação do Departamento de Segurança em Comportamentos Humanos da Organização Mundial da Saúde. Dessa maneira, ela esteve, diretamente, ligada ao combate das epidemias (SARS, H1N1, por exemplo) que ocorreram nos últimos, pelo menos, 10 anos, especialmente, nos momentos em que os comunicados oficiais, acerca desses problemas, eram proferidos aos meios de comunicação.

Expus essas informações com o intuito de demonstrar que esse é um componente que envolve a filosofia de trabalho da Organização, pois existe uma intenção de aproximação com os sujeitos que formam as populações, a qual, visa a posicionar a agência e suas produções no interior de diferentes realidades. Para a agência essa seria uma peça fundamental para o sucesso de suas investidas e, portanto, ela se esmera no sentido de apresentar declarações e fotografias de seus representantes. No meu caso, por exemplo, após ter lido e relido tantos documentos, passei a me referir aos momentos de estudo como ‘a hora de conversar com Dra. Margaret’. Portanto, me pareceu interessante fazer uso, nesta seção de abertura, do

mesmo nome dado aos textos que se propõe a apresentar o conteúdo das publicações da Organização Mundial da Saúde, mesmo que com algumas modificações.

Outra questão interessante diz respeito às epígrafes que adicionei nos momentos de abertura dos capítulos. Elas foram escolhidas de modo a representar os capítulos como um todo ou determinadas discussões que são desenvolvidas em seus interiores. São passagens de textos diversos – ficcionais, acadêmicos ou dos próprios documentos elaborados pela Organização Mundial da Saúde – que me pareceram inspiradoras ou relevantes. Assim, em alguns momentos, poderão parecer mais próximas ou mais distantes de minhas discussões, mas foram colocadas em seus lugares por motivos específicos, relacionados aos meus argumentos.

Aproveito, igualmente, para explicar que a epígrafe que abre esse momento de apresentação me auxilia no sentido de apontar que este trabalho trata de limites, os quais, passaram a ser transgredidos, vencidos ou ultrapassados. Refiro-me ao meus próprios limites, relacionados à minha posição de pesquisador, aos limites das disciplinas que envolvem os conhecimentos que aproximei e aos limites que envolvem as dinâmicas sociais que ocorrem mundialmente, nos dias de hoje. Associo a ela as imagens escolhidas para marcar o início de novos capítulos. São imagens que encontrei no site do artista nova-iorquino Matthew Cusick, o qual divulga suas obras criadas por meio de colagens e pinturas. Nessa coleção, mais precisamente, ele faz uso de mapas e foi, justamente, isso que me chamou a atenção.

Seus mapas são representados por ondas. Essas ondas indicam movimentos, reorientações e reposicionamentos relacionados a diferentes territórios. Assim, o artista cria um nova organização para o espaço mundial, contudo, os limites dos países, politicamente definidos, por mais torcidos que estejam, continuam a ser evidenciados. De certo modo, os discursos que envolvem a saúde, proferidos pela Organização Mundial da Saúde, também fazem isso. Eles produzem significados a respeito de diferentes países, ligados às condições de saúde desses territórios, que passam a reorganizar o espaço. Eles indicam tendências, atravessamentos de fronteiras, alterações de escalas, aproximações e distanciamentos que relativizam a materialidade existente, contudo, as políticas que os envolvem nunca deixam de levar em consideração o ‘desenho’ do mapa, ou seja, os limites nacionais, mesmo que as

intenções, muitas vezes, seja direcionadas a alterar normas e modos de viver em nível internacional.

Ainda, antes de encerrar esta breve explicação, comento que a organização dos textos e dos elementos gráficos que apresento foi inspirada pelos recursos utilizados nas publicações da Organização Mundial da Saúde. Certamente, isso foi feito de forma bastante amadora, tendo em vista minhas limitações técnicas, contudo, é algo que direcionou as cores escolhidas, a disposição das imagens e outras dimensões que envolvem texto.

Após ter apresentado alguns apontamentos mais gerais, aproveito para discorrer sobre a organização dos capítulos que se seguem. Assim, em um primeiro momento, no capítulo intitulado *Modos de ver do pesquisador*, discorro sobre as experiências acadêmicas que vivi de modo a destacar algumas questões que acredito sustentarem a relevância desta tese em relação aos campos da Educação, da Geografia e da Saúde. São posicionamentos pessoais, certamente modelados pelo que li e ouvi nos últimos tempos, que me auxiliam a demonstrar aos leitores as motivações que guiaram minhas atividades. Assim, ele está dividido em três seções, chamadas de *O primeiro pilar: as tensões geográficas*, *O segundo pilar: a Educação como processo amplo e articulador* e *O terceiro pilar: o espaço da/na Saúde*.

No primeiro caso, me empenho em destacar, brevemente, as perspectivas pelas quais o espaço tem sido abordado no interior do campo da Geografia, mais precisamente, ao apontar que existem tensões que relativizam o conceito e, assim, interferem na formação de profissionais da área e de estudantes no geral. Partindo disso, me posiciono a respeito dessa situação e esclareço aquilo que pode ser encontrado neste trabalho na direção de colaborar com transformações relacionadas a essa situação.

Na segunda seção, comento sobre minha ‘entrada’ no campo da Educação e sobre a possibilidade de tratar de questões relativas ao espaço quando articuladas a outras áreas. Discuto, mais precisamente, os efeitos que as práticas educativas produzem sobre o espaço mesmo que não sejam direcionadas a ele. Nesse contexto, sugiro que esta pesquisa pode oferecer subsídios no sentido de ser provido um novo modo de olhar para as questões espaciais quando associadas aos processos de educação. No último momento, apresento minhas vivências ligadas à pesquisa tendo em vista os conhecimentos relacionados à saúde. Destaco algumas observações relativas à minha participação como pesquisador em ‘outros’ ambientes e indico que, por meio de viradas associadas à perspectiva pela qual analisamos os discursos da saúde, abordagens relacionadas tanto à Educação quanto ao planejamento em Saúde podem ser relativizadas.

No segundo capítulo, chamado *(Des)caminhos da pesquisa*, me ocupo em apresentar as investidas metodológicas, que deram forma à tese. Assim, o separei em quatro momentos distintos: *Estudos Culturais: uma maneira de borrar fronteiras teóricas*, *Discursos que envolvem a segurança da vida, educam as populações e (re)produzem o espaço*, *OMS online: depósito de recursos* e *O texto de mil capas*.

Na primeira seção descrevo os Estudos Culturais como a perspectiva teórica sob a qual produzi meus argumentos, destacando a possibilidade que eles promovem no que se refere à aproximação e tensionamento de conhecimentos produzidos por diferentes disciplinas. Assim, aproveito, a partir de duas subseções que chamo de ‘Território 1: Geografia’ e ‘Território 2: Saúde’, para apresentar os conhecimentos provenientes desses campos, os quais, aproximei aos saberes que envolvem a Educação.

Na segunda seção, por meio de exemplos e de sustentação teórica, falo sobre os discursos da saúde que se relacionam à segurança da vida e argumento que eles agem como ferramentas educativas que instituem modos de viver, bem como de entender o tema. Ainda, aproveito para explicar o que significa fazer aquilo que autores chamam de análise do discurso, como forma de explicar os meios pelos quais analisei os documentos que fiz uso. Nas duas últimas seções, que formam o capítulo em questão, discorro sobre a estrutura e sobre o funcionamento do sistema de sites da Organização

Mundial da Saúde, de modo a demonstrar a origem dos documentos que analisei e, logo após, apresento aqueles documentos que efetivamente, fazem parte deste trabalho.

O terceiro capítulo é formado por minhas intenções de promover uma apresentação a respeito da Organização Mundial da Saúde. Portanto, dei a ele o nome de 'Trabalhando pela vida', inspirado no slogan da Organização que é apresentado em suas publicações. Distribuí seu conteúdo em três seções chamadas *Contingências históricas acerca da segurança da vida e a emergência da OMS*, *A OMS hoje: significação e controle da saúde em escala global* e *A rede da OMS: escalas e comunicações estratégicas*.

Em primeiro lugar, portanto, apresento questões históricas que marcaram as dinâmicas espaciais que, de certo modo, possibilitaram a emergência da agência. Aproximo, a partir disso, as primeiras preocupações dessa e de outras agências de saúde, a problemas atuais que podem ser associados à noção de segurança da vida. Argumento que em função das espacialidades vividas atualmente, em diferentes áreas do espaço, muitos problemas enfrentados no passado ainda se mostram preocupantes. Na sequência, destaco o trabalho que vem sendo feito, atualmente, pela Organização Mundial da Saúde. Por meio da utilização de documentos complementares, ou seja, outros que não aqueles que envolvem o controle e a prevenção de doenças, discuto algumas questões relacionadas aos modos pelos quais seu discursos se mantêm fortes e, ainda, sobre alguns deslocamentos que envolvem suas recomendações. No último momento, apresento a distribuição de seus escritórios pelo mundo, bem como a dinâmica de troca de informações que sustentam as investidas da Organização. A partir disso, busco destacar que a própria existência da organização se articula ao espaço e relativiza alguns elementos que o envolvem.

No capítulo seguinte, *Controle e segurança da Vida*, discorro sobre questões de cunho teórico, relacionadas ao biopoder e, principalmente, às biopolíticas. Para tanto, organizei duas seções nas quais apresento aquilo que autores como Michel Foucault e Nikolas Rose falaram ou têm falado sobre o assunto. Portanto, na primeira seção, trato das biopolíticas, por meio de uma apresentação acerca do seu estabelecimento enquanto uma forma de poder direcionada à vida das populações, por meio da produção de conhecimentos sustentados, especialmente, por números. Portanto, essa

seção recebeu o nome de *A arte de quantificar a vida*. Sequencialmente, encerro o capítulo com discussões relacionadas aos modos pelos quais as biopolíticas têm sido transformadas, nos últimos tempos, por meio de práticas e conhecimentos que visam a atingir o corpo humano em seus níveis mais profundos e microscópicos. Essa discussão é apresentada sob o título *Biopolíticas do século XXI*.

No quarto capítulo, que chamei de *Modos de dizer espaço* aprofundo questões relacionadas ao conceito de espaço, mais precisamente, aquelas que dão forma ao entendimento do qual faço uso. Dessa maneira, na primeira seção que compõe tal parte do texto, intitulada *Espaço das espacialidades e significações* explico a relação existente entre as espacialidades vividas por diferentes sujeitos e, partindo disso, discuto as formas como essa dimensão – o espaço – passa a ser ressignificada. Na seção seguinte, *Espaço de encontro: informações, pessoas e perigos*, trago à luz uma discussão acerca daquilo que David Harvey chamou de compressão espaço-tempo. O objetivo disso é apresentar as dinâmicas que passaram, no decorrer dos últimos anos, a conectar diferentes pontos do espaço por meio da dispersão de informações e do deslocamento de pessoas por diferentes áreas.

Assim, tomo o espaço enquanto um produto de práticas educativas – produzidas pela circulação de informações em escala global – e enquanto dimensão na qual o trânsito de pessoas, oportunizado pelos meios de transporte mais atuais, relativizou as distâncias que outrora separavam as áreas de risco daquelas consideradas mais seguras. Encerro este capítulo com a seção *Espaço monitorado: Geopolíticas e controle molecular*, na qual discorro sobre um conjunto de políticas que podem ser associadas, diretamente, ao controle do espaço em nível internacional. Além disso, aproximo as discussões relativas às biopolíticas de modo a argumentar que existem elementos microscópicos que também formam o espaço e que ajudam a estabelecer as dinâmicas de segurança da vida associadas ao corpo humano, ou seja, os trato como escalas complementares.

No último capítulo, me detenho à apresentação e à discussão dos ‘espaços’ que encontrei em suas publicações, ou seja, tensiono os argumentos e as práticas que, conforme já indiquei, se referem à saúde, mas alteram as dinâmicas espaciais de modo a (re)produzir o espaço. Desta maneira o chamei de *Geo(bio)políticas*, pois o produzi

tendo em vista a articulação daquelas políticas que miram na vida das populações tanto no que se refere aos seus corpos quanto no que diz respeito ao espaço. Essa foi a maneira que encontrei para ressaltar que escrevo sobre a segurança da vida, associada ao controle e à prevenção de doenças infectocontagiosas, visando a discutir o espaço. Diante disso, produzi três seções, quais sejam, *O Espaço Plano e Fragmentado*, *O Espaço da Cooperação e Contrapartida* e, por último, *o Espaço da Dispersão e do Corpo Blindado*.

Na primeira escrevo sobre a forma mais tradicional pela qual a os discursos da Organização Mundial da Saúde têm dado forma ao espaço, qual seja, aquela que produz números relacionados ao problemas e aos avanços em saúde em diferentes territórios nacionais. Chamo a atenção, nesse sentido, às tabelas e aos mapas que são utilizados em suas publicações e que guiam as ações da agência bem como de outros profissionais e instituições. Na segunda seção, discorro sobre as investidas de cooperação internacional que, pautadas por acontecimentos mais recentes, passaram a relativizar as fronteiras nacionais em prol da segurança da vida, especialmente, no que se refere ao controle de áreas consideradas mais problemáticas. Na última seção, aponto os meios pelos quais o espaço é abordado tendo em vista outras escalas, sobretudo, a urbana associada ao corpo individual. Diante disso, aponto que está ocorrendo um deslocamento discursivo que passa a tratar das cidades globais, termo criado por Saskia Sasse, como áreas tão perigosas, no que se refere à dispersão de vírus e bactérias, quanto aquelas que são frequentemente apontadas como mais problemáticas. Assim, aponto que as novas investidas da Organização miram suas estratégias no corpo humano, mais precisamente, na imunização dos corpos que se encontram em trânsito pelo espaço da dispersão.

Antes de encerrar o trabalho, ainda, apresento um capítulo chamado *O(s) último(s) ponto(s)* em que faço um breve fechamento das discussões apresentadas e, partindo disso, apresento as referências utilizadas como sustentação para meus argumentos.

Kara's Wave, - Matthew Cusick



1. MODOS DE VER DO PESQUISADOR

Sinto um certo embaraço ao começar a escrever, como se pusesse minha alma a nu, por ordem - não, Deus do céu!, digamos por sugestão - de um judeu alemão (ou austríaco, mas dá no mesmo) [...] Quem sou? [...] Desde que me tornei francês (e já era pela metade, pelo lado materno) compreendi que o francês não sabe bem o que quer, exceto que sabe à perfeição que não quer aquilo que tem. Se me fiz francês, foi porque não podia suportar ser italiano. Enquanto piemontês (por nascimento), eu sentia ser apenas a caricatura de um gaulês, mas de idéias mais restritas. [...] Mas, por que fazer filosofia em vez de reconstituir eventos? Talvez porque eu precise saber não apenas o que fiz anteontem mas também como sou por dentro. Supondo-se que exista um dentro. Dizem que a alma é somente aquilo que se faz [...]

Umberto Eco, O cemitério de Praga, 2011, p. 13-14.

Embora, particularmente, não goste dos textos que se destinam a descrever experiências pessoais em dissertações e teses, este capítulo foi inserido, logo no início do trabalho, com o objetivo de apresentar meus modos de ver determinados acontecimentos e preceitos que, associados às referências bibliográficas utilizadas e às publicações e documentos analisados, deram forma aos meus argumentos. Com isso pretendo indicar que as próximas páginas são compostas por algumas de minhas vivências acadêmicas e por minhas opiniões relativas a questões que considero relevantes acerca delas. Minha pretensão ao fazer isso é a de justificar a importância desta pesquisa tendo em vista os campos em que são produzidos e praticados os conhecimentos que articulei, quais sejam, a Educação, a Geografia e a Saúde.

Esta manobra se tornou possível e necessária, principalmente, em função de ter elaborado minhas proposições sob a perspectiva dos Estudos Culturais, cujos pressupostos tornam viável o entendimento de que diversos movimentos relacionados

às pesquisas acadêmicas são causados pelas vivências e necessidades de seus autores – não apenas no sentido pessoal, da constituição de um dado modo de olhar o mundo, mas, sobretudo, no sentido político desse modo de olhar. Conforme acredito, invariavelmente, essas situações passam a balizar os modos de ver e de investigar dos pesquisadores, bem como as maneiras pelas quais escrevem suas proposições. Por meio dessa perspectiva teórica é possível se considerar que tais balizas não sejam tão rígidas, pois passam a ser transformadas e resignificadas de acordo com as diferentes regulagens de foco que são necessárias durante os processos de investigação. Em outras palavras, quero dizer que os conhecimentos, no âmbito dos Estudos Culturais, são vistos sob outra perspectiva, a partir de outras perguntas, estabelecendo novos arranjos e desfazendo antigas fronteiras. Adianto, portanto, que tais regulagens fizeram parte de minhas investidas e, conforme falarei nas próximas seções, redirecionaram minhas pretensões iniciais, apresentadas na ocasião do projeto.

Tratarei das questões metodológicas que envolveram a constituição deste dado modo de ver no próximo capítulo. Assim, neste momento, falarei de forma mais livre sobre o que chamei de ‘modos de ver do pesquisador’, ou seja, trata-se de uma parte do trabalho em que escrevo, digamos, desacompanhado, pois apesar de suas ideias estarem associadas aos meus escritos, os autores nos quais me sustento não foram convidados a participar desta conversa.

1.1 – O PRIMEIRO PILAR: AS TENSÕES GEOGRÁFICAS

Início esta seção destacando o fato de ter desenvolvido minha formação, em nível de graduação, no campo Geografia, mais especificamente, no contexto que se direciona à preparação de licenciados. Sobre isso, menciono que as diferenças entre os currículos que davam forma ao Bacharelado e à Licenciatura, à época em que passei pelo curso, eram constituídas pelas discussões promovidas em apenas cinco disciplinas. No caso do Bacharelado, essas disciplinas eram destinadas a apresentar

conhecimentos técnicos e, no que se refere à Licenciatura, eram formadas por saberes provenientes do campo da Pedagogia. Pode-se pensar, portanto, que mesmo inserido em um contexto cujo objetivo era direcionado à formação de professores, os conhecimentos que me envolveram, mais significativamente, foram aqueles que produzem e que são produzidos pela ciência geográfica como um todo. Esses conhecimentos são aqueles que tratam de questões técnicas e conceituais relativas ao trabalho do geógrafo.

Assim, é interessante que eu explique que existem, como em qualquer campo, algumas tensões que constituem a Geografia e, portanto, me constituíram como pesquisador e profissional. Entre essas tensões, se encontram aquelas relacionadas aos conhecimentos que dão forma ao que é chamado de Geografia Humana e Geografia Física, tanto em relação ao Bacharelado quanto à Licenciatura. Esses subcampos têm como foco tratar de questões diferenciadas, pois um se dirige mais detidamente aos conhecimentos relacionados à natureza enquanto o outro aos temas associados às dinâmicas sociais. Diante desse contexto, menciono que sempre me interessei, com maior motivação, pelos saberes que envolvem a Geografia Humana, ou seja, aquela que visa a analisar e a discutir, principalmente, as relações sociais que produzem o espaço.

Contudo, ao ter utilizado o termo ‘principalmente’, na frase anterior, pretendo indicar que eles não podem ser pensados como subcampos independentes, pois a Geografia, de maneira geral, tem como objetivo abordar os acontecimentos do mundo a partir da relação estabelecida entre eles. Assim, destaco que as investidas realizadas sob seus preceitos devem analisar e planejar o espaço por meio da interação entre os elementos e acontecimentos naturais e sociais. Diante disso, penso que toma forma um problema que considero expressivo, qual seja, o estabelecimento de um afastamento e de um tipo de hierarquização entre os conhecimentos que se direcionam aos fenômenos da natureza e aqueles que se destinam a falar das questões sociais. Afirmo que isso ocorre em função de determinadas perspectivas teóricas que, historicamente, os discutem isoladamente e passam a reforçar aquilo que considero configurar uma disputa entre essas duas perspectivas.

Em decorrência dessa disputa, são produzidos importantes efeitos relacionados às práticas de profissionais e de pesquisadores, tanto no que se refere aos bacharéis

quanto no que diz respeito aos licenciados. Acredito que isso tem causado certo enfraquecimento do campo frente a velhas e a novas áreas profissionais e acadêmicas que se ocupam em lidar com diversos conhecimentos que envolvem a Geografia. Porém, o que diferencia a Geografia desses outros campos é, justamente, o cruzamento entre os conhecimentos acerca de elementos naturais e das relações sociais. Mesmo assim, muitas vezes, isso é negligenciado.

Reforço, então, que não compartilho dos modos de ver e de fazer pesquisa que, em determinados momentos, direcionam suas investidas na natureza, como se ela fosse algo que se transforma, exclusivamente, por processos naturais e, em outras ocasiões, nas relações sociais desprendidas dos seus efeitos sobre as materialidades espaciais, entre elas, as naturais. Desse modo, ressalto que tomo o espaço – objeto de estudo da Geografia – como algo complexo, formado pela interação de diversos elementos que envolvem a vida, sejam eles materiais ou sociais. Este é um dos pontos que abordarei no que se segue, pois, ao falar de questões relacionadas à saúde, aproximo tópicos que podem ser chamados de naturais, tanto em termos biológicos quanto em situações nas quais menciono ambientes diversos, àqueles considerados sociais. Acredito que manobras como essa sejam bastante relevantes para a Geografia, bem como para outros campos que, em certas ocasiões, se propõem a lidar com o conceito de espaço sob a perspectiva geográfica, entre eles a Educação e a Saúde.

Diante dessas questões, emerge o primeiro pilar que supponho sustentar a relevância desta pesquisa, qual seja, a necessidade de se tensionar as rupturas e as disputas que envolvem os saberes que dão forma à Geografia. Acredito que os preceitos que miram na direção de desarticular os conhecimentos geográficos, ao serem reproduzidos e fortalecidos – tendo em vista determinadas perspectivas teóricas –, estabelecem, entre outras coisas, o desenvolvimento de práticas que, conforme acredito, com o passar dos anos, têm se tornado prejudiciais para o campo. Além disso, essas questões passam a ser reproduzidas em contextos educacionais, tanto acadêmicos quanto escolares – visto que essa é uma das disciplinas que se insere nos currículos da Educação Básica brasileira – e, assim, prejudicam não apenas os estudos geográficos, propriamente ditos, mas também a formação de estudantes diversos.

Sugiro, portanto, que investigações e discussões como as que proponho aqui, desenvolvidas por meio do tensionamento das ‘verdades’ que envolvem a Geografia, podem vir a contribuir para transformações ligadas à imensa gama de práticas e de artefatos pautados pelos conhecimentos produzidos no interior dessa ciência. Certamente, não pretendo dizer com isso que este trabalho seja ‘revolucionário’, já que existem pesquisas e discussões que foram ou que estão sendo produzidas sob a mesma perspectiva. Contudo, elaborei meus argumentos com o intuito de oportunizar, ao menos, um dos possíveis deslocamentos teóricos que considero produtivos no que se refere às formas de se entender o espaço.

1.2 – O SEGUNDO PILAR: A EDUCAÇÃO COMO PROCESSO AMPLO E ARTICULADOR

Após ter apresentado algumas questões relativas à minha inserção no campo da Geografia, indico que desenvolvi a segunda etapa de minha formação a partir de um curso de Mestrado em Educação, sob a perspectiva dos Estudos Culturais, mais especificamente, em uma linha de pesquisa intitulada Pedagogias Culturais. Nesse contexto, elaborei minha dissertação visando a destacar e a problematizar as representações culturais que são construídas acerca dos sujeitos fumantes, brasileiros, por meio de análise das campanhas de combate ao tabagismo promovidas pelo Ministério da Saúde (DARSIE, 2006). Se até então havia transitado pelo limiar que distingue os campos da Geografia e da Pedagogia, a partir desse momento passei a circular, também, no campo da Saúde, sob a perspectiva da Educação.

Foi em decorrência dessa situação que pude desenvolver, de forma mais consistente, a aproximação de diferentes campos do conhecimento no sentido de constituir argumentos relacionados ao fato de que as ações de divulgação dos discursos ligados à segurança da vida¹ são importantes ferramentas educativas que se

¹ Utilizo o termo ‘segurança da vida’ como forma de indicar as diversas políticas e ações que, atualmente, são direcionadas ao espaço e às populações de modo a promoverem melhores condições de

encontram associadas, diretamente, aos processos de transformação espacial. Essa ideia foi sustentada pelo fato de que, ao darem forma e circularem por diversas áreas do espaço (como as áreas urbanas, por exemplo), por meio dos diferentes modos de divulgação que são possíveis (no caso dos cigarros: as imagens contidas nas carteiras; as campanhas antifumo; etc.), tais discursos interpelam diferentes sujeitos e instituem modos de ser e de viver que passam a ser considerados mais adequados em relação a outros e, partindo disso, alteram dinâmicas espaciais.

No caso desse trabalho, especificamente, discorri sobre as áreas destinadas aos fumantes e aos não-fumantes que passavam a ser estabelecidas à época por meio de orientações legais em níveis municipal, estadual e nacional. Contudo, para além das demarcações oficiais que instituem essas áreas, identifiquei um tipo de limitação identitária e comportamental, ligada ao hábito de fumar e às representações associadas aos fumantes, que, nos últimos anos, tem sido produzida por artefatos culturais diversos que operam no sentido de educar os sujeitos sobre os comportamentos considerados mais saudáveis. Partindo disso, propus o estabelecimento de discursos que além de instituírem dadas verdades, passam a oportunizar dinâmicas que validam suas reproduções por meio do próprio espaço que passa a ser modificado.

Assim, passei a considerar a relevância de se investir na problematização acerca dos preceitos que envolvem os conhecimentos e as práticas dos campos da Educação, da Geografia e da Saúde de forma articulada. Por serem produzidos e validados em contextos científicos distintos, esses preceitos passam a ser, diversas vezes, atritados e/ou negligenciados de acordo com os diferentes discursos que lhes dão forma e com as maneiras pelas quais são utilizados por pesquisadores e planejadores de políticas públicas, por exemplo. Portanto, ressalto que, certamente, seus efeitos passam a atravessar uns aos outros, contudo, ao que me parece, ainda é necessário que sejam feitos alguns ajustes, em muitos casos, pois no que diz respeito ao espaço, essa dimensão, muitas vezes, é tratada como como ‘palco’, ‘base’ ou materialidade estática. Em outras palavras, os conhecimentos que envolvem o espaço, frequentemente, são aproximados ou tomados por outras áreas de forma limitada. Sobre isso aponto que muitos dos estudos e argumentos que se utilizam do conceito de espaço o tratam como um elemento – secundário – ‘sobre’ o qual os acontecimentos mais importantes se

desdobram ou ainda que direciona acontecimentos, especificamente, por meio de suas materialidades.

Ressalto, assim, outro pilar que considero sustentar a importância deste trabalho, qual seja, ter sido produzido a partir do entendimento de que o espaço se encontra em contínua (re)produção e não pode ser tomado como um elemento 'plano', utilizado apenas para 'localizar' – geralmente em mapas – os mais diversos acontecimentos. Acredito que isso auxilia, mesmo que de forma discreta, na emergência de discussões 'diferentes' daquelas que têm sido desenvolvidas no âmbito da formação básica e acadêmica. Além disso, destaco nestas páginas a necessidade de se atentar ao fato de que as práticas educativas causam impactos espaciais, significativos, mesmo que seus objetivos iniciais não sejam direcionados a esse propósito.

1.3 – TERCEIRO PILAR: O ESPAÇO DA/NA SAÚDE

Partindo das questões relatadas, menciono que ao ingressar no curso de Doutorado em Educação, meu objetivo, em um primeiro momento, era o de desenvolver uma pesquisa direcionada à discussão daquilo que chamei de 'fronteirismos geobiopolíticos'. Esses fronteirismos seriam caracterizados pelos cuidados com a saúde, tanto os relacionados às intervenções que podem ser feitas, atualmente, no corpo quanto aqueles comportamentais, bem como, os relacionados aos deslocamentos de pessoas por diferentes áreas. Conforme havia proposto, eles são instituídos pelas estratégias de divulgação de informações ligadas ao controle e à prevenção de doenças infectocontagiosas. Tal objetivo estava ligado aos meus interesses de discutir a construção e a manutenção de estratégias de delimitação espacial tendo em vista a articulação dos conhecimentos provenientes dos campos da Educação, Geografia e Saúde, conforme já expliquei. Desde então, algumas situações

remodelaram minhas intenções, ou seja, ocorreram regulagens de foco que passo a apontar a seguir.

É importante mencionar, por exemplo, as sugestões lançadas pelos avaliadores do projeto de tese, que me auxiliaram no sentido de entender que, em lugar de discutir, especificamente, os fronteirismos emergentes em função dos discursos da saúde, o foco de minha pesquisa deveria ser o espaço, em sentido amplo. Cabe dizer que não deixei de desenvolver questões relacionadas a esses fronteirismos, mas as aproximei ao novo problema de investigação que passou a conduzir essa tese: o 'lugar' e a (re)produção do espaço no que se refere aos discursos que envolvem a segurança da vida pela perspectiva da saúde.

Outros acontecimentos foram igualmente importantes no que se refere à constituição e às transformações relacionadas aos meus modos de ver esta pesquisa. O primeiro deles diz respeito às experiências pelas quais passei em função de ter feito parte de meu processo de doutoramento nos Estados Unidos da América². Além dos aportes trazidos por novos textos, novos argumentos e diferentes discussões com que tive contato, é possível dizer que as diferentes contribuições feitas ao meu trabalho, realizadas por estudantes e por professores, sobretudo aquelas relativas ao espaço e à segurança da vida passaram a me desacomodar. A partir disso, comecei a observar certa tendência de se classificar algumas regiões e/ou áreas do espaço (por exemplo, o interior de determinados países asiáticos como a China, diversos países africanos e latino-americanos, como a Nigéria, o Haiti e a Bolívia), como as mais propensas a desencadear surtos epidêmicos, passando a serem, portanto, consideradas potencialmente mais perigosas do que outras. Em outras palavras, passei a aprender que essa tendência, ou, melhor dizendo, esta prática de classificar algumas regiões como mais precárias e, portanto, suscetíveis à emergência de determinados surtos de doenças, estava alicerçada num mapa já previamente constituído e constantemente reconfigurado pela Organização Mundial da Saúde.

² Minhas atividades foram desenvolvidas, entre os meses de setembro e dezembro de 2012, na Universidade de Minnesota, sob a supervisão do Dr. Bruce Braun. Nessa ocasião participei de grupos de discussão relacionados ao tema de minha pesquisa bem como de encontros de orientação individuais, semanais, tanto com meu supervisor quanto com outros professores, por exemplo, Dra. Susan Craddock. Participei, também, como aluno, assistente e docente em aulas de disciplinas diversas e em outras atividades ligadas à Universidade.

Embora acredite que muitos dos posicionamentos com os quais tive contato possam ser considerados coerentes, visto os dados que lhes sustentam, foi interessante ouvir explicações, por exemplo, sobre o Brasil, que pareciam ser formulados acerca das realidades de outros lugares. Lembro de questionamentos sobre os números e ações de prevenção ligadas aos casos de HIV/Aids no país, sobre as doenças causadas pela falta de estruturas adequadas em algumas áreas urbanas, especialmente as favelas cariocas e a região amazônica e ainda sobre as vacinas necessárias no caso daqueles que porventura viessem a visitar o país. Ao mesmo tempo, argumentos acerca da necessidade de monitoramento de doenças como a febre amarela e das formas como são praticados o cultivo de alimentos e a criação de animais, tanto aqui quanto em países asiáticos, eram proferidos com o intuito de se pensar soluções para que os riscos que envolvem essas questões não se aproximem de outras partes do mundo.

Essas manifestações representavam modos de ver a questão da segurança da vida em um contexto espaço-temporal global marcado pela circulação de pessoas e produtos por diversas áreas. Esses eram alguns dos posicionamentos assumidos por sujeitos ‘estrangeiros’, que me causavam estranhamento ao passo que minhas proposições acerca do assunto, proferidas a partir de minha posição de sujeito brasileiro, disparavam sentimentos semelhantes neles. Contudo, os apontamentos que me eram direcionados estavam sustentados por planilhas, por recomendações e por estudos elaborados pela Organização Mundial da Saúde e se dirigiam a uma área do espaço que, em determinados momentos, não parecia ser aquela que conheço. Eram significações que se constituíam por meio de informações oficiais, apresentadas a partir de mapas, textos, vídeos e outros recursos que direcionavam ao espaço, mais precisamente, àquele espaço produzido e apresentado pela Organização Mundial da Saúde, as preocupações referentes à segurança da vida.

Essa situação – relativa à utilização dos dados produzidos pela Organização Mundial da Saúde –, por um lado, me deixou aliviado, pois minhas intenções sempre estiveram voltadas à análise dos documentos elaborados por essa Organização, no sentido de problematizar as ‘verdades’ acerca da saúde e do espaço que ela produz. Porém, passei a pensar sobre a necessidade de discutir as formas como o espaço, incluindo as populações que ocupam áreas distintas, é significado e produzido

culturalmente por tais conhecimentos em lugar de uma abordagem que mirasse nos fronteirismos ligados ao tema.

A partir disso, mais uma questão reforça a relevância deste trabalho, qual seja, a necessidade de serem problematizadas as maneiras pelas quais o espaço é entendido, planejado e (re)produzido pela área da Saúde, tendo em vista os significados mais comuns atribuídos a ele. Nessa direção, a virada que apresento nas páginas que constituem minha pesquisa – relacionadas aos apontamentos sobre o espaço enquanto produto de discursos e não como base dos acontecimentos – pode auxiliar, ao menos àquelas pessoas que tiverem acesso a ele, na direção de olharem para essas questões por outro ângulo. Acredito que isso colabore com a emergência de novas reflexões no que se refere, tanto às ações da saúde mais gerais quanto àquelas direcionadas ao controle e à prevenção de doenças infectocontagiosas. Além disso, suponho que ele possa oportunizar mudanças relacionadas a novas abordagens educacionais, sobretudo, aquelas que podem ser direcionadas à formação de profissionais do campo da Saúde.

Rachel's Wave – Matthew Cusick



2. (DES)CAMINHOS DA PESQUISA

Todo o exercício ambicioso de descrição geográfica crítica, de traduzir em palavras a espacialidade abrangente e politizada da vida social, provoca um desespero linguístico similar. O que se vê ao olhar para as geografias é obstinadamente simultâneo, mas a linguagem dita uma sucessão sequencial, um fluxo linear de afirmações elocutivas, limitadas pela mais espacial das limitações terrenas, a impossibilidade de dois objetos (ou palavras) ocuparem exatamente o mesmo lugar (como uma página). Tudo o que podemos fazer é recompor, justapor criativamente, num experimento com afirmações e inserções do espacial no veio preponderantemente do tempo.

Edward Soja, *Geografias pós-modernas*, 1993, p. 9.

Nesta pesquisa discuto alguns dos desdobramentos que ocorrem a partir dos discursos que visam à segurança da vida, mais especificamente, aqueles ligados ao planejamento de ações e aos cuidados a serem tomados em relação à prevenção e ao controle de doenças infectocontagiosas. Nessa direção, aponto que esses discursos têm sido reformulados e associados a práticas educativas, no decorrer dos últimos anos, de modo a produzirem significados diversos acerca de questões que envolvem tanto o corpo humano quanto o espaço. Assim, ao analisar essa questão, foi necessário fazer uso de um olhar multidimensional, ou seja, foi fundamental considerar uma abordagem articuladora, capaz de tratar das dimensões que são envolvidas por ela – o corpo e o espaço – de forma conjunta.

No entanto, tenho observado que, em muitos casos, as políticas e as práticas relacionadas ao corpo humano, enquanto uma das dimensões para onde são direcionados investimentos nesse sentido, têm sido discutidas e desenvolvidas de modo a produzir promessas e esperanças ligadas à segurança da vida que acabam por localizar os estudos associados ao espaço em um segundo plano. Diante disso, conforme venho sinalizando, o que desenvolvi foi, justamente, uma problematização

acerca do tema na qual o espaço é tomado, também, como dimensão relevante que transforma e é transformada por políticas e conhecimentos, discursivamente produzidos e reforçados, relacionados à segurança da vida.

Porém, antes de me aprofundar nestas questões, nas próximas páginas, destaco aspectos relacionados ao que chamei, no título desta seção, de (des)caminhos da pesquisa, ou seja, aos movimentos metodológicos, pautados por inserções teóricas, que me conduziram até aqui. Essa expressão foi escolhida no sentido de representar os diferentes rumos que tomei durante o processo de elaboração de minhas análises e argumentos. Explico, todavia, que deixarei de lado as explanações relacionadas aos rumos que não foram corretamente escolhidos – por não virem ao caso, ao menos neste momento – mas, fiz questão de referenciá-los na direção de indicar que, assim como as relações socioespaciais com as quais opero são dinâmicas e imprevisíveis, os caminhos das pesquisas acadêmicas também o são.

Nas seções que se seguem, portanto, apresento elementos relacionados aos Estudos Culturais, perspectiva sob a qual desenvolvi minhas reflexões. Partindo disso, destaco os principais conhecimentos, provenientes dos campos da Geografia e da Saúde, os quais, aproximei em minhas discussões que são pautadas também pelos preceitos que envolvem a Educação. Na sequência, discorro sobre questões relativas aos discursos que envolvem a saúde e, também, à análise do discurso. Foram essas que direcionaram minhas análises acerca do material estudado. Nas seções seguintes, apresento o site da Organização Mundial da Saúde, a partir do qual compus o conjunto de publicações e de documentos que foram analisados e, posteriormente, demonstro o conjunto de materiais que, efetivamente, foram lidos e inseridos no trabalho.

2.1 – ESTUDOS CULTURAIS: UMA MANEIRA DE BORRAR FRONTEIRAS TEÓRICAS

Esta pesquisa se insere em uma zona de intersecção, pois foi desenvolvida a partir do cruzamento de conhecimentos diversos, provenientes das áreas da Educação, da Geografia e da Saúde. Acredito que por meio dessa manobra foi possível direcionar

ao meu objeto de estudo, qual seja, os discursos que envolvem a segurança da vida – ligados à prevenção e ao controle de doenças infectocontagiosas – que são produzidos e divulgados pela Organização Mundial da Saúde, um olhar diferente daquele que seria possível a partir da utilização de um único conjunto de saberes, validados, especificamente, por alguma das áreas que aproximei.

Nesse sentido, é interessante que eu explique que as análises desenvolvidas por meio dos preceitos de uma disciplina distinta, muitas vezes, ficam limitadas pelas verdades ligadas a ela, ou seja, ficam restritas às normas e aos conhecimentos que a constituem e que são produzidos em seu interior. Sobre isto, Michel Foucault (2010) afirma que as disciplinas estabelecem o domínio dos objetos e dos métodos de análise como um conjunto de proposições verdadeiras. Alfredo Veiga-Neto (1995), complementarmente, adverte que as disciplinas determinam quais objetos devem ser analisados e as regras que precisam ser seguidas para o desenvolvimento das análises, produzindo e instituindo, desse modo, preceitos que passam a ser considerados ‘mais verdadeiros’ quando comparados a outros.

Operar dentro dos limites de uma única área, portanto, pode ser entendido como trabalhar a partir da necessidade de utilização de um conjunto de marcas e de sinais que determinam o que pode ser dito e pensado, separando o que passa a ser tomado como verdadeiro daquilo que não é considerado aceitável. Assim, destaco que trabalhei sob a perspectiva dos Estudos Culturais como uma das maneiras possíveis de ‘transgredir’ as limitações que envolvem os campos da Educação, da Geografia e da Saúde, de modo a tensionar as verdades que dão forma aos seus, por vezes, diferentes argumentos relacionados ao controle e à prevenção de doenças infectocontagiosas.

Explico que os Estudos Culturais são definidos, por autores como Ana Carolina Escosteguy (2000), como um campo de análise em que o pesquisador pode contar com a interação de diferentes áreas no sentido de serem discutidos diversos aspectos culturais da sociedade. Para Cary Nelson, Paula Treichler e Lawrence Grossberg (2003), “os Estudos Culturais se aproveitam de quaisquer campos que sejam necessários para produzir o conhecimento exigido por um projeto particular” (p.9). Portanto, ao possibilitarem a articulação entre diferentes conhecimentos que envolvem campos distintos e, ainda, por considerarem as necessidades dos pesquisadores, em

relação aos objetos de estudo, os Estudos Culturais tornam possível o entendimento em relação ao que pode ser chamado de rede de relações, estabelecida entre diferentes elementos sociais.

Isso possibilita que se opere a partir do borramento das fronteiras que separam os diferentes discursos, por exemplo, aqueles que se referem à prevenção e ao controle de doenças infectocontagiosas relacionados ao corpo humano e os que se direcionam ao espaço. Assim, as pesquisas feitas sob essa perspectiva passam a se inserir em zonas de intersecção, em que os distintos campos, nos quais se apoiam os pesquisadores, se fundem. Devo lembrar que no capítulo anterior sinalizei que uma das questões que busco problematizar, e que considero bastante relevante, é, justamente, aquela que envolve a ruptura e/ou os afastamentos existentes entre diversas discussões relacionadas à saúde e ao espaço, tanto no interior das disciplinas quanto entre elas.

Quando essas discussões são produzidas isoladamente, no interior dos diferentes campos que as abordam – conforme tem sido feito em muitas ocasiões – acredito que se corre o risco de serem privilegiados os padrões metodológicos e discursivos que constituem o campo no qual os pesquisadores se situam. Diante disso, argumento, novamente, que se cria uma diferenciação entre os saberes que acaba por limitar diversas possibilidades de discussão e, ainda, em alguns casos, reforça o predomínio de uma área sobre a outra. Seria isso, conforme acredito, que ocasiona um aumento no distanciamento entre as práticas e os discursos dos profissionais que se inserem em campos distintos, mas que visam a tratar de temas comuns.

Portanto, a partir da possibilidade de transitoriedade entre territórios teóricos distintos, torna-se possível que sejam tensionados os diferentes discursos que os envolvem de forma crítica e reflexiva. Nesta direção, Richard Johnson (2000) propõe que as pesquisas produzidas sob os preceitos dos Estudos Culturais apresentam versatilidade teórica, espírito reflexivo e, especialmente, consideram a importância da crítica, no seu sentido mais amplo, ou seja, não apenas negativo. Rosa Maria Bueno Fischer (2010), ao falar sobre os Estudos Culturais, propõe que uma das linhas de força que envolvem o campo é, justamente, aquela que se relaciona às investigações de caráter qualitativo que almejam olhar para os fenômenos sociais a partir da produção e da circulação de sentidos na cultura, de forma reflexiva.

A autora chama a atenção para o fato de que nessa perspectiva, “escapa-se das explicações diretas e causais, segundo as quais os espaços da cultura e da educação apenas reproduzem as relações econômicas (e portanto de classe)” (FISCHER, 2010, p. 10). Ela refere que muitos pesquisadores que desenvolvem suas pesquisas sob essa maneira de olhar para seus objetos de análise, contam com a possibilidade de serem, no mínimo, criativos em relação às formas de pesquisar e de apontar os possíveis efeitos de significação cultural que as próprias estratégias de ‘reprodução’ de conhecimentos diversos fazem emergir.

Tendo em vista os apontamentos dessa autora, destaco que, ao falar sobre os discursos que envolvem a segurança da vida e as formas como o espaço é produzido e transformado a partir deles, observei que as relações econômicas perpassam tais questões e, ainda, ocasionam alguns dos efeitos provenientes desses discursos. Contudo, certamente, elas não são os únicos elementos relevantes nessa discussão, tampouco – eu diria – podem ser tomadas como algo relacionado, estritamente, às tradicionais discussões que envolvem as classes sociais. Acredito que elas sejam mais amplas, pois atravessam e dão forma a contextos formados por diferentes escalas – individuais, nacionais, regionais e globais, no mínimo. Diante disso, no decorrer de minhas investidas, surgiu a necessidade de colocar em prática essa ideia de ‘criatividade analítica’, pois, a partir dela foi possível estabelecer discussões mais abrangentes sobre o tema, especialmente, no que se refere aos aspectos ligados ao espaço quando relacionados aos discursos que agem na direção de estabelecer parâmetros e educar as populações acerca da segurança da vida.

Nessa direção, comento que, no âmbito dos Estudos Culturais, são comuns alguns deslocamentos em relação às análises mais consagradas, porque os próprios objetos de pesquisa criam conhecimentos e desencadeiam práticas que buscam fazer a diferença nos processos envolvidos pelos contextos sociais onde são desenvolvidos. Esses deslocamentos são provocados pela preocupação que os pesquisadores assumem ao analisarem artefatos culturais através de uma perspectiva local ou contextualizada, concomitantemente aos efeitos cada vez mais relevantes da globalização (SOUZA, 2000).

Assim, menciono que as formas pelas quais olhei e tratei as questões que constituem este trabalho, não deixaram de ser balizadas pelo contexto em que me insiro, que é atravessado por tendências e conhecimentos que circulam em escala global. Diante disso, apesar de eu ter lidado com discursos relacionados ao controle e à prevenção de doenças que são produzidos e divulgados internacionalmente, meu modo de ver e de analisar tais questões, certamente, foi pautado por minhas vivências locais, ligadas, especialmente, aos meus anseios, meus conhecimentos e minhas dúvidas pessoais e profissionais acerca do assunto – que diferem, portanto, dos modos de ver de meus colegas geógrafos com os quais convivi durante o doutorado sanduíche, conforme discutido no capítulo anterior.

Portanto, retomo que desenvolvi um estudo em que diversos elementos relacionados às formas como somos educados a respeito de conhecimentos ligados à saúde e aos efeitos deles sobre o espaço foram articulados entre si. Para tanto, utilizei esses elementos, digamos, de ‘igual para igual’, ou seja, os abordei como questões que se desdobram de forma complementar, cujas áreas envolvidas apresentam relevância equilibrada e, ainda, dependem umas das outras no que se refere ao processo analisado.

Ainda, é importante que eu diga que não pretendo argumentar na direção de defender que minhas proposições venham a ser as melhores ou as mais verdadeiras, nem mesmo que sejam inéditas. Certamente, quando observados, meus apontamentos poderão oportunizar questionamentos acerca de alguns ‘escapes’ relacionados a determinados elementos que eu tenha negligenciado, bem como à validade de meus argumentos, tendo em vista as perspectivas teóricas em que se inserem os diferentes leitores. Ainda, por outro lado, minhas proposições poderão oportunizar comparações com outras pesquisas que, porventura, tenham sido produzidas a partir das mesmas intenções. Dessa maneira, me parece relevante reforçar que não foi meu objetivo encontrar respostas definitivas, tampouco estabelecer padrões de (re)produção espacial ligados aos discursos que envolvem a segurança da vida que devam ser considerados os ‘mais’ adequados. O que almejei, efetivamente, foi problematizar as maneiras pelas quais as ações relacionadas à prevenção e ao controle de doenças, nos

dias de hoje, têm transformado, por meio de estratégias de informação e de educação, os entendimentos sobre a saúde e, conseqüentemente, o espaço.

Partindo dessas questões, nas próximas subseções apresento alguns dos conhecimentos que me auxiliaram em tal empreitada. Talvez eu esteja adiantando algumas questões que serão apresentadas nos próximos capítulos, porém, a validade dessa manobra se encontra baseada em minhas intenções relacionadas a uma rápida apresentação dos conhecimentos que dão forma a este trabalho, especialmente, dos campos da Geografia e da Saúde que foram inseridos no contexto da Educação. Considero que cada um dos campos que aproximei possa ser considerado como um território teórico cujas fronteiras foram transgredidas a ponto de serem borradas. Assim, chamo estas subseções de *Território teórico 1: Geografia* e de *Território teórico 2: Saúde*.

2.1.1 – TERRITÓRIO TEÓRICO 1: GEOGRAFIA

Relembro que minhas intenções giram em torno da discussão de algumas das maneiras pelas quais o espaço tem sido (re)produzido por meio dos discursos que envolvem a segurança da vida. Nessa direção, destaco que essa dimensão, o espaço, é considerado o objeto de estudos do campo da Geografia. Portanto, para aqueles profissionais e pesquisadores provenientes da Geografia, como é o meu caso, ele é colocado em lugar de destaque ao serem analisadas questões do mundo sob as perspectivas históricas, sociais, políticas, econômicas, culturais, raciais, de gênero, de orientação sexual, de distinção de classes, entre outras (SOJA, 2008). Contudo, ressalto que essas questões não devem ser desconsideradas, pois, partindo dos pressupostos geográficos, são elas que constituem o espaço conforme o entendemos.

Bruce Braun (2008a), por exemplo, aponta que o espaço deve ser abordado, como um produto que se desenvolve conjuntamente a estas questões, as quais, dão forma às espacialidades. As espacialidades, de acordo com ele, são as dinâmicas que abrangem as mais distintas formas de relações sociais articuladas às materialidades já

existentes, bem como as resultantes dessas. Assim, para as atuais perspectivas geográficas, torna-se inadequado acreditar que o meio natural, descolado das ações sociais e das materialidades construídas, possa ser chamado de espaço ou vice-versa (SOJA, 1993). É interessante alertar que, apesar dessa dualidade que precisa ser destacada – entre as relações sociais e as materialidades –, o espaço é um elemento único, carregado de significações culturais, conforme afirma Doreen Massey (2009).

Para Jonathan Murdoch (2006), o espaço é algo que precisa ser tomado por meio da complexidade das dinâmicas sociais que ocorrem em seu interior e que lhe dão formas e significados. Nesta direção, vale dizer que a própria utilização de expressões como: ‘no espaço’ (MURDOCH, 2006), ‘dentro do espaço’ (BRAUN, 2008a), ‘pelo espaço’ (MASSEY, 2009), sugerem um deslocamento em relação aos entendimentos mais comuns e/ou tradicionais. Isto significa dizer que o espaço não é, exatamente, um elemento ‘morto’ ou uma ‘base’ sobre a qual os fenômenos ocorrem, mas, ao contrário disso, ele é algo vivo e ativo no que se refere às mais diversas dinâmicas sociais. Em outras palavras, é a resultante e o resultado de tudo o que podemos apreender (WAGNER, 2008).

Partindo desses entendimentos, Edward Soja (2008) refere que a espacialidade materializada e socialmente construída da vida humana é tão importante e reveladora quanto os aspectos históricos e sociais que a envolvem. As questões espaciais podem ser tomadas como bastante relevantes, inclusive, no que se refere, por exemplo, às intervenções da mídia eletrônica, que fazem surtir efeitos que nos posicionam frente aos mais diversos acontecimentos que ocorrem em escalas global, regional, nacional e individual. Isso pode ser explicado pelo fato de que essas mídias direcionam nossas atenções aos mais diferentes acontecimentos, ocorridos em outras nações – territórios longínquos – ao mesmo tempo em que apresentam questões próximas a nós. Assim, elas passam a ser entendidas como fenômenos que relativizam as distâncias materialmente existentes e produzem entendimentos ligados ao espaço (SOJA, 1996; 1993).

Álvaro Heidrich (2008), ao falar sobre o espaço e sobre as espacialidades contemporâneas, refere que elas devam ser entendidas a partir de acontecimentos e de relações complexas, pois não se trata de apenas uma ordem operando sobre o espaço,

mas de uma multiplicidade de fatores que as constituem. Em função disso, elas podem dar origem a análises espaciais que operem com questões próprias de nossos tempos. Assim, essa forma de se valorar as questões espaciais e as formas com que podem ser analisados diversos temas, possibilitam levar em consideração os discursos que envolvem a segurança da vida, bem como as transformações dos significados que envolvem o próprio espaço e que podem ser desencadeadas por eles.

Além disso, as análises que desenvolvi foram pautadas por alguns aumentos e diminuições de foco no que se refere às escalas sobre as quais direcionei meu olhar. Esse é mais um dos conhecimentos da Geografia que me auxiliaram. Isso foi necessário devido ao fato de que os discursos ligados à segurança da vida, por vezes, são direcionados a diferentes escalas, entre elas, a individual, a nacional, a regional e a global. Ao falar sobre escalas, é interessante que eu esclareça que este conceito envolve quatro acepções distintas, quais sejam, a escala enquanto tamanho, a escala cartográfica, a escala espacial e a escala conceitual (CORRÊA, 2012). Diante disso, me limito a dizer que operei com a ideia de escala espacial que, de acordo com Roberto Corrêa (op. cit.), “constitui traço fundamental da ação humana, relacionada a práticas que se realizam em âmbitos espaciais mais limitados ou mais amplos, mas não dissociados entre si” (p. 41-42). Assim, tendo em vista as palavras do mesmo autor, explico que “a escala espacial, além de ser um elemento fundamental para o geógrafo, constitui parte integrante das práticas espaciais dos agentes sociais da produção do espaço” (p. 43).

Acerca disso, destaco que Raul Guimarães (2005), quando relaciona os conhecimentos espaciais às questões relativas à saúde, aponta a necessidade de se operar em escalas espaciais diferenciadas. Para ele, mesmo que se procure analisar essas questões levando-se em consideração um determinado nível de abrangência por exemplo, o nível nacional, deve-se lembrar que cada seguimento social, envolvido nos processos de saúde, acaba tecendo suas redes e nexos espaciais que guardam em si graus de indeterminação. Seria, portanto, o caráter imprevisível das redes tecidas socialmente que cria um contexto multifacetado no qual as questões sobre a saúde não podem ser analisadas a partir de uma única escala. É necessário, de acordo com ele, prender a atenção aos diversos níveis de matizes e às diferentes modalidades de

circulação, de distribuição e de consumo que as envolvem. O mesmo autor aponta ainda que é importante considerar, nesse tipo de análise, “as características que tornam coerente cada escala geográfica produzida socialmente”, “as diferenças internas de cada escala geográfica”, “as fronteiras entre as escalas geográficas em jogo” e “as possibilidades de saltar escalas” (p. 1022). Assim, elementos como a cooperação e a aceitação referentes aos discursos de saúde, as forças de competição e resistências entre esses discursos, bem como os mecanismos de mediação deles, podem ser analisados de forma integrada³.

Apresentadas essas questões, mesmo que de forma breve, na sequência, discorro sobre os conhecimentos que busquei no campo da Saúde. Lembro que a intenção disso é a de apresentá-los no sentido de marcar que esses discursos são de grande relevância no que diz respeito à (re)produção do espaço, tendo em vista o que foi dito, nas últimas linhas, sobre essa dimensão.

2.1.2 – TERRITÓRIO TEÓRICO 2: SAÚDE

Entendo a área da Saúde como um dos campos nos quais são produzidas e divulgadas diversas informações relevantes que podem – e devem – ser associadas às transformações que envolvem o espaço. Os conhecimentos provenientes dessa área, por estarem constantemente em circulação, podem ser considerados importantes questões culturais que, nos dias de hoje, balizam e produzem – ao passo em que são produzidas por elas – diversas práticas e recomendações que atravessam as populações no que se refere à segurança da vida. Considero que esses atravessamentos agem no sentido de fazer com que esses discursos passem a ser incorporados às dinâmicas sociais mais atuais, por meio de estratégias de informação e de educação, e, assim, atuam na (re)produção do espaço, conforme vem sendo indicado.

³ Guimarães (2005) refere que quanto mais uma ação resultar na articulação de múltiplas escalas, maior pode ser considerada a sua importância política. Para ele, é a síntese de escalas que são usadas para a abordagem de diversos assuntos que demonstram a importância do mesmo.

Nessa direção, o que me interessou, mais especificamente, foram os conhecimentos relativos ao controle e à prevenção de doenças infectocontagiosas que são produzidos e divulgados, especialmente, pela Organização Mundial da Saúde. Minha escolha foi feita em função de acreditar que esses saberes, validados por essa agência, constituem e moldam diversos conhecimentos do campo da Saúde e passam a ser incorporados às práticas de profissionais, de pesquisadores e da população em geral. Ainda, esses conhecimentos se encontram associados a estratégias de divulgação e de aplicação de práticas que se direcionam às diferentes escalas que mencionei, pois passam a influenciar comportamentos individuais, bem como, diversas políticas globais, regionais e nacionais.

Paulo Buss e Alberto Pelegrini Filho (2007), ao falarem das práticas ligadas à prevenção e ao controle de doenças, explicam que elas passaram a ser intensificadas a partir da década de 1950, em decorrência do sucesso da erradicação da varíola. A partir disso, emergiu uma ênfase nas campanhas de combate a doenças específicas por meio da aplicação de tecnologias de prevenção ou de cura. Atualmente, essa é uma das importantes linhas de atuação da Organização Mundial da Saúde que classifica tais práticas como ferramentas fundamentais no que se refere à promoção e à prevenção da saúde.

Todavia, Dina Czeresnia (2003) chama a atenção para o fato de que existem diferenças, atualmente, entre os termos 'prevenção' e 'promoção' quando ligados à saúde. Para a autora, o reconhecimento dessas diferenças implica grandes mudanças no que diz respeito à articulação e à utilização de conhecimentos que envolvem as práticas de saúde. A promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira mais ampla que a prevenção, pois se refere a medidas que não são dirigidas a uma determinada doença ou desordem, mas que servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais (CZERESNIA, 2003). Já, as ações de prevenção, segundo a autora:

definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 2003, p. 04).

Diante dessas diferenças, ressalto que meu interesse de pesquisa foi centrado no que a autora chama de prevenção, mesmo que ambas as noções sejam consideradas, em muitos momentos, semelhantes no âmbito dos argumentos da Organização Mundial da Saúde. Explico, ainda, que essas questões, relativas ao controle e à prevenção de doenças, podem ser articuladas aos argumentos de Rogério Haesbaert (2008) que fala sobre a segurança e sobre as biopolíticas. Para ele, a segurança, em suas múltiplas matizes, é um termo que pode envolver questões que vão desde os conflitos armados até às dinâmicas da vida cotidiana. Pode-se dizer que preocupações diversas, no dia-a-dia se multiplicam de modo a fazer com que queiramos, cada vez mais, segurança referente aos mais diversos problemas, entre eles, aqueles ligados à saúde. De certo modo, essa afirmação me ajuda a adiantar que ao tratar dos discursos relacionados à segurança da vida, pela perspectiva da saúde, não os tomei como algo que é imposto, mas como práticas que engajam diversos sujeitos no que se refere aos seus preceitos.

Como forma de introduzir o conceito de biopolítica, aponto que ele é formado pela gama de tecnologias de poder, com foco nas populações, como conjuntos de seres vivos coexistentes que apresentam traços biológicos particulares (FOUCAULT, 2008a). Em função disso, sobre as populações são investidas técnicas e saberes específicos que envolvem, entre outras questões, aquelas relacionadas à segurança da vida. De acordo com Paula Sibilia (2002), todos os Estados implementam suas biopolíticas de planejamento, regulação e prevenção, a fim de intervir nas condições de vida para modificá-las e impor normas. Para isso, concomitantemente, novas práticas precisam ser associadas a elas de modo a se adequarem aos novos conhecimentos e às questões culturais que fazem parte de um mundo – eu diria espaço – cada vez mais interligado e dotado de conhecimentos técnico-científicos.

Retornando às questões ligadas à emergência dessas preocupações, Antoine Prost e Gerard Vincent (2003) e Paul Jackson (2011), afirmam que essas práticas tomaram forma devido a uma preocupação relacionada ao medo das doenças. Dessa forma, a questão da saúde que, em um primeiro momento fazia parte apenas da esfera privada da vida, posteriormente, foi assumida rapidamente pelos Estados, sendo considerada uma questão de segurança referente à esfera pública. Em função disso, os

autores argumentam que “quando um problema [a saúde] assume tanta importância para a população é, de fato, inevitável que o Estado intervenha” (PROST e VINCENT, p.109). Moacyr Scliar (2002), refere que a saúde pública, por muito tempo, foi classificada como a medicina do corpo social, cujo objetivo consistia em tratar as pessoas que apresentavam doenças diversas. Contudo, essa ideia foi deslocada, pois hoje, a saúde pública almeja prevenir, informar, garantir a diminuição da doença, buscar a cura e, mais recentemente, ampliar cada vez mais os níveis de saúde (RIBEIRO, 2003).

Essa nova concepção influencia nossas vidas, instituindo modos de viver por meio dos discursos que responsabilizam os cidadãos, entre outras coisas, pela conservação e manutenção de suas condições de saúde, bem como pelas condições de saúde daqueles que os cercam e, ainda, das áreas em que vivem. Dessa maneira, as investidas ligadas ao que os autores chamam de saúde pública vêm dando forma a estratégias de informação que visam a educar as populações e, conseqüentemente, alterar espacialidades. Esse, seria, em minha opinião, o principal fator que as tornaram relevantes para esta pesquisa, pois por meio de direcionamentos que miram no corpo, passam a alterar o espaço. Em razão disso, na próxima seção, mesmo que já venha fazendo referência a isso, explico minhas escolhas relacionadas a tratá-las por meio da análise de discurso.

2.2 - DISCURSOS QUE ENVOLVEM A SEGURANÇA DA VIDA, EDUCAM AS POPULAÇÕES E (RE)PRODUZEM O ESPAÇO

É comum termos contato com diferentes recomendações ligadas à segurança da vida. Especificamente, tendo em vista os propósitos deste trabalho, proponho que entre essas recomendações estão aquelas direcionadas ao controle e à prevenção de doenças infectocontagiosas. Essas recomendações podem ser observadas, por exemplo, quando assistimos ou lemos notícias, pois, de tempos em tempos, o assunto ganha lugar

de destaque nas diferentes mídias que buscam informar e educar os sujeitos em relação a velhas e a novas doenças.

Um exemplo disso envolve as notícias sobre os casos de contaminação pela bactéria intestinal *E-coli enterohemorragica*, acontecidos na Europa, no ano de 2011. Essa bactéria causou dezenas de mortes, principalmente, na Alemanha e na Suécia, entre os meses de maio e junho. Conforme apontaram a versão *on-line* do jornal Folha de São Paulo⁴ e o portal de notícias G1⁵, entre outros, no início, as suspeitas relacionadas à origem das contaminações eram lançadas sobre a ingestão de verduras e legumes. Esse fato interferiu nas importações e exportações de tais produtos, pondo em risco a economia de determinadas regiões europeias nas quais são cultivados os alimentos que eram suspeitos de terem iniciado o problema. Normas ligadas à regulação de compra e venda de vegetais, entre países, foram estipuladas, emergencialmente, e transações foram canceladas ao mesmo tempo em que produtos foram devolvidos aos produtores. Além disso, recomendações ligadas à circulação de pessoas, no interior dos países atingidos, apresentavam os cuidados a serem tomados no que se refere ao consumo de alimentos e ainda aconselhavam o cancelamento de viagens para determinados destinos.

Após serem descobertas maiores informações sobre as formas como ocorriam as contaminações, as autoridades sanitárias informaram que infecções poderiam acontecer, também, em função do contado entre pessoas. Tal informação serviu como disparador para que novas recomendações fossem criadas, de modo a se evitar uma possível pandemia. A partir de depoimento dado por um epidemiologista da Organização Mundial da Saúde, ao jornal Folha de São Paulo – no dia 03 de junho de 2011 – foram apresentadas algumas estratégias de prevenção relacionadas à doença, bem como informações sobre a forma como ela agia e acerca dos sintomas que a identificavam. A relevância de educar as populações de outros lugares sobre tais ações foi justificada pela possibilidade de a bactéria se espalhar por diferentes países e, dessa forma, por em risco a vida de diferentes populações em escala global.

⁴ Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/mundo/924939-bacteria-e-coli-pode-ser-transmitida-de-pessoa-para-pessoa-diz-oms.shtml>. Consulta feita no dia 20 de setembro de 2011.

⁵ Disponível em <http://g1.globo.com/mundo/noticia/2011/06/ecoli-sobrecarrega-hospitais-alemaes-e-chega-22-mortes.html>. Consulta feita no dia 20 de setembro de 2011.

Outra situação parecida, que ganhou espaço na mídia e preocupou um número expressivo de indivíduos, foi constituída pelos casos de infecção pelo vírus da *Influenza A (H1N1)*, no ano de 2009. Nesse caso, ao contrário da bactéria *E-coli*, os registros de infecção não foram restritos a poucos territórios, mas se espalharam por diversas regiões do planeta. Lembro que os telejornais, durante o período que compreendeu o maior número de infecções, apresentavam notícias e boletins especiais frequentemente, nos quais eram mostradas as recomendações e ações de controle lançadas pela Organização Mundial da Saúde e repetidas pelas instâncias de saúde locais.

Além dos casos reais, a partir dos quais os discursos relacionados ao controle e à prevenção de doenças infectocontagiosas são postos, mais incisivamente, em circulação, pode-se considerar outras situações que podem agir como ferramentas de educação. Os diversos filmes e livros – verídicos e ficcionais – que envolvem o tema, bem como as campanhas de saúde lançadas por diversos países, são constituídos e constituem discursos que têm a intenção de educar as populações. Ainda, os contextos escolares, nos quais professores de diversas disciplinas organizam projetos e ações educativas sobre a prevenção de doenças e os ambientes relacionados à saúde – hospitais, clínicas, ONGs –, onde conselhos e orientações são ministrados, também, podem ser usados como exemplos.

Acredito que as situações apresentadas, dão forma aos modos como os conhecimentos que envolvem o controle e a prevenção de doenças educam as populações. Seriam essas diversas instâncias culturais que colaboram para que os indivíduos administrem práticas potencialmente mais seguras. Além disso, auxiliam para que os próprios conhecimentos sejam, até certo ponto, dominados pelo maior número de pessoas que passam a colaborar com a circulação desses discursos.

Luís David Castiel (1999) propõe a ideia de que somos educados, frequentemente pelos discursos provenientes da área da saúde. Esses discursos circulam entre as populações, por exemplo, a partir dos meios de comunicação, das campanhas de conscientização que são apresentadas aos mais diferentes indivíduos em contextos distintos e, ainda, por meio de práticas pedagógicas, por exemplo, aquelas relacionadas aos ambientes escolares, bem como acadêmicos. Eles instituem e

reforçam os imperativos da saúde, tanto em relação à esfera pública quanto em relação à esfera privada e consideram a saúde, não apenas como algo referente aos sujeitos e suas práticas individuais, mas como pertencentes a grupos sociais.

Tendo em vista o argumento central que apresento neste trabalho, qual seja, de que o espaço é (re)produzido por esses discursos, proponho que ao educarem as populações, eles passam a dar forma a espacialidades que se relacionam aos significados que envolvem o espaço e que podem ser emergentes dos preceitos da saúde. Penso que seja oportuno retomar, como exemplo, o caso das campanhas relacionadas ao combate ao fumo, abordadas por Darsie (2006), que, no decorrer dos últimos 10 anos, oportunizaram significativas mudanças no que se refere ao posicionamento de sujeitos fumantes, bem como ao surgimento de ambientes ‘livres de fumaça’. Desde que as campanhas contrárias ao ato de fumar passaram a ser elaboradas e divulgadas, os discursos que as envolvem passaram a fazer parte e a dar forma a dinâmicas culturais inseridas nos contextos espaço-temporais em que são apresentadas. A partir desses discursos, foram criadas condições para o fortalecimento dos preceitos ligados ao tema, para a criação de novas leis restritivas e, ainda, para novas maneiras de se estabelecer limites relacionais que oportunizaram mudanças significativas relacionadas a disposição de diversas pessoas no espaço.

No que tange a esse aspecto, Darsie (2012, 2011) refere que os discursos que são produzidos na área da saúde – e que a produzem – ao serem divulgados por diferentes mídias e profissionais ligados a áreas como a Saúde e a Educação oportunizam o entendimento e o uso de determinados conceitos e práticas que, anteriormente, se apresentavam restritos aos médicos. Assim, eles passam a fazer parte do cotidiano de muitos indivíduos, operando no sentido de lembrar a todos que cuidar do corpo é algo imprescindível. Essa situação ocasiona demandas relativas aos cuidados que são orientados às novas opções técnicas e tecnológicas relacionadas à segurança da vida, de acordo com as áreas espaciais em que se desdobram. Além disso, ela altera espacialidades que passam a orientar estruturas e organizações espaciais diversas.

Diante disso, Castiel (2010) propõe que os discursos sobre a saúde se encontram atrelados a outros elementos – que não apenas à saúde – de modo a

instituírem normas sociais que se enquadrem nos objetivos das sociedades em que vivemos. Ele refere que, nos dias de hoje, ocorre a predominância de discursos que são produzidos no âmbito de algo chamado, por muitos, de “nova saúde pública (NSP)” (p.136). Essa instância, segundo ele, é formada por práticas que envolvem a Promoção e a Educação em Saúde, o marketing social, a imunização dos indivíduos, o controle de riscos relacionados às doenças, entre outras. Nessa direção, ela está embasada pela noção de que as descobertas da ciência, associadas a determinadas instituições – entre elas a Organização Mundial da Saúde –, se mostram capazes de conduzir, de modo eficaz, estratégias que possibilitem melhores condições de enfrentamento às ameaças que põem em risco a integridade humana (CASTIEL, 2010).

Norman Fairclough (2001), ao abordar as mudanças sociais estabelecidas pelos discursos, argumenta que eles constituem todas as dimensões da estrutura social que, direta ou indiretamente, o moldam e o restringem através de suas próprias normas e convenções, como também, relações, identidades e instituições que lhe são subjacentes. Para o autor, os discursos são usados a partir de diferentes tipos de linguagem. Eles se multiplicam em diferentes situações sociais, atingindo diferentes sujeitos e constituindo diferentes posicionamentos. Para Castiel (1999), a linguagem utilizada para que os discursos atinjam às populações é articulada de modo a tornar-se acessível aos mais diversos indivíduos, com intuito de educá-los para que possam administrar seus modos de viver, de comer, de beber, de manter relações sexuais, etc. Como ressalta Fairclough (op. cit.), as práticas discursivas em relação ao estilo de vida dos sujeitos contribuem, em primeiro lugar, para a construção do que é referido como ‘identidades sociais’ e ‘posições do sujeito’ para os ‘sujeitos’ sociais e os tipos de eu, modificando o conhecimento e até mesmo as crenças e o senso comum.

Contudo, de acordo com Foucault (1996), o discurso é uma prática que age articulada a outras práticas e, portanto, deve ser pensado que operar no sentido de se analisar discursos, significa lidar com práticas discursivas. Para ele, as práticas discursivas não devem ser limitadas às ações comunicativas pelas quais os indivíduos formulam ideias, desejos ou, então, as capacidades individuais ligadas à articulação de fala e escrita. O discurso, nesse sentido deve ser analisado levando-se em conta um conjunto de regras anônimas e históricas que são encaixadas em determinados lugares

e em determinados tempos de acordo com as áreas sociais, econômicas, geográficas, entre outras, nas quais eles definem e são definidos pelas possibilidades de circulação e atravessamento que encontram e constroem.

Nesse sentido, as práticas discursivas não se constituem apenas pelas falas proferidas, mas englobam diversas estratégias muito mais amplas. Como argumentam Veiga-Neto e Maura Lopes (2007), as práticas discursivas não são apenas atos de fala, mas todo um conjunto de enunciados que formam o substrato inteligível para as ações. Isso equivale a dizer que são essas práticas que moldam nossas formas de constituir o mundo, de compreendê-lo e de falar sobre ele. Conforme aponta Foucault (2005), a formação discursiva pode ser tomada como método a ser utilizado para a análise do discurso.

Fischer (2001) explica que para se produzir análises de discursos precisamos recusar “as explicações unívocas, as fáceis interpretações e igualmente a busca insistente do sentido último ou sentido oculto das coisas” (p.198). Para ela, é necessário permanecer no nível das palavras ditas – ou escritas – e se trabalhar intensamente com o próprio discurso. Não se trata de procurar por sentidos que estejam escondidos em algum lugar obscuro, mas operar com aquilo que efetivamente é dito e que se articula com as práticas as quais descreve. Analisar um discurso, portanto, significa analisar práticas que se encontram vivas dentro dele.

Nessa direção, a autora refere que ao falarmos de discursos publicitários, políticos, médicos, pedagógicos, entre outros, pode-se pensar que cada discurso compreende um conjunto de enunciados que se apoiam em um determinado sistema de formação discursiva. Assim, um enunciado pode ser tomado como objeto interpretativo, mas não deve ser desprezado o fato de que ele se encontra amarrado a um determinado contexto histórico e espacial que criou possibilidades para que um discurso dominante fosse estabelecido. Conforme aponta Foucault (2005), um discurso é constituído pelos controles que se exercem sobre as palavras que podem ou não serem ditas e escritas.

Fischer (2001) aponta que termos como pluridiscursividade, heterogeneidade discursiva, interdiscurso, seriam apenas algumas das formas de se tratar a dispersão

de enunciados e dos discursos. Fairclough (op.cit.), em uma direção semelhante, refere que é importante que se ressalte as coerências e as incoerências lógicas que ocorrem no âmbito dos discursos de modo a se identificar as diferentes possibilidades que formam um sistema discursivo. Para ele, são as diferentes direções apontadas, discursivamente, que moldam diferentes dinâmicas sociais. Retomando Fischer (op.cit.), a autora refere que devem ser constituídas unidades de modo a apresentar as distinções que ocorrem em um sistema complexo. Essa situação, pelo que entendo – e relacionando à temática deste trabalho – torna possível a formação de conhecimentos e comportamentos, ligados à segurança da vida, que são sobrepostos, uns aos outros. Para a autora:

Espaço de dissensões e oposições múltiplas, a formação discursiva faz-se de asperezas e estridências, mais do que de harmonias e superfícies lisas. Inteiramente vivo, o campo enunciativo acolhe novidades e imitações, blocos homogêneos de enunciados bem como conjuntos díspares, mudanças e continuidades. Tudo nele se cruza, estabelece relações, promove interdependências. O que é dissonante é também produtivo, o que semeia a dúvida é também positividade crítica [...] Em outras palavras, considerar a interdiscursividade significa deixar que aflorem as contradições, as diferenças, inclusive os apagamentos, os esquecimentos; enfim, significa deixar aflorar a heterogeneidade que subjaz a todo discurso (FISCHER, 2001, p. 212).

Diante do que apresentei até aqui, ressalto que minhas análises foram feitas tendo em vista os discursos que envolvem as publicações da Organização Mundial da Saúde. Para tanto, levei em conta os conhecimentos e estratégias que envolvem o controle e a prevenção de doenças, ligados ao corpo e ao espaço, de forma articulada. Assim, fiz uso desses documentos para apontar, a partir de seus textos as verdades que são constituídas e apresentadas por eles de modo a discutir as práticas que, conforme acredito, têm causado efeitos relevantes relacionados à (re)produção espacial. Dito isso, na sequência, esclareço algumas questões relacionadas à obtenção, à escolha e à organização do material com que trabalhei.

Desde o início da década de 1990, o uso da internet tornou-se comum para muitas pessoas e instituições. Com isso, novas formas de acesso a informações que antes poderiam ser limitadas, devido às suas formas de circulação, têm se propagado de modo a alcançar diferentes sujeitos que as buscam por necessidades profissionais ou, simplesmente, por lazer. Dessa maneira, diversas barreiras têm sido derrubadas de modo a oportunizar o contato de grande parte dos sujeitos com conhecimentos que antes se destinavam, apenas, aos especialistas. Conforme aponta Karla Saraiva (2010), as tecnologias da informação e da comunicação atravessam e se articulam com as mudanças sociais que ocorrem nos dias de hoje. A autora afirma que a utilização das informações disponíveis na rede mundial de computadores faz com que as sociedades se apropriem dos conhecimentos mais diversos.

Arjun Appadurai (2005) argumenta que os meios de comunicação eletrônicos, entre eles a internet, aproximam as pessoas de informações que, em outros tempos, não seriam alcançáveis. Zygmunt Bauman (2001) refere que, neste contexto, os textos têm tomado novas formas devido aos novos modos de divulgação das informações que fazem com que, a partir de interesses individuais, diferentes caminhos sejam seguidos na produção de textos complexos que são formulados pelas muitas informações disponíveis na internet. Para Pierre Lévy (1996), a internet oportuniza a fabricação de hipertextos, os quais são configurados pela não linearidade de leitura que ela proporciona por meio de seus atalhos.

Assim, os materiais que são disponibilizados pela Organização Mundial da Saúde, em seus sites, representaram, no âmbito desta pesquisa, uma peça fundamental no que se refere às análises aqui apresentadas. Parece-me interessante comentar que eles se tornam relevantes não apenas pelos conteúdos que lhes constituem – fundamentais neste caso – mas também pelo fato de expressarem uma das principais formas de comunicação entre a Organização e os governos nacionais, os profissionais

da área da saúde, bem como de outras áreas e, ainda, as demais pessoas. Isso se estabelece pelo fato deles se encontrarem disponíveis para todos aqueles que se interessam pelos assuntos abordados por eles. Além disso, se encontram articulados ao desenvolvimento de pesquisas e às práticas relacionadas ao atendimento de pessoas que procuram os serviços de saúde.

Nessa direção, aponto que o sistema de sites da Organização Mundial da Saúde⁶ apresenta, de forma semelhante à própria estrutura da Organização⁷, uma rede que é composta pelo site que chamarei de ‘principal’ que representa a instituição como um todo, seguido de seis sites regionais, que representam os escritórios regionais, e mais 193 páginas que descrevem as ações relacionadas aos Países Membros. Apesar disso, as informações que foram relevantes para a análise se encontraram disponíveis no site principal, pois todas as notícias e todos os documentos divulgados nos site e páginas complementares estavam agrupados e disponíveis nesse ambiente virtual. Ele funciona como um depósito de recursos que oportuniza a possibilidade de se operar levando-se em conta os atalhos que direcionam o leitor a outros materiais que estejam ligados aos assuntos pesquisados.

Assim, o site principal apresenta, em sua página inicial, notícias relacionadas aos acontecimentos ligados à saúde em nível mundial e às ações promovidas pela Organização Mundial da Saúde, atualizadas diariamente. Além disso, informações sobre as diversas campanhas de educação e sobre o direcionamento de técnicas específicas como, por exemplo, a disponibilização e aplicação de vacinas e a distribuição de medicamentos em diferentes comunidades são publicadas nessa página. Essas informações descrevem as ações relacionadas aos procedimentos adotados para o enfrentamento de problemas ligados à saúde e aos diferentes contextos sociais a partir dos quais a Organização Mundial da Saúde desenvolve suas atividades. Ainda, sobre as informações que são apresentadas na página inicial, diversas são as notícias relacionadas aos cuidados e aos alertas que envolvem temas como, sexualidade, gênero, violência, entre outros. Nesse contexto, são apresentadas estratégias direcionadas à educação como forma de superação dos problemas mencionados e,

⁶ <http://www.who.int>

⁷ A estrutura da Organização Mundial da Saúde será apresentada e discutida no próximo capítulo.

portanto, são publicadas notícias que dizem respeito aos diferentes programas que são direcionados às populações no que se refere aos assuntos ligados à saúde.


Além disso, a página inicial conta com ícones especiais que garantem acesso aos boletins informativos que estão em constante atualização e que são relacionados aos surtos de doenças que ocorrem em diferentes partes do mundo. É possível observar que esses boletins são adicionados com certa regularidade, visto que suas datas indicam que são apresentados dez, ou mais, documentos por mês. Esse número varia de acordo com o surgimento de novos surtos⁸. Todos os boletins estão disponíveis para os internautas e, assim, toma forma um 'histórico' relacionado aos problemas anunciados, fato que garante o acompanhamento do desenvolvimento de determinadas doenças em áreas distintas, bem como das estratégias que foram e que, em alguns casos, estão sendo tomadas como o intuito de contê-las.

Essa página garante também a possibilidade de acesso aos manuais que orientam as populações e os serviços de saúde no que diz respeito aos procedimentos a serem colocados em prática em casos de emergências relacionadas à propagação de epidemias ou desastres que possam causar a contaminação de áreas extensas. Nesses manuais são apresentadas orientações que se relacionam com temas que vão desde o controle de fronteiras nacionais até precauções a serem tomadas no caso de necessidade de isolamento individual. Cabe dizer que as estratégias apresentadas são, muitas vezes, as próprias ações tecnicamente postas em prática, atualmente, em hospitais e setores de controle alfandegário em caso de crises mundiais, regionais ou nacionais em decorrência de casos de propagação de contaminações e infecções diversas. Além dessa página inicial (figura 4), mais sete guias compõem esse ambiente virtual, nas quais são disponibilizados documentos e publicações a serem usadas por diferentes áreas ligadas à saúde, bem como, à educação e, também, por toda e qualquer pessoa que se interesse pelo tema: *Sobre a OMS, Centro de Imprensa, Países, Temas em saúde, Dados e estatísticas, Programas e Projetos e Publicações*⁹.

⁸ De acordo com Sheila Duarte (2007), um 'surto' é definido como a ocorrência de dois ou mais casos epidemiológicos relacionados. Para ela, os surtos epidemiológicos podem ser localizados em áreas restritas, de pouca abrangência, mas, se não são controlados, podem se tornar epidemias.

⁹ Esses nomes foram traduzidos por mim, tendo como embasamento suas apresentações em inglês e em espanhol. Não é disponibilizada versão em português da página da OMS na internet.

عربي 中文 English Français Русский Español




[Health topics](#) [Data](#) [Media centre](#) [Publications](#) [Countries](#) [Programmes](#) [About WHO](#)

Search

Central African Republic: Delivery of WHO medical supplies delayed over security concerns

25 December 2013 -- Because of the security situation, 2.6 tons of medical supplies received by WHO last week are still at the Bangui airport awaiting handover to health partners that operate health facilities in the capital city. The supplies include medicines to treat large number of wounded people in the latest surge of violence in the Central African Republic.

Delivery of WHO medical supplies delayed over security concerns



WHO/Eugene Kab

Central African Republic: Delivery of WHO medical supplies delayed over security concerns

WHO brings health to life

Christmas in Tacloban after Typhoon Haiyan

Emergencies and disasters

Humanitarian health action

Health emergency in the Philippines

Full information on the health emergency caused by Typhoon Haiyan

Disease outbreak news

Information about disease outbreaks

Director-General

Director-General and senior management

Governance

Constitution, Executive Board and World Health Assembly

WHO guidelines

A selection of evidence-based guidelines

WHO reform

Addressing public health challenges in the 21st century

2013 highlights

Figura 4 - Página inicial do site da OMS

As guias *Sobre a OMS* e *Centro de Imprensa* são direcionadas à apresentação dos objetivos da Organização, da sua estrutura e descrição de suas principais funções relacionadas aos membros da Organização Mundial da Saúde. Nelas é possível se encontrar os endereços dos escritórios da Organização e os seus endereços eletrônicos para que diferentes pessoas ou instituições possam entrar em contato. Além disso, são disponibilizados diversos atalhos que levam aos boletins informativos relacionados aos eventos que estão programados para ocorrer em datas futuras e àqueles que já aconteceram. As imagens e as comunicações dos representantes regionais e dos diretores e diretoras são, frequentemente, publicadas a fim de “aproximar a OMS dos cidadãos e dos representantes de órgãos oficiais (OMS, 2011, s/n¹⁰)”.

Assim, torna-se possível acompanhar as direções que as atividades em escalas mundial, regional e nacional têm tomado com o objetivo de equilibrar as condições sanitárias e a segurança da vida das populações, bem como dos territórios que se encontram sob o risco de propagação de doenças. Além disso, na página *Países*, são publicados, os relatórios, os índices e as ações referentes à cada um dos países que participam da Organização com o objetivo de “proporcionar o maior número de informações que possam ser úteis aos estados e aos cidadãos no que se refere ao desenvolvimento da melhoria das condições de saúde” (OMS, 2011, s/n¹¹), conforme aponta a apresentação do site. Cabe mencionar que são esses mesmos dados que são utilizados para a definição dos perfis, relacionados à saúde, de cada região classificada e atendida pela Organização Mundial da Saúde.

Na seção intitulada *Temas em Saúde*, cerca de 200 atalhos são disponibilizados para que se torne possível o acesso às principais informações ligadas aos diferentes temas que intitulam os tópicos. Podem ser encontrados temas relacionados a doenças endêmicas, epidêmicas e pandêmicas, além de problemas ligados às moléstias ocasionadas em decorrência de desastres naturais, desastres radiativos, zoonoses, entre outras. São abordados, também, aqueles problemas relacionados à violência, à

¹⁰ Frase retirada do site da Organização Mundial de Saúde. Disponível em <http://www.who.int/about/en/>. Acesso realizado em agosto de 2011.

¹¹ Frase retirada do site da Organização Mundial de Saúde. Disponível em <http://www.who.int/about/en/>. Acesso realizado em agosto de 2011.

violência sexual e à desigualdade de gênero e seus efeitos em relação ao controle sanitário. Assim, funcionando como aquilo que Lévy (1996) chama de hipertexto, cada tópico oportuniza o acesso a outros atalhos que levam o leitor a mais informações que possam estar relacionadas ao tema de interesse, inclusive, aos documentos que constam nas páginas chamadas de *Dados e Estatísticas*, *Programas e Projetos* e *Publicações*.

No que se refere aos *Dados e Estatísticas*, apresentados pelo site, eles se encontram organizados em publicações anuais que estão disponíveis para serem lidas e armazenadas nos computadores particulares dos leitores. Cada um dos livros eletrônicos oferece dados relativos às últimas quantificações, feitas pelos Estados Membros, e apresenta os resultados das ações desenvolvidas em nível regional. A partir disso, são apontados os principais avanços alcançados, referentes às políticas de saúde regionais e locais, bem como os problemas emergentes e aqueles problemas que não puderam ser resolvidos no ano anterior à publicação. É interessante ressaltar que tais números são, frequentemente, utilizados, conforme aponta Chaimovich (2005), entre outros autores, para a elaboração de estratégias estatais de combate a enfermidades e para o desenvolvimento de pesquisas científicas associadas a temas como, por exemplo, o atendimento em saúde, a elaboração e a distribuição de medicamentos e a destinação de recursos tecnológicos e financeiros para diferentes partes do mundo.

No setor chamado de *Projetos e Programas*, da mesma forma como ocorre com o *Temas em Saúde*, outros 200 tópicos direcionam os interessados aos documentos relacionados a diversos programas e projetos que estão em andamento, bem como a algumas páginas virtuais criadas para a divulgação e disponibilização de materiais relacionados a cada ação específica. Nesses materiais é possível se encontrar orientações ligadas à saúde. Essa seção, associada à seção *Publicações* que é constituída por livros eletrônicos que, entre outras coisas, envolvem as normas e as legislações ligadas ao controle e à segurança em saúde, dão forma ao principal conjunto de textos que fiz uso para a elaboração deste trabalho.

Nas páginas dessas publicações e dos documentos relacionados a elas, bem como nas páginas virtuais que representam a presença da Organização Mundial da

Saúde na internet, tomam forma, de maneira mais clara e articulada, os discursos relacionados aos cuidados com a saúde preconizados pela agência. Esses discursos se relacionam à (re)produção do espaço por meio das maneiras como visam a educar as populações. Isso ocorre em função dos conhecimentos que são apresentados e que se direcionam a constituição de modos mais saudáveis e seguros de se viver, entre eles, aqueles relacionados aos elementos estruturantes do espaço. Esses programas e esses projetos são formados por textos que dão origem a estratégias que agem no sentido de educar sobre as formas de prevenção e de controle de doenças que podem e ‘devem’ ser atentadas, nos dias de hoje.

2.4 – O TEXTO DE MIL CAPAS

Conforme apresentei na seção anterior, os documentos e publicações disponibilizados pela Organização Mundial da Saúde são diversos. Eles podem ser acessados por meio de diferentes atalhos e estão organizados em função de diferentes aspectos, por exemplo, os tópicos específicos sobre os quais tratam, os anos de suas publicações, a frequência com que são publicados, entre outros. Diante disso, minha pretensão, neste momento, é de apresentar os documentos e as publicações com os quais, efetivamente, trabalhei, como forma de indicar aquilo que pode ser chamado de delimitação de possibilidades. Porém, antes de listá-los, permito-me fazer alguns apontamentos sobre aspectos mais gerais acerca do que observei durante o processo de busca e de análise desses documentos e publicações.

Em primeiro lugar, é oportuno destacar o fato de que existe uma política de acesso aos conteúdos das publicações garantindo que, após serem elaboradas, sejam adicionadas ao site da agência em diferentes línguas para que possam ser acessadas gratuitamente pelas mais diversas pessoas. De acordo com o que é explicado no próprio ambiente virtual, isso “envolve os princípios de igualdade em saúde preconizados pela Organização Mundial da Saúde” (OMS, 2013, s/n). De fato a maioria

dos documentos e das publicações estão disponíveis, contudo, em algumas situações, especialmente no que se refere aos documentos que abordam o controle e a prevenção de doenças, fui obrigado a trabalhar com as versões em inglês ou em espanhol.

Isso ocorreu em decorrência de motivos diversos, entre eles, aqueles relacionados ao fato de que publicações mais antigas passam a ser disponibilizadas a partir de apenas uma versão e de que os documentos e publicações mais recentes ainda não contam com traduções concluídas. Meu objetivo ao mencionar essa situação é explicar que, em função dela, em determinados momentos, apesar de me referir aos títulos desse materiais em português, estarei falando das versões em outras línguas. Acredito que seja importante deixar essa questão esclarecida para que não ocorram confusões em relação aos apontamentos que faço no texto e às referências apresentadas ao final do trabalho.

Outro ponto que considero interessante em relação às publicações é que elas são produzidas e apresentadas de modo a serem mais acessíveis, ou seja, a partir de uma lógica didática. Em geral, elas apresentam investimento gráfico que faz com que suas capas sejam coloridas e chamativas (figuras 5 e 6), que suas páginas sejam diagramadas de modo a tratarem dos mais diversos assuntos por meio de imagens e mapas que, na medida do possível, auxiliam a compreensão dos leitores (figuras 7, 8, e 9). Ainda, é oportuno dizer que, em muitas ocasiões, os textos se dirigem aos leitores por meio de uma linguagem que parece estabelecer uma conversa informal. Isso é reforçado pelas seções de abertura, nas quais as palavras dos diretores gerais da Organização Mundial da Saúde são apresentadas de modo a introduzir os assuntos que serão discutido no decorrer das páginas (figura 10).

Além das questões comentadas, pontuo especialmente aquela que me parece ser a mais relevante e que me oportunizou chamar esta seção de “O texto de mil capas”. Apesar de numerosas e direcionadas a diferentes discussões, as publicações produzidas e divulgadas pela Organização Mundial da Saúde formam um único texto, ou seja, elas são articuladas entre si – eu diria – da mesma forma que a estrutura de seu site, bem como, da própria agência conforme apresentarei mais a frente.



Figura 5 - Capa do décimo primeiro programa geral de trabalho

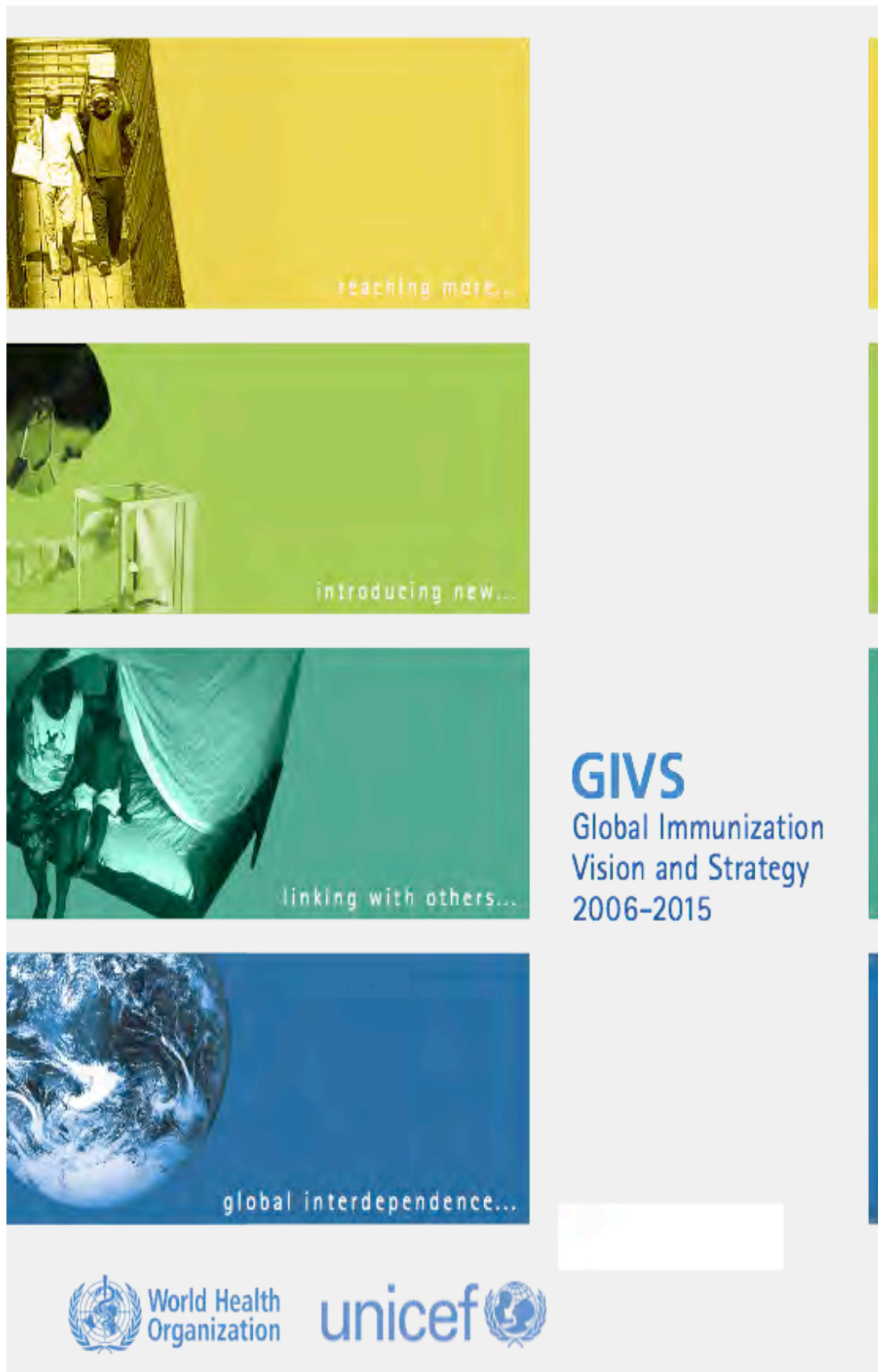


Figura 6 – Capa do programa de visão estratégica para imunização global.

Supporting WHO response to epidemics and public health risks

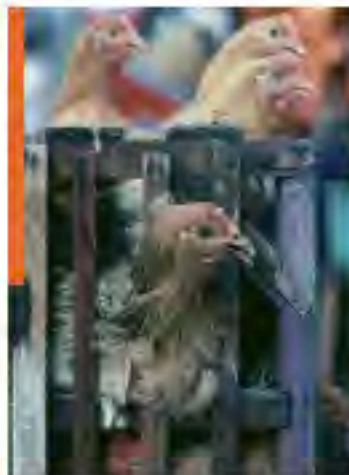
In support to countries and at request of WHO technical teams, WHO staff are deployed to countries in urgent need of technical assistance. In 2006 the avian influenza epizootic and consequent heightened risk of an influenza pandemic resulted in many countries calling on WHO for urgent technical assistance. During the same period, a major outbreak of chikungunya occurred in several Indian Ocean countries.

Major outbreaks and crises sensitize political authorities to the need for efficient national surveillance systems, thus making countries open to collaboration and initiation of longer-term activities.

Pandemic influenza

Viet Nam – early warning system for avian influenza and other epidemic-prone diseases

The aim of the mission, led by EPR was the definition of a protocol for the implementation of a national early warning system for emerging infectious diseases, focused on early detection of clusters of acute respiratory infections, and based on the existing surveillance system network. During the visit a computer application was adapted to the planned early warning system: this showed the advantages of such a tool for data collection, data exchange, automated signal generation, presentation of data and production of feedback material. A plan of action and a budget for the implementation of the system was outlined and will be supported by the Government of Germany.



© Crayon Films

Republic of Moldova – support during avian influenza epizootic

Assessment of the situation was requested by EURO with regard to surveillance and control of H5N1 avian influenza (in bird populations) and surveillance, preparedness for, and prevention of possible human disease associated with H5N1 infection. A project proposal for a grant from the World Bank was also prepared.

Romania – support during avian influenza epizootic

Together with EURO and CDC, a situation assessment was carried out (as in Republic of Moldova) and showed that the surveillance and control measures taken by both the Ministry of Agriculture and the Ministry of Health were appropriate for the situation. However, in the light of the increasing number of avian influenza outbreaks reported in poultry and the need for long-term surveillance and response, it was proposed that significant strengthening of the existing capacity, particularly at the peripheral level, was needed.

Chikungunya in La Réunion, Madagascar and Mauritius

Between 28 March 2005 and 12 February 2006, 1722 cases of chikungunya were notified by physicians from a sentinel network in La Réunion, including 326 cases reported during the week 6-12 February. Estimations from a mathematical model indicated that 110 000 people may have been infected since March 2005 in La Réunion, including 22 000 persons during the week 6-12 February 2006. During the first week of February, cases were also reported in Mauritius (206 cases) and the Seychelles (1255 cases).

Figura 7 - Página do relatório de atividades do departamento de alerta e resposta a epidemias e pandemias

La información recabada mediante las actividades relacionadas con el proceso de escuchar debe utilizarse para:

- concebir estrategias de comunicación compatibles con los valores sociales y culturales de las poblaciones en riesgo y otros interesados directos;
- hacer partícipes a las personas influyentes en las comunidades afectadas y los grupos de interesados directos para determinar los consejos y soluciones más eficaces para proteger la salud;
- reconocer los obstáculos que entorpecen las intervenciones propuestas para afrontar el brote epidémico y adaptarlas según se requiera;
- procurar que los comportamientos recomendados para reducir los riesgos sean realistas, eficaces y pertinentes desde el punto de vista cultural, y
- evaluar la eficacia de las actividades de comunicación relacionadas con el brote.

Dada la importancia que el proceso de escuchar reviste para la comunicación eficaz en situaciones de brote epidémico, es de suma importancia que se realice de forma eficiente y eficaz. El proceso de escuchar activa y satisfactoriamente en un brote epidémico debe planificarse.

El proceso de escuchar

La tarea organizada de escuchar consta de una serie de pasos cuya ejecución puede dificultarse durante un brote epidémico; de ahí que gran parte de la planificación consista en lograr que se implanten sistemas y se combinen herramientas para velar por que el proceso de escuchar pueda emprenderse y, en una situación de brote epidémico, se actúe con celeridad y en consecuencia con los resultados de dicho proceso.



Figura 8 – Página do guia da OMS para planejamento de comunicação em surtos epidêmicos

GFIMS

39

Strategic Area B

Immunization programme monitoring

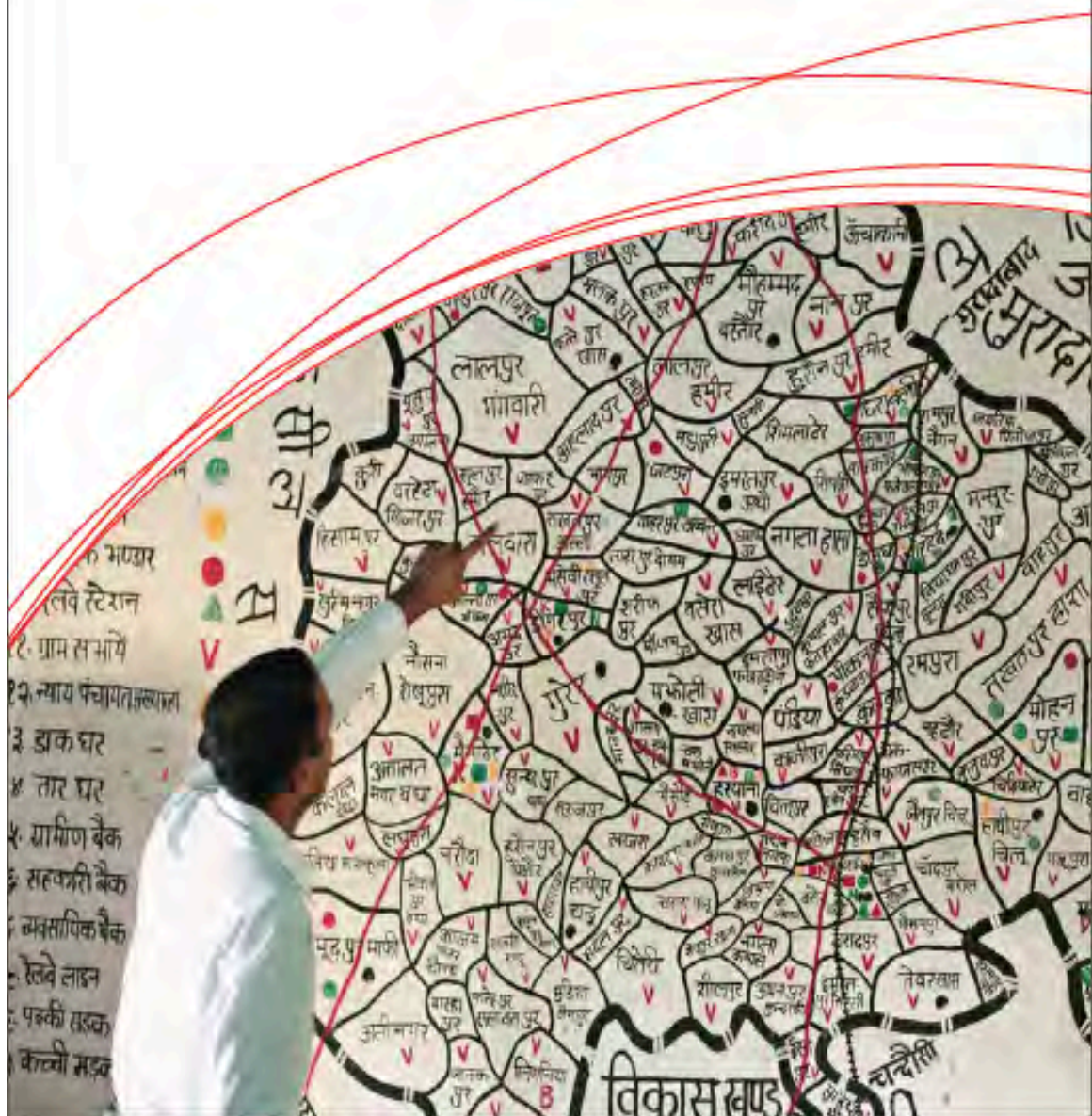


Figura 9 – Página do quadro global de imunização e vigilância sanitária

VI

Un porvenir más seguro protección de la salud pública mundial en el siglo XXI

El mundo ha cambiado de forma extraordinaria desde 1951, año en el que la OMS publicó su primer conjunto de reglamentos jurídicamente vinculantes para prevenir la propagación internacional de enfermedades. Se vivía entonces una situación de relativa estabilidad en ese sentido, por lo que la atención se centró sólo en seis enfermedades «cuarentenables»: cólera, peste, fiebre recurrente, viruela, tífus y fiebre amarilla. Las enfermedades nuevas eran raras y diversos medicamentos milagrosos habían revolucionado la atención dispensada contra muchas infecciones notoriamente conocidas. Los viajes internacionales se hacían en barco y las noticias viajaban en forma de telegramas.



MENSAJE DE LA DIRECTORA GENERAL

Desde entonces, la humanidad ha introducido profundos cambios en su relación con el planeta. La situación de las enfermedades es todo menos estable. El crecimiento demográfico, la incursión en zonas antes deshabitadas, la rápida urbanización, las prácticas agrícolas intensivas, el deterioro del medio ambiente y el mal uso de los antimicrobianos han alterado el equilibrio del mundo de los microorganismos. Están surgiendo nuevas enfermedades al ritmo sin precedentes de una por año. Las compañías aéreas transportan hoy a más de 2000 millones de pasajeros anualmente, disparando así las oportunidades de los agentes infecciosos y sus vectores para propagarse rápidamente de un país a otro.

Nuestra dependencia de los productos químicos es hoy mayor, al igual que nuestro grado de conciencia sobre los peligros potenciales para la salud y el medio ambiente. Como consecuencia de la industrialización de la producción y elaboración de los alimentos y de la globalización de su comercialización y distribución, un solo ingrediente contaminado puede obligar a retirar toneladas de alimentos de un gran número de países. Una tendencia especialmente ominosa es que los antimicrobianos básicos están empezando a fallar a un ritmo mayor que el del desarrollo de los medicamentos que habrán de reemplazarlos.

Estas amenazas se ven amplificadas en un mundo caracterizado por una gran movilidad y por la interdependencia económica y la interconexión electrónica. Las defensas tradicionales empleadas en las fronteras nacionales son insuficientes para protegerse contra la invasión de una enfermedad o un vector. Las noticias en tiempo real permiten que el pánico se propague

Figura 10 - Introdução do relatório sanitário internacional de 2007

Explico melhor a afirmação que fiz referindo que apesar de os documentos tratarem de assuntos, inicialmente, diferenciados, os preceitos que lhes envolvem são reforçados por meio de frequentes retomadas argumentativas, baseadas em dados e discussões que se encontram em outras produções da agência. Há situações, por exemplo, em que no interior das próprias publicações, ao serem citados outros documentos da agência, é possível se acessar atalhos que, automaticamente, abrem os documentos referenciados.

Isso me garante dizer que em sua totalidade as publicações são coerentes entre si, ou seja, são produzidas por meio de dados que, ao passar dos anos em que os materiais são atualizados, são redirecionados por meio de transformações que emergem de seus próprios preceitos e relatórios. Logo, é difícil que sejam propostas questões contraditórias. Além disso, as informações são apresentadas de forma clara e objetiva, no sentido de serem propostas orientações que venham a colaborar com seus objetivos ligados à segurança da vida e preconizados pela Organização. Provavelmente, seja essa, uma das questões que lhe garantem a condição, conforme já indiquei, de agência referência em relação às práticas e pesquisas associadas aos temas que envolvem a saúde, pois, de certo modo, é ela quem produz ou regula quase que a totalidade dos conhecimentos dos quais faz uso e ainda dos quais as outras agências, os profissionais e a população em geral se apropriam.

Assim, apresento, uma lista de documentos dos quais me inteirei para o desenvolvimento do trabalho e, nos quais, observei as continuidades discursivas às quais que me refiro. No entanto, é importante que eu diga que além daqueles que serão mencionados na lista, fizeram parte de minhas análises mais 16 publicações – complementares – chamadas de Informes Sanitários Internacionais, produzidos entre 1995 e 2013, 19 Relatórios Estatísticos Mundiais, produzidos no mesmo período, bem como a Constituição da Organização Mundial da Saúde e as Declarações Internacionais de Promoção da Saúde. Em todos esses casos foi possível identificar argumentos relativos ao que chamo de (re)produção do espaço por meio dos discursos associados à segurança da vida.

LISTA DOS PRINCIPAIS DOCUMENTOS ANALISADOS

- REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL (2005, 82 p. / figura 11);
- DÉCIMO PRIMEIRO PROGRAMA GERAL DE TRABALHO (2006a, 56p / figura 5);
- VISÃO E ESTRATÉGIA DE IMUNIZAÇÃO GLOBAL (2006b, 84 p. / figura 6);
- ESTRATÉGIA GLOBAL PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (2006c, 69 p. / figura 12);
- TRABALHANDO PARA A SAÚDE (2007a, 26 p. / figura 13);
- RELATÓRIO DO ESCRITÓRIO DE LYON PARA PREVENÇÃO E RESPOSTA A EPIDEMIAS E PANDEMIAS (2007b, 32 p. / figura 14);
- QUADRO GLOBAL DE IMUNIZAÇÃO E VIGILÂNCIA SANITÁRIA (2007c, 56 p. / figura 15);
- GUIA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA COMUNICAÇÃO EM CASOS DE EPIDEMIAS (2008 36 p. / figura 16);
- AS CIDADES E AS CRISES DE SAÚDE PÚBLICA (2009, 32 p. / figura 17);
- GUIA DE SAÚDE PARA VIAGENS INTERNACIONAIS (2010a, 246 p. ; 2011a 243 p. ; 2012a, 247 p. / figura 18);
- NOSSAS CIDADES, NOSSA SAÚDE, NOSSO FUTURO (2011b, 190 p. / figura 19).



Figura 11 – Regulamento sanitário internacional

GLOBAL STRATEGY FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS: 2006–2015

Breaking the chain of transmission

BRUCCING THE CHAIN OF TRANSMISSION



 World Health
Organization

Figura 12 – Estratégia global para o controle de doenças sexualmente transmissíveis.



Figura 13 - Trabalhando pela Saúde: uma introdução à Organização Mundial da Saúde

WHO/CDS/EPR/LYO/2007.2

Activity Report 2006

**WHO Office for National Epidemic Preparedness and Response,
Lyon, France**

Department of Epidemic and Pandemic Alert and Response



Figura 14 – Relatório de atividades do departamento de alerta e resposta a epidemias e pandemias.

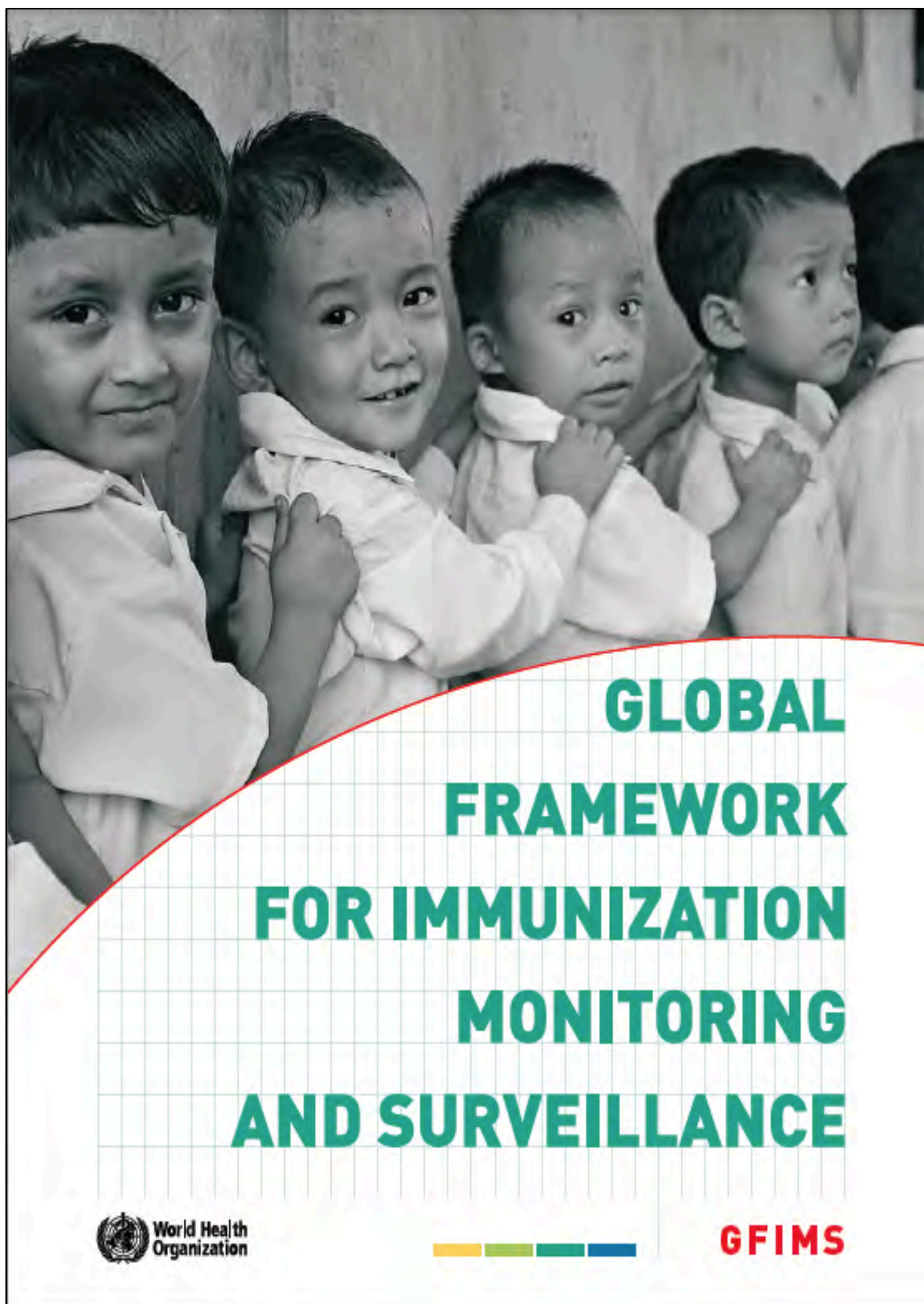


Figura 15 – Quadro global de imunização e vigilância sanitária

Guía de la Organización Mundial de la Salud para planificar la comunicación en caso de brotes epidémicos

Edición del 2008



Figura 16 – Guia da OMS para planejamento de comunicação em surtos epidêmicos.

REPORT OF THE
INTERNATIONAL CONSULTATION
29-30 OCTOBER 2008
LYON, FRANCE

CITIES AND PUBLIC HEALTH CRISES



LYONBIOPOLE



World Health
Organization

Figura 17 – As cidades e as crises de saúde pública

International travel and health

International travel and health



2010

2010



World Health Organization



Figura 18 – Guia de saúde para viagens internacionais

Our cities, our health, our future

Acting on social determinants for health equity in urban settings

Report to the
WHO Commission on Social Determinants of Health
from the
Knowledge Network on Urban Settings



World Health
Organization

Centre for Health Development

Figura 19 – Nossas Cidades, Nossa Saúde, Nosso Futuro

Após apresentar o material que utilizei e pontuar algumas observações acerca dele, aproveito este momento para explicar que, provavelmente, em função de minha imersão em suas páginas, a maneira como escrevi os próximos capítulos apresenta um estilo parecido ao de algumas das publicações da Organização Mundial da Saúde, tanto no que se refere à diagramação de meu texto quanto no que se relaciona à articulação de seus dados por todo o corpo do argumento. Pretendo ressaltar com essa afirmação o fato de que fragmentos dessas publicações aparecem por todo o trabalho, ora enquanto referências, que são articuladas aos meus apontamentos, ora como excertos que são apresentados em destaque.

Assim, adianto que este trabalho não está baseado em tabelas, cálculos estatísticos ou outros elementos ‘mais exatos’ que usualmente dão forma a muitas das pesquisas acadêmicas, pois acredito, tendo em vista meus objetivos e a perspectiva na qual me insiro, que isso não seria coerente. Ele está envolvido por descrições, discussões e análises que me auxiliam no sentido de destacar questões relativas ao espaço e à saúde.

Sem título, Matthew Cusick



3. TRABALHANDO PELA VIDA

“O mundo se transformou radicalmente desde que, em 1946, foi oficializada e adotada a Constituição da Organização Mundial da Saúde. Avanços científicos espetaculares têm oportunizado significativos progressos no que se refere aos atendimentos em saúde, pois nunca antes havia se conseguido salvar milhões de vidas, como agora. A expectativa de vida aumentou em mais de 20 anos, em nível mundial. Não há dúvidas de que houve avanços em muitas esferas ligadas ao tema, mas que também são muitos os problemas relacionados à Saúde Pública, tanto antigos quanto novos, que ainda precisam ser resolvidos.”

OMS, Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho, 2006-2015, p. 1.

O título deste capítulo é formado pelo slogan que vem sendo utilizado, nos últimos anos, pela Organização Mundial da Saúde. Frequentemente, ele é apresentado em suas diversas publicações e auxilia aos leitores entenderem, de forma clara e direta, os propósitos da agência, quais sejam, aqueles ligados ao ato de zelar pela segurança da vida das mais diversas populações. No que se refere à epigrafe que escolhi, creio que ela colabore com o entendimento de que a Organização se apresenta, por meio de seus próprios discursos, como uma das principais agências responsáveis por transformações, significativas, que podem ser relacionadas aos índices, às tecnologias e às preocupações ligadas à saúde em escala global.

Diante disso, também a considero uma peça central, talvez a principal, no que se refere ao assunto abordado nesta tese, pois as informações produzidas por ela podem ser consideradas bastante relevantes e respeitáveis, visto que é bastante comum serem apresentadas em trabalhos científicos, em campanhas de saúde e em outras diversas situações, principalmente, no sentido de validar propostas ligadas à saúde. Na mesma direção, argumento que suas orientações são usadas como embasamento para muitas

políticas de saúde em níveis mundial, regional e local. Ainda, seus preceitos ajudam a constituir espacialidades, tendo em vista as normas sociais e comportamentais que são direcionadas por suas ações educativas que, conforme propondo, invariavelmente, se articulam ao espaço.

É importante mencionar, também, que suas investidas práticas, ou seja, aquelas ligadas aos trabalhos de campo ou de consolidação de acordos de cooperação entre países têm funcionado no sentido de estabelecer importantes mudanças relacionadas tanto à vida quanto ao espaço. Essas mudanças estão associadas, especialmente, aos seus programas – direcionados à segurança da vida – que visam a oferecer intervenções corporais – por meio de vacinas e medicamentos, por exemplo – e àqueles que miram, mesmo que indiretamente, nas transformações estruturais – relacionadas ao controle e à transformação das materialidades do espaço. No entanto, é importante que se deixe claro que essas seriam alterações que são promovidas, digamos, intencionalmente, pois existem outras que ocorrem concomitantemente, mas, a princípio, não estariam previstas em suas orientações e práticas, ao menos, de forma tão clara.

Assim, nas seções que se seguem, abordo questões que observei durante a leitura dos documentos que analisei¹², de modo a promover uma ‘apresentação’ acerca de aspectos da Organização Mundial da Saúde – mesmo que já venha me referindo sobre ela. Assim, explico o funcionamento e as diretrizes que a envolvem, de modo amplo¹³, ao mesmo tempo em que discuto questões que, conforme acredito, oportunizam sua inserção no escopo das discussões relacionadas às transformações que envolvem o espaço. Em outras palavras, discorro sobre as formas como a própria Organização se apresenta e reforça o seu papel de agência reguladora da saúde, em nível mundial, bem como discuto os impactos espaciais, mais gerais, que ocorrem por

¹² Regulamento Sanitário Internacional, Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho, Visão Estratégica de Imunização Global, Estratégia Global para a Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Trabalhando pela Saúde, Relatório do Escritório de Lyon para Prevenção e Resposta a Epidemias e Pandemias, Orientações Globais para Imunização e Vigilância Sanitária, Guia da OMS para Comunicação em Casos de Surtos Epidêmicos, As Cidades e as Crises de Saúde Pública, Guia de Saúde para Viagens Internacionais, Nossas Cidades, Nossa Saúde, Nosso Futuro.

¹³ Utilizo a expressão ‘de modo amplo’ para me referir a discussões que envolvem outras questões que não somente aquelas relacionadas à prevenção e ao controle de doenças infectocontagiosas. Esse direcionamento, mais específico, será feito no próximo capítulo.

meio de sua existência e de suas práticas, bem como os impactos que as dinâmicas espaciais causam sobre a agência.

Acredito que essa apresentação é relevante, pois não são apenas as orientações e as ações que podem ser identificadas em suas publicações que transformam o espaço, conforme destacarei mais a frente. A própria existência da Organização Mundial da Saúde, incluindo a forma como organiza suas atividades, distribui seus escritórios e conduz as resoluções internacionais provoca importantes efeitos sobre os tópicos que discuto ao mesmo tempo em que suas proposições e ações são balizadas pelas transformações que emergem de suas próprias práticas e de outras questões complementares.

No entanto, antes de abordar questões mais atuais, recorro aos acontecimentos do passado, que oportunizaram a fundação da Organização Mundial da Saúde, com o objetivo de demonstrar que as transformações espaciais, relativas à saúde, não devem ser associadas a acontecimentos unilaterais, ou seja, a fatos estritamente relacionados às ações promovidas pela Organização. Certamente ela desempenha um papel importantíssimo nesse sentido, especialmente, nos últimos quase 60 anos, porém, isso é possível em decorrência de necessidades anteriores e atuais que garantiram e garantem as condições espaciais para a sua emergência e para o estabelecimento de seu prestígio.

3.1 – CONTINGÊNCIAS HISTÓRICAS ACERCA DA SEGURANÇA DA VIDA E A EMERGÊNCIA DA OMS

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2007a), os primeiros acordos de cooperação internacional, relacionados à saúde, começaram a tomar forma a partir da primeira Conferência Sanitária Internacional, ocorrida em Paris, em 23 de julho de 1851. Os objetivos dessa conferência eram direcionados, especificamente, à redução dos prejuízos financeiros ocasionados pelos períodos de quarentena – relacionados ao

controle da propagação do cólera por meio do monitoramento de fronteiras – aos quais eram submetidos os navios que aportavam com mercadorias e passageiros em diferentes cidades europeias.

Anos depois, essas discussões deram origem às primeiras normas regionais ligadas à saúde, por meio da sétima Conferência Sanitária Internacional, ocorrida em 1892. Outras duas reuniões, voltadas a resolução dos problemas que envolviam o cólera, as cidades portuárias e as economias nacionais foram organizadas nos dois anos que se seguiram: uma em 1893 e outra em 1894. Em 1897, em Veneza, mais uma convenção ligada ao tema foi realizada e, a partir dos quatro documentos que haviam sido elaborados, foi oficializada a primeira Convenção Sanitária Internacional, em 1903. Na ocasião da oficialização da Convenção, foi apontada a necessidade de ser criada uma agência de saúde internacional, permanente, ligada aos países da Europa, pois se pretendia seguir o exemplo das repúblicas americanas que já haviam estabelecido, um ano antes, tratados e agências sanitárias de abrangência internacional (OMS, 2007a).

Contudo, essa lógica que envolvia a saúde, tendo em vista o controle de doenças por meio de regulações relativas às fronteiras, passou a ser questionada e reinventada, principalmente, por meio dessas reuniões. Isso ocorreu em função de os períodos de quarentena terem sido criados, oficialmente, muitos anos antes, à sombra dos medos e dos equívocos que assolaram o mundo em decorrência da Peste Negra (KELLY, 2011). Esses controles passaram a ser repensados em decorrência das falhas que lhes envolviam e que abalavam a confiança de governantes e populações que se encontravam em contextos espaço-temporais marcados por novas dinâmicas econômicas e pelo aumento dos casos de doenças.

Assim, em uma reunião de representantes governamentais, no ano de 1907, foi inaugurado o Instituto Internacional de Higiene Pública, localizado na capital francesa. O Instituto contava com uma comissão permanente, formada por funcionários dos setores de saúde pública dos países membros. Essa comissão passou a se reunir, desde 1908, duas vezes por ano, com o intuito de encontrar soluções alternativas aos bloqueios de navios nos portos. Porém, antes dessas questões serem resolvidas, durante a Primeira Guerra Mundial, os trabalhos foram interrompidos (OMS, 2007a).

Diante desses fatos, Paul Jackson (2011) refere que a necessidade de estabelecimento de estratégias sanitárias mais complexas, bem como, o surgimento do Instituto Internacional de Higiene Pública estavam ligados a dois fatores principais.

O primeiro dizia respeito aos processos econômicos e ao provimento de produtos para diferentes cidades, pois os períodos de quarentena ocasionavam grandes prejuízos àqueles que enviavam as mercadorias, àqueles que aguardavam por elas, bem como, às pessoas que chegavam nas embarcações pretendendo estabelecer vínculos de trabalho nas cidades. Muitos dos produtos que ficavam nos navios estragavam em razão do tempo de espera e das condições de armazenamento a que eram submetidos. Enquanto isso, muitas pessoas perdiam oportunidades de trabalho ou eram distanciadas de seus círculos sociais pelo mesmo motivo. Além disso, acordos comerciais eram prejudicados em função das notícias e dos boatos que circulavam acerca de doenças que se espalhavam em outros lugares.

Nessa direção, contratos de compra e venda de produtos diversos eram desfeitos como maneira de proteger as populações que se encontravam em áreas menos afetadas por doenças diversas e, ainda, de garantir uma diminuição dos prejuízos que poderiam ocorrer em função dos períodos de espera no interior das embarcações. Essa situação, de acordo com Ujvari (2003), ocasionava ou potencializava, entre outras questões, desentendimentos e, até mesmo, conflitos armados entre diferentes cidades e países.

O segundo motivo, destacado por Jackson, é referente à tensão que envolvia as populações em relação aos casos de adoecimento propriamente ditos. De acordo com ele, emergia um tipo de pressão popular acerca de necessidades ligadas à criação e à operacionalização de medidas mais eficazes que assegurassem a vida das pessoas. As espacialidades urbanas daquela época eram marcadas pela falta de infraestrutura adequada e por condições de higiene precárias. Assim, enquanto a prática da quarentena era questionada no que diz respeito à diminuição das doenças, ela causava também um clima de insatisfação ligado a outros fatores, pois provocava a falta de produtos fundamentais às atividades do dia-a-dia. Portanto, os sentimentos populares da época variavam entre o medo relacionado a doenças e as preocupações relativas à falta de alimentos e outros recursos (JACKSON, 2011; UJVARI, 2003).

Apesar dos controles fronteiriços que eram direcionados aos portos, os casos de infecção, relacionados a diferentes doenças, continuavam a se multiplicar em função dos microrganismos causadores delas já estarem, muitas vezes, presentes nos ambientes urbanos (JACKSON, 2011). Os acessos terrestres que oportunizavam a entrada de forasteiros nas cidades, bem como, suas estruturas sanitárias não eram supervisionadas adequadamente. O controle de entrada de pessoas e de produtos, portanto, foi útil, em certa medida, no sentido de prevenir a entrada de novas doenças, vindas de áreas mais distantes. No entanto, ele não garantiu a diminuição dos números de casos de infecção por doenças reincidentes, tampouco por novas. Isso fez emergir a necessidade de novas investidas em termos de políticas direcionadas à saúde pública que não fossem limitadas às fronteiras.

Com o apoio das conferências e das agências ligadas à saúde, também passaram a ser consideradas relevantes as intervenções relacionadas aos comportamentos individuais desempenhados pelos sujeitos inseridos nas populações. Nessa direção, por meio de orientações de especialistas, hábitos ligados a questões básicas de higiene e de precaução de doenças passaram a ser estimulados. Entre eles estavam, principalmente, aqueles direcionados à higiene do corpo e à limpeza e manutenção dos ambientes urbanos, tanto públicos quanto privados. Ainda, ela garantia resultados melhores em termos de gastos públicos, pois ao cuidarem do corpo e do espaço, além de promoverem a conservação dessas dimensões, as populações garantiam, aos governantes, menores prejuízos relacionados aos problemas de saúde.

Em decorrência da Primeira Guerra Mundial, após a regularidade dos encontros do Instituto Internacional de Higiene Pública ter sido prejudicada, foi criada uma nova agência, responsável pela saúde em alguns países europeus, qual seja, a Liga das Nações. As diretrizes e responsabilidades da Liga envolviam a prevenção e o controle das doenças que continuavam a se espalhar, rapidamente, por diferentes regiões. Ujvari (2003) retrata este período como um dos principais momentos em que as populações foram acometidas por variadas doenças e, por isso, surgiu a necessidade de se criar um novo órgão regulador que fosse mais eficiente do que os outros. O autor argumenta que devido aos deslocamentos dos soldados, por diferentes regiões, o

número de infecções por vírus e bactérias aumentou consideravelmente, tanto nas cidades por onde passavam quanto nos grupos formados pelos próprios combatentes.

É importante dizer que todas as organizações internacionais, existentes à época dos acontecimentos que venho apresentando, aderiram à Liga das Nações, mas no que diz respeito ao Instituto Internacional de Higiene Pública, a adesão não aconteceu. Os Estados Unidos, que havia se tornado membro do Instituto, como forma de ampliar os acordos de saúde entre continentes, não se filiou a ela e, portanto, vetou a fusão. Assim, nos anos entre as duas Guerras Mundiais, marcados por tensões políticas que não haviam sido completamente resolvidas e pelo aumento dos problemas ligados à saúde, duas organizações internacionais de saúde coexistiram na Europa, quais sejam, o Instituto Internacional de Higiene Pública e a Organização de Saúde da Liga das Nações (OMS, 2007a).

Esse fato ocasionou problemas relacionados à existência de duas regulações distintas, pois, apesar de suas normas e objetivos serem bastante parecidos, as singularidades que envolviam seus estatutos, bem como as disputas de poder que marcavam as relações entre os Estados-Nação, deram origem a choques entre as práticas ligadas ao comércio e à saúde das populações. Porém, com o início da Segunda Guerra Mundial, mais uma vez, o trabalho direcionado à saúde, em nível internacional, foi quase paralisado (OMS, 2007a).

Essa situação começou a ser revertida em abril de 1945, após o término da Segunda Guerra Mundial, durante a Conferência que deu origem à oficialização da Organização das Nações Unidas. Recorrendo aos documentos da Organização (OMS, 2007a; 2006a) observa-se que foram os representantes do Brasil e da China que propuseram, nessa ocasião, a criação de uma agência internacional, relacionada à saúde, que fosse vinculada à nova Organização. Assim, em fevereiro de 1946, o Conselho Econômico e Social da ONU encarregou o então Secretário-Geral de convocar uma conferência para a criação de uma ramificação ligada à saúde. Uma comissão técnica trabalhou na elaboração de propostas para a Constituição da Organização Mundial da Saúde, as quais foram aprovadas na Conferência Internacional de Saúde, ocorrida entre 19 e 22 de julho de 1946, em Nova York. Com base nessas propostas, a

Conferência redigiu e aprovou a formação da Organização Mundial da Saúde, com apenas 55 Estados Membros à época (OMS, 2007a).

José Visentini (2013) e Paulo Vizentini (2006), destacam que, no contexto mundial que foi estabelecido após a Segunda Guerra, foi de extrema importância a criação de agências que ficassem responsáveis por administrar as mais diversas problemáticas em nível internacional de forma – digamos –, imparcial. É importante lembrar que novas tensões internacionais se estabeleciam – aquelas ligadas à Guerra Fria – e, assim, essas agências foram de extrema importância no que se refere ao desenvolvimento de metas e regulações diversas que oportunizassem a paz em nível mundial. Assim, as solicitações acerca de uma agência internacional de saúde, bem como, os princípios de imparcialidade e de abrangência global que viriam a envolver suas normas, oportunizaram à Organização Mundial da Saúde as condições necessárias para que ela viesse a se transformar na principal agência responsável pela saúde, conforme acredito, até os dias de hoje.

Certamente, o mundo vem passando por grandes transformações desde a fundação da Organização Mundial da Saúde. Essas transformações modificaram – e ainda vêm modificam – o funcionamento da Agência da mesma forma que são influenciadas por ela. Autores como José Saraiva (2008), que lida com questões ligadas ao campo das Relações Internacionais contemporâneas, apontam um possível enfraquecimento relacionado ao poder de persuasão internacional da Organização das Nações Unidas (ONU), da qual a Organização Mundial da Saúde faz parte. Contudo, no caso da saúde, essa agência ainda desempenha grande influência sobre diversas decisões que são tomadas visando a atingir as escalas global, nacional e local. Portanto, ela possui grande relevância no que diz respeito às transformações espaciais que ocorrem até hoje e que podem ser relacionadas aos discursos da saúde.

3.2 – A OMS HOJE: SIGNIFICAÇÃO E CONTROLE DA SAÚDE EM ESCALA GLOBAL

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde tem como principais funções o controle e a assessoria no que se refere às questões ligadas à saúde em escala global. Sua área de atuação e suas estratégias se mostram mais abrangentes do que à época de sua fundação, visto que em 1946 apenas 55 países eram membros da ONU e, atualmente, esse número subiu para 193¹⁴. Isso significa que suas ações de monitoramento e intervenção ocorrem em quase todas as porções territoriais nacionais existentes. Ainda, refiro que suas atividades ligadas ao controle e à prevenção de doenças são praticadas em parceria com outras instituições, de abrangência nacional, como é o caso do Centro de Controle e de Prevenção de Doenças (CDC), localizado nos Estados Unidos e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), no Brasil, ou regionais, por exemplo, o Centro Europeu para Controle e Prevenção de Doenças (ECDC).

Contudo, são as suas recomendações e as suas diretrizes que conduzem grande parte das atividades das demais agências parceiras e, ainda, que são utilizadas como embasamento para a estruturação das políticas sanitárias mundiais, regionais e nacionais que envolvem os Estados Membros e os Membros Associados ligados à Organização das Nações Unidas (OMS, 2007a). Diversos autores, especialmente aqueles que tratam de assuntos relacionados às políticas de saúde internacionais, argumentam na direção de indicar a Organização Mundial da Saúde como a principal agência reguladora de índices, conhecimentos e práticas direcionadas à saúde, ainda hoje, pois, diferentemente das outras, ela possui grande influência sobre os governos dos Estados Membros e ainda estabelece as diretrizes que devem ser seguidas pelas suas parceiras (BIEHL e PETRYNA, 2013; GUETO; 2013; AMON, 2013; ROBINSON, 2011).

¹⁴ Atualmente, se encontram desvinculados da Organização das Nações Unidas o Vaticano, Timor Leste e Taiwan.

Os Estados Membros são todos aqueles países que se encontram vinculados à Organização das Nações Unidas e, conseqüentemente, à Organização Mundial da Saúde. Dessa forma, os representantes desses Estados – aqueles designados pelos órgãos responsáveis pela saúde em cada um dos países – têm autorização para participarem das discussões que envolvem a formulação das resoluções e das metas que serão adotadas internacionalmente e, ainda, aquelas que servirão para conduzir as políticas sanitárias direcionadas às necessidades específicas dos países representados por eles. Da mesma maneira, esses representantes possuem o direito de votar no que diz respeito ao aceite, ou não, dessas decisões. Os Membros Associados são os países ou organizações sociais, reconhecidas pelos demais, mas que não têm direito a voto durante as assembleias. Porém, eles são apoiados pela Organização das Nações Unidas e por suas ramificações, entre elas, a Organização Mundial da Saúde. Assim, as decisões tomadas em conjunto buscam contemplar as necessidades nacionais, de modo a promover a melhoria e a manutenção da saúde em nível global, tendo em vista a articulação de esforços e a colaboração entre esses países em níveis regional e mundial (OMS 2007a).

Por ser definido como um processo democrático, tendo em vista a sua dinâmica de votação, as decisões tomadas nas assembleias geralmente agradam e contemplam as necessidades da maioria dos países representados. No entanto, em alguns casos, os interesses internacionais, ligados à saúde, vão de encontro aos desejos e/ou às capacidades de diversos Estados Membros. Essas situações são mencionadas e tratadas, nos documentos analisados, como problemas que precisam ser resolvidos a partir do apoio da própria Organização ou, ainda, de outros países, por meio de acordos internacionais (OMS, 2006a; 2006b; 2006c; 2007c; 2009). O que se torna mais evidente, nessa direção, é que a necessidade de todos os governos aderirem aos princípios e às orientações da agência não diz respeito apenas aos índices e práticas de saúde ligados aos distintos territórios nacionais, mas à saúde enquanto elemento que é tratado em escala global, visto os riscos que podem envolver um mundo cada vez mais conectado.

Assim, ressalto que em casos de resistência, emergentes por motivos diversos, os conhecimentos produzidos pela Organização passam a ser reforçados e reorientados

de modo a ser promovida a aceitação destes e, ainda, passam a ser estipulados acordos de cooperação que visam a solucionar problemas ligados a eles. Essas questões corroboram com os argumentos produzidos por Paul Rabinow e Huber Dreyfus (1995), quando explicam a necessidade de serem contornadas e superadas as resistências que emergem diante das práticas direcionadas à segurança vida. De acordo com eles, as políticas relacionadas à vida são tratadas e reorientadas de modo a superarem os enfrentamentos ou as impossibilidades de acompanhá-las que podem emergir frente às suas investidas.

Portanto, destaco que há certa tendência de padronização, relacionada às ações em saúde que são aplicadas nos diversos territórios. Essa padronização, muitas vezes, ocorre a partir da priorização de determinadas metas relacionadas à saúde, em lugar de outras necessidades tão importantes quanto elas – partindo-se, certamente, das orientações da Organização Mundial da Saúde. No entanto, essa situação não configura, necessariamente, a emergência de imposições ou de planejamentos mal elaborados. Ela se enquadra, na maioria das vezes, naqueles conjuntos de práticas que são promovidas por números, estatísticas e outros elementos que representam a verdade, neste caso, uma determinada verdade que é constituída acerca das necessidades e da segurança em saúde em nível mundial.

Assim, tendo em vista as singularidades espaciais, relativas a diferentes áreas, sugiro que apesar dessas políticas interferirem nas dinâmicas que envolvem determinadas partes do espaço, elas também são, em certa medida, modificadas pelas espacialidades vividas nessas parcelas espaciais. As particularidades culturais, econômicas e religiosas, por exemplo, dificultariam o estabelecimento de um padrão em saúde, mesmo que as intenções, a priori, se destinassem a esse fim. Diante disso, retomo que são encontradas orientações relacionadas ao redirecionamento de ações em saúde e de práticas de educação em saúde nos diferentes documentos e publicações da Organização que visam a, ao menos, amenizar os contrastes associados às essas particularidades que podem ser relacionadas à saúde. Um exemplo disso pode ser configurado pelas normas de comunicação associadas aos problemas de saúde em determinadas regiões. De acordo com a agência, é necessário que sejam conhecidas as características de comunidades e de populações para que sejam elaboradas estratégias

eficazes de educação e de intervenção popular que auxiliem na direção de se promover a aceitação das recomendações e normas internacionais (OMS, 2008a).

Além disso, há outras questões que podem ser apontadas e discutidas de modo a fortalecer a ideia de que a Organização é uma importante reguladora da saúde em escala global e, portanto, que possui relevância no que se refere à construção e transformação de espacialidades diversas em direção ao que ela considera como bons índices de saúde. Para tanto, recorro a alguns dos elementos que são pontuados na sua Constituição. Esse documento é formado por 82 Artigos que se subdividem em 19 Capítulos. Entre as questões que são abordadas por ele, menciono, como mais significativas, aquelas que dizem respeito aos princípios e às funções da Organização, bem como, às responsabilidades que devem ser assumidas pelos Estados Membros.

No quadro abaixo, apresento a introdução do documento, pois é neste trecho, especificamente, que são apresentados os princípios da Organização. Esses princípios permitem que sejam observadas as diferentes direções nas quais apontam suas recomendações que foram estabelecidas e reforçados, com o passar dos anos, por influência, eu diria da própria agência.

Os Estados Membros desta Constituição declaram, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, que os seguintes princípios são basilares para a felicidade dos povos, para as suas relações harmoniosas e para a sua segurança;

- A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.

- Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.

- A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados.

- Os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos.

- O desigual desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de

saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum.

- O desenvolvimento saudável da criança é de importância basilar; a aptidão para viver harmoniosamente num meio variável é essencial a tal desenvolvimento.

- A extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde.

- Uma opinião pública esclarecida e uma cooperação ativa da parte do público são de uma importância capital para o melhoramento da saúde dos povos.

- Os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas.

Aceitando estes princípios com o fim de cooperar entre si e com os outros para promover e proteger a saúde de todos os povos, as partes contratantes concordam com a presente Constituição e estabelecem a Organização Mundial da Saúde como um organismo especializado, nos termos do artigo 57 da Carta das Nações Unidas.

Organização Mundial da Saúde, Constituição, s/n. (1946)

Partindo do excerto apresentado, reitero a ideia de que as diretrizes gerais da Organização Mundial da Saúde são amplas e, de certo modo, abrangem diferentes – porém complementares – campos de atuação. Contudo, antes de falar sobre elas, mais detidamente, aponto algo que me chamou a atenção durante as primeiras leituras deste documento, qual seja, a possibilidade de considerar bastante ‘atuais’ as diretrizes produzidas há mais de cinquenta anos. Destaco, principalmente, o entendimento de saúde que é abordado pelo documento, as questões ligadas àquilo que veio a se chamar de Promoção da Saúde a partir dos anos 1970 – mesmo que seguindo por uma lógica diferente das mais atuais, mas que deram origem ao entendimento que temos hoje sobre o tema –, a abordagem dos perigos ocasionados pelas doenças infectocontagiosas e, ainda, a responsabilização dos governos e dos indivíduos em relação às práticas de saúde e o estabelecimento de comportamentos considerados mais saudáveis.

Em primeiro lugar, aponto que as diretrizes da agência dão forma ao conjunto de outros documentos e publicações que orientam e divulgam os preceitos da área da saúde em escala global. Pode-se dizer que elas também constituem os currículos e as

práticas escolares e acadêmicas de muitos dos Estados Membros. Exemplos relacionados a isso podem ser encontrados nas Diretrizes Nacionais da Educação Básica brasileira (MEC, 2013), pois a necessidade de planejamento e de desenvolvimento de atividades direcionadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças é mencionada 98 vezes neste documento. Esse fato indica que esta é uma das grandes preocupações que envolvem a educação brasileira nos dias de hoje. Assim, o tema perpassa todas as modalidades, bem como níveis de ensino que são contemplados no documento. Ao mesmo tempo, são feitas referências que reforçam a necessidade de serem aplicadas as orientações contidas nos Parâmetros Curriculares Nacionais (MEC, 1998), mais especificamente, aquelas que envolvem o entendimento de saúde adotado pela Organização Mundial da Saúde.

Além disso, elas se inserem, direta ou indiretamente, nos informes jornalísticos e publicitários que são veiculados em diferentes mídias e que informam as populações, quase que diariamente. No limite, pode-se dizer que elas sustentam argumentos que envolvem práticas sociais e, até mesmo, jurídicas associadas à saúde. Isso vai ao encontro da proposição que venho apresentando no sentido de indicar que seus princípios são extensamente divulgados e incorporados, direta ou indiretamente, às práticas diárias de populações e, assim, dão forma a noções acerca da saúde que podem ser apreendidas, nos dias de hoje, e que constituem as espacialidades.

Certamente, essa observação é feita por alguém que tem transitado por ambientes e vivenciado discussões que se localizam no campo da Saúde. Mesmo assim, reforço que essas noções fazem parte do dia-a-dia dos sujeitos mais diversos. Uma situação bastante atual, que pode ajudar a justificar esse apontamento, diz respeito à polêmica que envolveu a vinda de médicos cubanos ao Brasil. O assunto foi extensamente debatido, evidenciando, reforçando e popularizando os direitos e as metas ligadas à saúde, sustentadas pelos discursos da Organização Mundial da Saúde. Isso ocorreu pela frequente divulgação dos desdobramentos que envolveram o início dessas investidas por meio de programas e demais informes jornalísticos. Ainda, é importante destacar que o acordo foi oficializado tendo em vista não apenas as metas,

mas o apoio efetivo da Organização Mundial da Saúde¹⁵, fato que se tornou relevante no que se refere às disputas que passaram a ser travadas entre aqueles grupos que eram/são favoráveis ao Programa e os contrários.

Dando sequência à discussão sobre a Organização, retomo alguns dos apontamentos apresentados anteriormente, no sentido de reforçar a ideia de que a agência deve ser considerada uma importante peça associada à saúde e à (re)produção do espaço. Suas proposições, desde seu surgimento, como pode ser visto em sua Constituição, visam a regular e a orientar um conjunto de estratégias que interferem nas políticas públicas nacionais, passando – e fundamentadas – pelos conhecimentos científicos que são produzidos para/na saúde. A forma como é promovido o engajamento dos Estados-Nação a esse processo pode ser observada, mesmo que de maneira bastante superficial, nos compromissos firmados a partir da abertura e do fechamento do trecho introdutório da sua Constituição, quais sejam:

Os Estados Membros desta Constituição declaram, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, que os seguintes princípios são basilares para a felicidade dos povos, para as suas relações harmoniosas e para a sua segurança” [...] Aceitando estes princípios com o fim de cooperar entre si e com os outros para promover e proteger a saúde de todos os povos, as partes contratantes concordam com a presente Constituição e estabelecem a Organização Mundial da Saúde como um organismo especializado, nos termos do artigo 57 da Carta das Nações Unidas (OMS, 1946, s/n).

Tendo em vista tais elementos, destaco que eles são reforçados em todos os outros documentos e publicações que foram analisados e apresentados no capítulo anterior. Assim, firma-se um compromisso, por parte dos Estados Membros, no que se refere ao desenvolvimento de estratégias em saúde sob a lógica preconizada pela agência. Certamente, seria ingenuidade pensar que, por si só, a Constituição fosse capaz de garantir a responsabilização dos diversos países no que se refere ao cumprimento das metas, porém o status de Estado Membro garante aos territórios nacionais apoio internacional relacionado a diversas áreas, absolutamente fundamentais e relevantes para vários governos, sobretudo aquelas que se relacionam às dimensões político-econômicas. Isso colabora com a adesão às normas sugeridas, pois esse apoio depende

¹⁵ Disponível em <http://www.onu.org.br/brasil-assina-acordo-com-organizacao-pan-americana-da-saude-para-atrair-medicos-estrangeiros/>. Acesso realizado em 11/12/2013.

dos esforços praticados e direcionados ao cumprimento das metas que são propostas, conforme apontado na própria Constituição.

Associado a isso, destaco outras quatro diretrizes que se encontram na Constituição, quais sejam: “a saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados”; “os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos”; “a extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde”; e “os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas” (OMS, 1946, s/n).

Partindo dessas diretrizes a Organização Mundial da Saúde projeta nos governos nacionais as principais responsabilidades ligadas à saúde. Portanto mais uma vez, sinalizo uma interface entre a saúde e a política que acaba sendo refletida no espaço. É importante dizer que o cordão que alinhava essas diretrizes é, justamente, a lógica de segurança da vida das populações em nível nacional, de modo a se alcançar o cumprimento do mesmo objetivo em níveis regional e mundial. Diante disso, relembro que diversas alterações ligadas à dimensão espacial passam a ser desenvolvidas em escala nacional por meio dos direcionamentos políticos que dão forma às metas governamentais. Contudo, explico que essas diretrizes agem na direção de responsabilizar os Estados Membros em relação a um determinado modelo de saúde, qual seja, aquele que é entendido como o melhor pela própria Organização e que, conforme discutirei mais a frente, é pautado, sobretudo, em uma lógica que privilegia a distribuição e utilização de medicamentos e tecnologias ligadas à saúde. Isso é claramente observado, por exemplo, ao ser dito em seu *Programa Geral de Trabalho* (2006a) que o sucesso para a transformação dos índices de saúde em escala global está fortemente vinculado ao acesso às tecnologias mais avançadas em relação aos procedimentos e medicamentos existentes.

Mais duas diretrizes que se encontram no excerto apresentado: “uma opinião pública esclarecida e uma cooperação ativa da parte do público são de uma importância capital para o melhoramento da saúde dos povos” e “o desigual

desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum” (OMS, 1946, S/N). Penso que é interessante apontar que elas indicam a necessidade de os governos nacionais promoverem estratégias relacionadas à informação e à educação das populações de modo a fazer com que os diferentes sujeitos adotem comportamentos mais seguros, tanto em relação ao que entendemos como Promoção da Saúde quanto no que se refere à prevenção de doenças. Isso, como já propus, envolve ações que se dirigem à vida por meio dos cuidados do corpo e das relações desse com os ambientes onde as pessoas se inserem. Portanto, ao serem adotadas, essas orientações produzem, também, reorganizações comportamentais e ambientais em diferentes escalas.

Considerando que não se tratam de diretrizes recentes, seus efeitos, nos dias de hoje, podem ser representados pela gama de ações que foram sendo assumidas por governos e populações, com o passar dos anos, relacionadas à educação e às práticas midiáticas. Desse modo, se tornaram parte dos aspectos culturais que envolvem muitas populações e, conseqüentemente, dão forma, entre outras coisas, aos valores, aos comportamentos e às espacialidades vividas em diferentes territórios quando relacionadas ao que se entende sobre a saúde.

É oportuno, ainda, mencionar outro documento, a Declaração de Alma-Ata, redigida durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em setembro de 1978 (32 anos após a aprovação da Constituição), no Cazaquistão. Ele me ajuda a demonstrar como têm sido estabelecidas algumas das continuidades discursivas relacionadas aos princípios da Constituição, que referi anteriormente, ao julgá-las ‘bastante atuais’. Essas conferências emergiram, entre outros motivos, em decorrência da necessidade de se discutir as rupturas existentes no que se refere à saúde em escala mundial, especialmente, após a fundação da Organização Mundial da Saúde.

Essas continuidades também são bastante significativas no interior dos textos que formam as demais publicações analisadas para este trabalho, no entanto, escolhi apresentar determinados aspectos das Declarações Internacionais de Saúde por acreditar que elas, juntamente com a Constituição Organização Mundial da Saúde representam uma categoria de documentos que orientam a elaboração dos posteriores,

visto que são frequentemente citadas em muitas publicações. Destaco que por meio dos propósitos dessa e das demais Conferências Internacionais de Saúde, é indicada a necessidade de se investir em ações que reforcem determinados modelos em saúde de modo a amenizar, ou neutralizar, as desigualdades em saúde, muitas vezes ocasionadas por problemas sociais, econômicos, políticos e culturais que caracterizam as espacialidades vividas em diferentes territórios.

A conferência foi promovida pela Organização Mundial da Saúde e pela UNICEF como forma de estabelecer metas capazes de auxiliar na contemplação dos objetivos lançados durante a trigésima assembleia promovida pela Organização, no ano de 1977, sob o lema “Saúde para todos no ano 2000”. Abaixo, portanto, apresento o seu trecho inicial.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a seguinte declaração:

I) A Conferência enfatiza que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

II) A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países.

III) O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos

é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial.

IV) É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.

V) Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.

Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, Declaração de Alma-Ata, 1978.

Mesmo que a autoria deste segundo documento, assim como os demais resultantes das Conferências, não possa ser associada, diretamente, à Organização Mundial da Saúde, essa produção se encaixa no escopo das ações da agência. Nessa direção, argumento que essa ação deu origem a uma sequência de outras conferências e, conseqüentemente, de outros documentos¹⁶ em que, no centro de suas preocupações, está a necessidade de serem equiparados os diversos índices de saúde mundiais, tendo em vista as dificuldades de algumas regiões ou de alguns territórios.

Assim, ao estabelecerem 'novas' metas voltadas à Promoção da Saúde, as Conferências acabam reforçando as orientações contidas na Constituição e estabelecendo o entendimento sobre a Promoção da Saúde ou sobre a Saúde como um todo. Como maneira de apontar um exemplo mais recente desses documentos, chamo a atenção para o fato de que o documento resultante da oitava Conferência de Promoção

¹⁶ I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, 1986 (Carta de Ottawa); II Conferência Internacional de Promoção da Saúde, 1988 (Declaração de Adelaide); III Conferência Internacional de Promoção da Saúde, 1991 (Declaração de Sundsvall); IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, 1997 (Declaração de Jacarta); V Conferência Internacional de Promoção da saúde, 2000 (Declaração do México); VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde, 2005 (Declaração de Bangkok); VII Conferência Internacional de Promoção da Saúde, 2009 (Declaração de Nairobi).

da Saúde¹⁷, realizada em Helsinque, no ano de 2013, mais uma vez, reforça a necessidade de os Estados Membros atentarem aos princípios norteadores da Organização e apoiarem-se mutuamente.

Nessa última conferência foram acordadas questões referentes ao engajamento dos Estados Membros no que se refere ao desenvolvimento de ações e de políticas públicas que possam auxiliar na diminuição das desigualdades em saúde que ocorrem nos dias de hoje. Para tanto, foi reforçado o princípio de que cada indivíduo tem o direito de ter garantidas as melhores condições em saúde que forem possíveis. Além disso, é ressaltado o dever, tanto dos governos quanto dos cidadãos, no que se refere à divulgação e à prática de comportamentos mais saudáveis. Dentro dessa proposta, é referida a necessidade de se fazer valer os princípios mencionados anteriormente, pois, de acordo com o documento, tais políticas, direcionadas à saúde, devem fazer parte da formação das diretrizes de todas as nações, principalmente, por meio do estabelecimento de alianças que ajudem a promover a saúde em áreas menos privilegiadas.

Considerando que as recomendações e práticas promovidas pela Organização criam as possibilidades para que essas metas sejam elaboradas e revalidadas, é interessante apontar que elas provocaram um deslocamento que passou a responsabilizar todos os Estados Membros a colaborarem com as melhorias direcionadas aos territórios e regiões consideradas mais deficientes no que se refere à saúde. Autoras como Tamara Gilles-Vernick, Susan Craddock e Jennifer Gunn (2010), ao apontarem alguns dos motivos para o estabelecimento desses acordos de cooperação, referem que muitos dos problemas existentes no passado não foram solucionados de acordo com os preceitos que estamos acostumados a considerar como os melhores e hoje representam problemas globais.

Essas questões são potencializadas pela introdução de novos conhecimentos, de novas tecnologias e de novas políticas ligadas a estratégias em saúde que podem ser consideradas mais abrangentes, ao mesmo tempo em que ocorre um intenso processo

¹⁷ O documento não é disponibilizado em português, portanto, apenas descreverei os principais tópicos que o constituem. Disponível em: <http://www.videonet.fi/who/20130614/2/Statement.pdf> . Acessado em 23 de setembro de 2013.

de formação de desigualdades sociais que são decorrentes das dinâmicas espaciais. Isso ocasiona o desenvolvimento de algumas áreas do globo enquanto promove o agravamento de problemas relacionados à saúde em outras, especialmente, pelo fato de que essas desigualdades acarretam, entre outras coisas, o aumento do distanciamento entre as necessidades mais básicas, que podem ser registradas em alguns territórios, e as tecnologias mais avançadas que são disponibilizadas em outros. A necessidade de serem reforçados os princípios que regem as atividades da Organização Mundial da Saúde, apresentados em sua Constituição e revalidados pelas Declarações Internacionais e publicações que foram elaboradas posteriormente, evidencia a impossibilidade de se atingir a todos os objetivos, de forma coesa, em diversos territórios (REDFIELD, 2013).

Porém, tendo em vista essas desigualdades e as impossibilidades de acesso a tecnologias diversas e, ainda, as condições de extrema precariedade espacial de algumas áreas, a Organização Mundial da Saúde propõe, entre outras estratégias, aquelas que visam a monitorar e alterar as materialidades espaciais nas áreas que são consideradas mais precárias. Conforme apontam as publicações da agência, principalmente aquelas relacionadas ao controle de crises frente às condições sanitárias de algumas regiões, por fazerem parte dos estatutos nacionais, a agência, nos últimos anos tem conseguido pressionar alguns governos no sentido de fazer valer não apenas as diretrizes ligadas à saúde, mas também os Direitos Humanos Universais. Certamente essas pressões são feitas por meio de acordos amigáveis e intervenções humanitárias desempenhadas por suas equipes de campo, mas ocasionam grandes mudanças relacionadas aos modos de vida de algumas populações. Contudo, de acordo com a Organização, ainda são muitos os casos em que a falta de condições sanitárias colocam em perigo, tanto os sujeitos que vivem em nessas áreas consideradas mais problemáticas quanto o mundo em geral (OMS 2009, 2008, 2007b).

Eu diria que é por meio dessas retomadas, revalidações e, também, intervenções políticas que os discursos da Organização Mundial da Saúde operam na direção de constituir os entendimentos que possuímos acerca do significado de saúde e, também, no sentido de fazer com que ela própria garanta a sua posição de destaque no que se refere aos trabalhos que desenvolve. Nessa direção, resalto ainda o fato de que os

dados que constituem as características ligadas às mais diferentes áreas do espaço são produzidos pela própria Organização, ou seja, sua relevância é sustentada, também, por ser ela a responsável pelo esquadramento oficial das condições de saúde em escala global. Certamente, mais uma vez, não pretendo dizer que isso decorra de investidas mal intencionadas nem mesmo unilaterais, visto que as preocupações da agência também são produzidas por outras questões mais amplas e visam a alcançar algo que é considerado positivo. Assim, proponho que as suas orientações associam-se a diferentes contextos espaço-temporais que são produto e produtores de necessidades e preceitos relacionados à saúde.

Partindo disso, na próxima seção discorro sobre outro aspecto que considero bastante representativo no que se refere às práticas da Organização Mundial da Saúde. Refiro-me ao posicionamento de seus escritórios pelo mundo. Conforme explicarei, a estrutura da agência forma uma rede por onde circulam dados estratégicos que podem ser associados ao monitoramento e à aplicação de ações, partindo de diferentes escalas espaciais. Dessa maneira, emerge uma forma de utilização do espaço mundial que auxilia as atividades da agência ao mesmo tempo em que opera no sentido de controlá-lo e de (re)produzi-lo.

3.3 - A REDE DA OMS: LOCALIZAÇÕES, ESCALAS E COMUNICAÇÕES ESTRATÉGICAS

Como forma de contemplar os mais diferentes países, de forma abrangente, e propiciar condições para a colaboração mútua, a estrutura completa da Organização é formada, atualmente, por um escritório principal – a sede da Organização – e por mais seis escritórios regionais, que se encontram distribuídos da seguinte maneira: OMS Região da África, com sede em Brazzaville/Congo; OMS Região das Américas¹⁸, com sede em Washington/EUA; OMS Região do Mediterrâneo Oriental, estabelecida no Cairo/Egito; OMS Região do Sudeste da Ásia localizada em Nova Délhi/Índia; OMS

¹⁸ Diferentemente das outras regiões, o órgão representante da Região das Américas recebe o nome de Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), mas suas funções e sua ligação com a agência mundial é o mesmo.

Região da Europa em Copenhague/Dinamarca e OMS Região do Pacífico Ocidental, cuja sede se localiza em Manila/Filipinas.

Além desses, outros 147 escritórios estão distribuídos pelos territórios dos Estados Membros com o objetivo de aumentar a eficiência das ações propostas, bem como facilitar a construção de conhecimentos mais aprofundados sobre as necessidades de cada Estado-Nação. Assim, a estrutura completa da Organização Mundial da Saúde pode ser representada pelos os 147 escritórios nacionais, os seis escritórios regionais e uma sede que se encontra localizada em Genebra, na Suíça¹⁹. Além disso, diversas equipes designadas pela agência se encarregam de transitar por localidades onde seja necessário o recolhimento de informações ou o desenvolvimento de ações estratégicas (OMS, 2006a, 2007a). A distribuição dos escritórios nacionais, regionais e da sede, pode ser observada na imagem que se segue (Figura 21), retirada do material oficial de apresentação da Organização Mundial de Saúde publicado em 2007.



Figura 21 – Distribuição espacial dos escritórios da OMS no mundo

¹⁹ Conforme comentei em outro momento, esta é mesma forma de organização pela qual o sistema de sites da OMS é apresentado.

De acordo a Organização Mundial da Saúde (2007a), essa estrutura foi planejada e desenvolvida de modo a oportunizar a comunicação entre as lideranças mundiais, as representações regionais e as representações locais (nacionais), pois se acredita que dessa maneira existam maiores possibilidades de sucesso na busca por índices positivos relacionados à saúde. Assim, quando levamos em consideração a rede formada pelos pontos de ação da Organização Mundial da Saúde, o espaço é ressignificado a partir do deslocamento dos poderes políticos, relacionados às fronteiras nacionais, e têm-se como novo foco os poderes políticos que podem ser relacionados à saúde. Dessa forma, as ações propostas pela Organização Mundial da Saúde levam em conta, em suas orientações, a priori, três escalas – nacional, regional e global – que se encontram fortemente articuladas umas às outras.

Os escritórios nacionais são apoiados e supervisionados pelos escritórios regionais que se tornam responsáveis por um número determinado de escritórios localizados nos diferentes países. Esses escritórios regionais, por sua vez, prestam contas à coordenação geral da Organização. A partir disso, o esquema de ações da agência é constituído por iniciativas que consideram aspectos e necessidades nacionais, regionais e globais de modo a aproximá-las, o máximo possível, aos padrões considerados mais adequados. É esse esquema, de distribuição espacial que me permite propor a ideia de que a inserção da Organização Mundial da Saúde, por meio de suas equipes e seus escritórios, em diversas partes do mundo, estabelece de uma rede global voltada à segurança da vida.

Explico que o conceito de rede, conforme aponta Manuel Castells (1999), indica um conjunto de nós interconectados. De acordo com ele, as redes são estruturas abertas, capazes de se expandirem de forma ilimitada, articulando novos nós desde que haja fluidez em seu interior, ou seja, desde que haja confluência de objetivos e de estruturas de comunicação. Haesbaert (2002) refere que o conceito de rede ajuda a explicar determinadas dinâmicas espaciais, tais como redes de transportes cada vez mais articuladas, inúmeras redes no interior das cidades e diversas redes técnicas construídas para destruir e reordenar territórios. Assim, pode-se dizer que a Organização Mundial da Saúde projeta suas técnicas, conhecimentos e informações sobre as populações que vivem e circulam em diferentes áreas do espaço, mas que, de

alguma forma, estão conectadas a diferentes áreas por aonde alguns dos sujeitos, talvez, nunca cheguem a frequentar. Além disso, dão forma aos entendimentos e significados que podem ser associadas a territórios e regiões distintas.

Partindo disso, argumento que, em um primeiro momento, é para os interesses de seus territórios, politicamente definidos, que os representantes de cada país direcionam suas intenções bem como as argumentações que são feitas acerca da saúde e é sobre os acontecimentos ocorridos nessas áreas que eles prestam contas às autoridades sanitárias internacionais. Envolvidos por essa dinâmica, a cada cinco anos, novos representantes são escolhidos para fazerem parte do grupo de 34 países que lideram as deliberações ligadas ao tema e, nesse mesmo período, novas pessoas são eleitas Diretores/as Gerais da Organização. Contudo, ao serem escolhidos para tanto, não são, exatamente, as figuras desses sujeitos que se tornam relevantes, mas os países que eles representam.

Essa forma de atuação e de aplicação das estratégias nacionais se articula ao entendimento de que o território é compreendido como uma porção espacial delimitada por fatores que dizem respeito à apropriação política. Esse seria um entendimento clássico sobre a noção de território, o qual tem sido tensionado nos últimos tempos, mas que se mostra existente e determinante em muitos aspectos, pois delimita o raio de ação das investidas governamentais nacionais (HAESBAERT, 2011). Assim, esses mesmos representantes territoriais são os responsáveis por conduzir, em seus países de origem, a aplicação dos planos de ação bem como por prestarem contas à Organização no que se refere aos objetivos alcançados e aos impactos resultantes das resoluções que são traçadas a partir dos debates oficiais.

Cabe aos órgãos sanitários de cada Estado-Nação também o auxílio ou, em alguns casos, a produção de informações que possam servir como embasamento para estratégias futuras. Esses acordos, bem como, o estabelecimento dos objetivos e das preocupações que dão origem aos manuais, aos boletins informativos, aos programas de ação, entre outros, são estabelecidos, acompanhados e/ou reformulados uma vez por ano, como foi dito, na Assembleia Mundial de Saúde que ocorre em Genebra, na Suíça (OMS, 2006a). Contudo, o espaço é posto em evidência e passa ser (re)produzido no âmbito das políticas direcionadas à segurança da vida, por meio de significados que

são instituídos pelos índices de saúde de determinadas áreas. Explico que isso ocorre em função de que, para esses territórios – constituintes do espaço –, serão projetados tanto o prestígio quanto as responsabilidades dessas atribuições que, de certo modo, impactam a rede como um todo.

Como venho apontando, não cabe se pensar que o desenvolvimento das ações propostas é conduzido, e que as orientações são multiplicadas, nas diferentes realidades sociais existentes, atualmente, de forma idêntica ao que se espera. No entanto, é possível observar que as diretrizes servem como referências para a definição de políticas e normas sanitárias nacionais, para a elaboração de programas de saúde, para o embasamento das campanhas de prevenção de doenças e para o direcionamento de alterações espaciais que podem ser associadas às suas materialidades. Ainda, servem como sustentação para diversos trabalhos e pesquisas científicas haja vista a regularidade com que são usados os dados e as estatísticas produzidas pela Organização Mundial da Saúde.

Portanto, as orientações da Organização Mundial da Saúde, visam a apoiar e a educar populações, em diferentes territórios. Assim, suas práticas dão forma aos principais trabalhos e ações realizadas na área da saúde em países atendidos por ela. Como forma de exemplificar isso, refiro que a Organização destaca o caso das estratégias de combate à propagação do HIV/AIDS como modelo, cujo programa vem sendo desenvolvido há muitos anos, conforme apresentado no quadro abaixo.

A OMS direciona recursos humanos à luta contra o HIV/AIDS em mais de 40 países de todo o mundo. Assessora os Ministros de Saúde sobre as questões técnicas e proporciona assistência para ampliar os serviços essenciais de educação, prevenção, tratamento e atenção através dos setores sanitários. Trabalha em colaboração com outros atores, incluindo outras organizações das Nações Unidas, organizações não governamentais e comunidades afetadas com o objetivo de ajudar na planificação, aplicação e supervisão do programas de saúde.

Toward universal access: scaling up priority HIV/AIDS Interventions in the health sector, 2006d, p. 8.

Após abordar algumas questões que podem ser associadas à escala nacional, explico, rapidamente, que o conceito de região passou por diferentes reformulações desde seu surgimento. Tal conceito foi sendo alterado, de acordo com Paulo César da Costa Gomes (1995), em decorrência das transformações ocorridas no âmbito da Geografia, enquanto ciência que redefiniu seu objeto de estudo. Assim, se a priori, uma região era definida levando-se em conta os elementos naturais que constituem o espaço, em outro momento, começou a ser definida também pelas dinâmicas sociais que ocorrem articuladas à natureza. Esse deslocamento, de acordo com Haesbaert (2011), acompanha os entendimentos mais recentes acerca da noção de espaço. Para ele, ao se operar com o conceito de região – inserido no conjunto de conceitos utilizados para a análise do espaço – deve-se desconsiderar as proposições ligadas às materialidades em que não são apresentadas articulações com os aspectos do “vivido” (p. 112).

Isso torna possível que se pense as classificações que levam em conta elementos como, por exemplo, as condições de saúde que envolvem determinadas regiões. Dessa maneira, no que se refere aos cuidados e à assessoria em nível regional, mais uma vez fazendo uso do programa de combate ao HIV/AIDS, a Organização Mundial da Saúde, apresento as considerações da agência.

As equipes regionais de luta contra o HIV/AIDS em cada um dos seis escritórios regionais da OMS são o primeiro ponto de contato para os escritórios dos países que precisam de ajuda técnica e financeira suplementar. Os escritórios regionais também prestam atenção especial à adaptação das políticas mundiais referentes ao HIV/AIDS e às necessidades específicas das regiões. Por exemplo, o combate ao HIV/AIDS requer intervenções distintas na África Subsaariana, onde a epidemia se propaga principalmente devido às relações heterossexuais e, na Europa, onde o consumo de drogas injetáveis é o principal modo de transmissão do HIV.

Toward universal acces: sacaling up priority HIV/AIDS Interventions in the health sector, 2006d, p. 9.

O excerto apresentado demonstra o que, efetivamente, os escritórios da Organização têm feito em nível regional, de forma articulada aos escritórios nacionais. Assim, esses escritórios, a partir da cooperação de esforços com os sistemas de saúde de cada país e, também, com a ajuda de outras organizações como, por exemplo, as organizações não governamentais ligadas à luta contra o HIV/AIDS, produzem relatórios que são apresentados aos governos de modo a auxiliar na elaboração de práticas e de resoluções que serão adotadas de acordo com as necessidades específicas de cada país. Além disso, tais relatórios são usados pelos escritórios regionais, os quais fazem as análises e as tabulações dos dados obtidos nos diferentes países. Essa forma de articulação, entre escritórios, apresenta o mesmo funcionamento no que se refere às outras questões ligadas aos controles direcionados à saúde, ou seja, os mesmos procedimentos são adotados quando relacionados aos outros programas e projetos conduzidos pela Organização.

Os escritórios nacionais, portanto, encontram nos escritórios regionais, apoio para a intermediação entre as realidades locais e a situação mundial. Além disso, a partir da compilação dos dados apresentados pelas representações nacionais, se torna possível a constituição de perfis que indiquem as principais urgências e, portanto, os principais planos de ação a serem aplicados nas diferentes regiões estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde. É interessante, neste momento, destacar que, além das urgências que são apontadas, emergem as possíveis significações associadas à saúde que passam a ser relacionadas aos países e regiões, portanto, às especialidades que são vividas em tais áreas. Esses significados estão associados, entre outras coisas, às orientações e às diretrizes apresentadas na seção anterior. Daí para frente, as informações são apresentadas e debatidas em nível mundial conforme demonstra o próximo excerto.

A equipe no escritório da sede da OMS em Genebra apoia e sustenta todos os esforços despendidos em níveis regional e nacional. Estabelece as políticas e as normas que possuem alcance mundial facilitando, assim, o apoio técnico e financiamento dos mesmos no âmbito dos países e também o financiamento das publicidades relacionadas às campanhas e aos progressos realizados de modo a propiciar mobilizações de apoio técnico e financeiro.

Toward universal access: scaling up priority HIV/AIDS Interventions in the health sector, 2006d, p. 9.

Essa atenção, por parte da Organização Mundial da Saúde, direcionada ao cruzamento de informações e ações promovidas nos escritórios nacionais, regionais e globais oportuniza a emergência das recomendações e das práticas de saúde ligadas aos processos que se dão entre diferentes escalas. Portanto, é possível compreender que a Organização Mundial da Saúde, por meio de sua distribuição espacial – e da distribuição espacial de suas ações –, bem como, de sua filosofia de assessoria e de controle abrangentes acerca das questões relacionadas à saúde, age em diferentes áreas do espaço mundial buscando articulá-las e, ao mesmo tempo, dando origem às classificações ligadas à saúde que passam a lhes envolver, significar e produzir espacialidades.

Leviathan – Matthew Cusick



4. CONTROLE E SEGURANÇA DA VIDA

“ – Meu jovem amigo, a civilização não tem nenhuma necessidade de nobreza ou de heroísmo. Essas coisas são sintomas de incapacidade política. Numa sociedade convenientemente organizada como a nossa, ninguém tem oportunidade para ser nobre ou heroico. É preciso que as coisas se tornem profundamente instáveis para que tal oportunidade possa apresentar-se. Onde houver guerras, onde houver obrigações de fidelidade, múltiplas e antagônicas, onde houver tentações a que se deva resistir, objetos de amor pelos quais se deva combater ou que seja preciso defender, aí, evidentemente, a nobreza e o heroísmo terão algum sentido. Mas não há guerras nos nossos dias. Não há nada que se assemelhe a obrigações de felicidade antagônicas; todos são condicionados de tal modo que ninguém pode deixar de fazer o que deve [...] No passado, não era possível alcançar essas coisas senão com grande esforço e depois de anos de treinamento moral.”

Aldous Huxley , Admirável Mundo Novo, 2009, p. 362-363.

A segurança da vida pode ser entendida como um dos grandes temas que se encontram em discussão nos tempos atuais. Partindo desse pressuposto, pode-se dizer que as discussões que balizam o assunto estão articuladas aos estudos, às pesquisas e às normas que envolvem o controle do espaço e das populações, à regulação da saúde e aos avanços da tecnociência. Também podem ser citadas as preocupações acerca dos conflitos que ocorrem entre diversas nações ou entre diferentes grupos identitários que representam, atualmente, potenciais riscos relacionados ao tema.

Conforme aponta Peter Pál Pelbart (2011), alguns pesquisadores e algumas instituições encontram, nos temas relacionados à segurança da vida, uma importante

fonte de lucro e de material para pesquisas. Ao mesmo tempo, outros a entendem como um patrimônio inalienável da humanidade, que deve ser protegido. Além disso, há quem discuta as hibridizações que a decompõem e a transformam em algo desnaturalizado, a ponto de seu conceito poder ser relativizado.

Acredito, contudo, que esses entendimentos sobre a vida se articulam, criando a possibilidade de se discutir questões que envolvem as diferentes medidas de controle e prevenção de doenças que são orientadas e adotadas para se garantir, na medida do possível, a segurança da vida em níveis individual e coletivo. No caso desta pesquisa, as orientações às quais me refiro são aquelas lançadas pela Organização Mundial da Saúde e que são adotadas, muitas vezes, pelos Estados-Nação e pelos indivíduos que formam as populações. Penso, ainda, que tais medidas, são estabelecidas a partir da sobreposição dos diferentes recomendações que envolvem os controles direcionados às populações que vivem em determinados áreas do espaço.

Sugiro, a partir disso, que essas questões, atualmente, constituem muitas dinâmicas sociais que são, ao mesmo tempo, políticas, econômicas e culturais, próprias dos diferentes contextos espaço-temporais em que são formadas. Seria essa articulação, entre as diferentes instâncias e os saberes que as envolvem, que, a meu ver, auxiliam aquilo que chamo de (re)produção do espaço por meio dos preceitos e estratégias da saúde. Portanto, neste capítulo, apresento questões ligadas às biopolíticas de modo a apontar a forma como entendo o assunto bem como sinalizar possíveis desdobramentos ligados ao tema.

4.1 – A ARTE DE QUANTIFICAR A VIDA

No decorrer dos séculos XVII e XVIII, no que diz respeito às relações de poder ligadas à vida, de acordo com Foucault (2005, 2011), ocorreu uma substituição do poder soberano pelo poder disciplinar. Como resultado disso o autor destaca a transformação das monarquias soberanas em sociedades chamadas de disciplinares.

Diferentemente do que ocorria nas relações de poder da soberania, o poder disciplinar foi deslocado da figura do governante e direcionado aos indivíduos, um a um, a partir das técnicas disciplinares.

De acordo com a lógica do poder soberano, os bens e as vidas dos súditos podiam ser tomados pelo governante, porém, na sociedade disciplinar algumas dinâmicas foram transformadas em função de “o poder disciplinar ser por efeito um poder que, em vez de se apropriar e retirar, tem como função maior adestrar; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor” (FOUCAULT, 2005, p. 143). Essa forma de poder, segundo o autor:

Em vez de dobrar uniformemente e por massa, tudo o que lhe está submetido, separa, analisa, diferencia, leva seus processos de decomposição até as singularidades necessárias e suficientes. Adestra as multidões confusas, móveis, inúteis de corpos e forças para uma multiplicidade de elementos individuais – pequenas células separadas, autônomas orgânicas, identidades e continuidades genéticas, seguimentos combinatórios (FOUCAULT, 2005, p.143).

Assim, o poder disciplinar se dirigia – e ainda se dirige – aos indivíduos, mais precisamente, aos seus corpos, tendo como objetivo o seu adestramento e sua normalização. Isso ocorria por meio das práticas aplicadas pelas diversas instituições, típicas da modernidade, pelas quais os indivíduos passavam durante a vida, quais sejam, as escolas, os hospitais, as fábricas, a prisão, entre outras.

Para Foucault (2009, p. 151) essas instituições trabalhavam no sentido de docilizar os corpos e, assim, os tornava aptos para a produção industrial que, em decorrência da lógica capitalista, se mostrava central à época. Essa situação ocorre, atualmente, seguindo a mesma lógica, porém, de maneiras diferentes. Ela pode estar ligada à saúde e aos discursos que envolvem a segurança da vida. Conforme o autor argumenta, essas práticas eram centradas no “corpo como máquina”, pois elas agiam no que diz respeito ao “adestramento”, ao “aumento das aptidões”, à “extorsão de suas forças”, ao “crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade” e à “sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos”. Essas questões eram asseguradas pelos procedimentos de poder que configuravam as disciplinas “anátomo-políticas do corpo humano”.

Considerando as práticas disciplinares e a forma como são aplicadas – através da docilização – nos corpos que se encontram submetidos aos regimes de poder, esclareço que essa tecnologia promove o aumento e a multiplicação das normas e, conseqüentemente, dos sujeitos que se tornam submetidos a ela. Nesse sentido, a disciplina é uma técnica que produz sujeitos produtivos e que se multiplica como uma norma. As estratégias disciplinares, sobretudo, colaboram com o aumento da produtividade, fundamental ao capitalismo. No entanto, a produção que se associa aos poderes disciplinares não diz respeito, apenas, ao contexto econômico, mas ao aumento de saberes e de potencialidades em ambientes como as escolas, os hospitais, os exércitos, entre outros. Assim, ressalto que, de acordo com Foucault (op. cit.), o poder disciplinar emergiu tendo como objetivos facilitar a redução dos custos relativos ao exercício do poder, expandir os efeitos do poder de modo alcançar o maior número de adeptos e, por último, aumentar a docilidade daqueles que são submetidos ao sistema.

Essa pode ser entendida como a primeira tomada de poder sobre o corpo, à qual se segue, tal como refere Foucault, uma segunda tomada. É a partir do século XVIII que surge uma nova forma de poder, aplicada sobre a população, enquanto corpo coletivo e que dá forma ao biopoder. De acordo com Foucault (2009), o biopoder é uma forma de poder, que age sobre a vida e se constitui a partir de duas lógicas que não devem ser consideradas antitéticas nem mesmo negativas. A primeira diz respeito ao disciplinamento do corpo e a segunda se encontra ancorada na noção de regulação da população e ambas, quando associadas, representam dois polos que se entrecruzam e que dão sustentação ao biopoder.

Para Foucault (2009) o biopoder é exercido de forma positiva sobre a vida, de modo a orientar a sua gestão em nível individual e em nível populacional. Assim, são considerados os traços biológicos comuns que envolvem a espécie humana, por meio das biopolíticas, e os comportamentos individuais que podem ser disciplinados de modo a fazer com que os diferentes sujeitos se engajem ao funcionamento das normas seguidas pelas populações. Para Foucault (2009), o aumento dos conhecimentos a respeito da vida, a melhoria das técnicas agrícolas, as observações e as medições que eram feitas, e que visavam às vidas das pessoas, distanciavam as discussões da

problemática da morte aproximando-as aos processos vitais. Essa nova gama de técnicas possibilitou que fosse possível regular e modificar aspectos ligados à vida, e não apenas aos corpos, pelos procedimentos de poder relacionados ao conhecimento.

Assim, o autor refere que o homem ocidental começou a aprender o que significava ser uma “espécie viva em um mundo vivo, ter um corpo, condições de existência, probabilidade de vida, saúde individual e coletiva, forças que se podem modificar e um espaço em que se poder reparti-las de modo ótimo” (p.155). Emergia daí um modo de governar não apenas os corpos individualmente, mas o coletivo de corpos, baseando-se nas regularidades dos processos vitais (número de nascimentos, números de mortos, taxas de adoecimento, etc.), ancoradas, portanto, nos processos vitais coletivos.

Com isso, ocorreu a primeira aproximação entre as instancias biológica e política. Portanto, viver e morrer não estavam mais relacionados ao acaso, mas, em parte, ao campo do controle do saber e à intervenção do poder. Nessa direção, as biopolíticas designam a entrada da vida e seus mecanismos no domínio dos cálculos estatísticos. Segundo Foucault (2000), não se trata mais de um corpo individual, mas de um corpo coletivo que possui múltiplos indivíduos, os quais podem ser quantificados. “A biopolítica lida com a população e a população como problema político, como um problema a um só tempo político e científico, como problema biológico e, como problema de poder [...]” (p. 292/293). Além disso, outra questão é levantada por ele e se refere ao fato de que a natureza desses fenômenos é alterada, pois, em nível individual, os acontecimentos se configuram como imprevisíveis, enquanto que a partir do coletivo é possível se estimar, através dos números, as probabilidades relacionadas ao tempo de duração, ao raio de alcance e aos riscos aos quais as populações se encontram vulneráveis. Conforme argumenta Miguel Ângelo (2008), seguindo os apontamentos de Foucault, o processo de regulamentação da população pelas biopolíticas ocorre por meio de três domínios:

[...] a questão da natalidade, da mortalidade e da longevidade, ou seja, é preciso fazer a vida se estender ao máximo a partir da qualidade da higiene pública; [...] a partir do problema da velhice e dos acidentes e doenças, surgiram as instituições de assistência, os seguros, as poupanças; [...] por fim, a preocupação com o espaço, com a organização da cidade. Todos esses mecanismos aos quais a biopolítica incidirá sua ação farão com que a

população seja seu objeto de regulação política. A conduta não mais do homem como indivíduo disciplinado, mas da população como contingente economicamente regulada (p. 05).

Portanto, é sobre o corpo-espécie, em lugar do corpo-máquina, que as biopolíticas começam a controlar o número de nascimentos, de mortes, de doenças, enfim, começam a controlar os fenômenos que envolvem a vida das populações. Assim, o foco das biopolíticas se encontra em gerir a vida das populações e produzir conhecimentos a fim de mais bem administrá-la, transformá-la e, sobretudo, aperfeiçoá-la. Atrelado ao que foi dito, sobre as técnicas disciplinares, as biopolíticas se encontram, igualmente, influenciadas pela lógica capitalista que visa à produção. No entanto, se antes o enfoque se direcionava ao fazer produzir, sob o efeito das biopolíticas, o objetivo se constrói sob a lógica de investimento em condições e regulações ligadas à vida dos indivíduos na direção de se extrair maiores níveis de produção em relação aos anteriores.

Assim, uma das maneiras utilizadas para que as populações participem desse sistema se refere à produção e à circulação de saberes que dizem respeito aos usos e à divulgação de informações construídas sob a verdade científica. A partir de dados estatísticos cruzados a outros saberes técnicos e científicos se formam algumas das estratégias biopolíticas utilizadas atualmente. Assim, as populações são educadas a partir de dados relacionados à saúde e ao corpo, a partir de informações que se encontram em circulação por meio das diferentes mídias e das diferentes tecnologias digitais, especialmente, nos últimos anos. No que se refere à saúde, do ponto de vista que a abordo, essas informações são produzidas, muitas vezes, pela Organização Mundial da Saúde, e passam ser consideradas, portanto, as “mais confiáveis”.

Exemplos disso podem ser configurados pelo site da agência, pelos Relatórios Estatísticos que são lançados anualmente pela agência e, ainda, pelas recomendações que são divulgadas em diferentes meios de comunicação. Elas não apenas são associadas aos conhecimentos das populações como ainda passam a dar forma a novos conhecimentos, pois são usadas, frequentemente, como referências em estudos acadêmicos e científicos e, conforme apontei anteriormente, são vinculadas aos meios de comunicação em casos emergenciais, por exemplo, o surgimento de novas

epidemias. Além disso, as informações produzidas pela agência – entre elas os números resultantes das quantificações frequentemente atualizadas – servem como embasamento para a estruturação de políticas públicas nacionais.

Rose (1996) aponta que as quantificações e as estatísticas agem como ferramentas importantes no que se refere aos mecanismos de governo. Segundo ele, essa “pedagogia dos números” (p. 683), faz com que os sujeitos sigam determinadas tendências a partir de suas próprias escolhas, as quais são orientadas por informações que estão engendradas em contextos produzidos por elas mesmas. Santos (2011), por exemplo, ao discutir questões relacionadas aos números que constroem os entendimentos acerca da epidemia de AIDS, nos dias de hoje, argumenta que os números são usados como tecnologias para o governo das populações. Esses números, de acordo com ele, são definidos a partir das pesquisas que envolvem as quantidades relativas às novas infecções, às vendas de preservativos, bem como, aos índices de aprovação em relação às campanhas de esclarecimento sobre a doença. Assim, essas biopolíticas se apoiam em gráficos, tabelas e estatísticas como forma de constituir ferramentas de controle populacional.

Embora os números não sejam pessoas (indivíduos), eles podem dizer muito delas; não só as produzindo, como também as regulando nessa produção. E, mesmo que possamos nos colocar do “lado de fora” desses números, isto é, que possamos não nos identificar com a forma como eles estão nos representando, sempre há os números que “colam”, ou mesmo, se aproximam muito de seus prognósticos; isso porque esses números podem ser tanto absolutos quanto contínuos, ou seja, podem “variar entre”, pode se situar em um gradiente. E esse “variar entre”, essa probabilidade, esse estar na margem de risco prevista por tal ou qual predição estimativa, é um modo muito eficiente de inserir cada um dos indivíduos na dinâmica do governo (SANTOS, 2011, p. 38).

Para Castiel (2010), muitas áreas de pesquisa têm destinado especial atenção aos eventos futuros. Segundo ele, energia e tempo são investidos na construção de análises que, a partir de dados estatísticos, produzidos no presente, buscam prever os acontecimentos que possam vir a acontecer em um futuro próximo ou, até mesmo, distante. O autor aponta que essa necessidade de quantificação e controle sobre os eventos, possivelmente, ocorra em decorrência das incertezas que rondam as sociedades e que fazem com que sejam necessárias formas de se lidar com o

encurtamento do presente e a expansão das ameaças futuras. Esses sentimentos de incerteza são potencializados, também, pelo fato de estarmos rodeados por novas possibilidades tecnológicas, promovidas pela ciência, ao mesmo tempo em que a racionalidade dominante, que guia essas inovações, não pode assegurar certezas quanto aos eventos que estão por acontecer.

Assim, as ferramentas utilizadas para modelagens e simulações de eventos futuros, associadas às técnicas estatísticas prospectivas que são comumente utilizadas, nos dias de hoje, se mostram como um efeito das inseguranças que nos rodeiam. A partir disso, novas técnicas e ferramentas – em especial aquelas ligadas à tecnociência e ao monitoramento do espaço – têm oportunizado uma gama de previsões e aconselhamentos que se aproximam daquilo que costumamos encontrar em narrativas de ficção científica (BAGRICHEVSKY et. al., 2010).

O biopoder, portanto, atravessa as populações constituindo as relações estabelecidas entre os sujeitos, da mesma forma que é constituído e atravessado por questões políticas, econômicas e científicas. Esse fato colabora com a constituição dos conhecimentos e dos modos pelos quais os sujeitos os compreendem. Conseqüentemente, espacialidades – ou seja, os modos como os sujeitos vivem o espaço – são modificadas pelos atravessamentos que envolvem essas diferentes instâncias que se encontram articuladas na formação das noções acerca da segurança da vida. Gros (2010) e Paula Sibilía (2002) são alguns dos autores que referem que o biopoder se modifica e se adapta conforme as condições relacionadas aos contextos social e econômico em que é praticado ao passo que interfere em tais questões.

Sobre o conceito de população, articulado às discussões acerca do biopoder, Stephen Legg (2005) aponta que o termo deve ser compreendido na direção de que se preste atenção às diferentes distribuições populacionais, às migrações, às relações socioespaciais, bem como às variações culturais que ocorrem em níveis nacional, regional e local. Para o autor, esse conceito tem sido usado em diferentes disciplinas a partir de significações que envolvem diversos elementos. No entanto, na perspectiva dos geógrafos, por exemplo, ele deve ser tomado de modo a serem observadas as dinâmicas que ocorrem entre os grupos, bem como entre os indivíduos e as políticas que se articulam em decorrência de territórios comuns e da interconexão espacial

entre estes territórios. Legg (op. cit.) ainda refere que, ao serem discutidas questões que envolvem o biopoder, aspectos diversos que envolvem as populações, a partir do entendimento da geografia contemporânea, se tornam relevantes. Portanto, ao se discutir assuntos relacionados às populações, deve-se levar em conta as dinâmicas que as envolvem, ou seja, as espacialidades vividas por elas.

No que se refere à noção de segurança, é coerente citar, neste momento, os apontamentos de Foucault (2008a). Tendo como apoio os acontecimentos ligados à segurança das populações, no século XVIII, em relação à escassez de alimentos e às técnicas de vacinação, o autor discute a aproximação entre as quantificações populacionais e a segurança. De acordo com ele, por meio das técnicas disciplinares, a segurança era pautada, especialmente, no controle dos posicionamentos e da circulação de indivíduos, em razão de problemas específicos. No entanto, após a emergência das biopolíticas, foi sobre as populações, em nível de coletividade, que os controles ligados à segurança passaram a ser exercidos. Assim, os cálculos passaram a garantir certas previsões relacionadas às regularidades dos problemas que envolviam diferentes grupos sociais ou populações inteiras. Foucault (op. cit.) argumenta que, por meio dessa forma de controle, aproximações entre os números relativos às populações e aos contextos territoriais em que essas se encontravam, oportunizaram o direcionamento de estratégias visando a promover a segurança da vida em escala ampla.

No que diz respeito, mais especificamente, ao controle de epidemias, Foucault (2008a) explica que, a partir do momento em que os casos de varíola passaram a ser quantificados e analisados, as infecções não foram mais associadas aos indivíduos, mas às populações das quais eles faziam parte. Assim tais situações se tornaram racionalizáveis e identificáveis. Além disso, passaram a ser feitas projeções acerca dos riscos aos quais determinadas populações, localizadas em determinados territórios, estavam sujeitas e, assim, tomaram forma as estratégias direcionadas à conscientização das populações e ao surgimento de normas sanitárias, promovidas pelos governos nacionais, visando controlar os riscos existentes ou conhecidos na época.

Atualmente, essas questões podem ser comparadas e adicionadas a novos problemas, emergentes no século XXI, os quais, segundo Ulrich Beck (2010), fazem

parte de um grupo de riscos globais. Podem ser considerados como riscos globais, atualmente, as epidemias, os aparatos tecnológicos que podem ser usados contra diversas populações e territórios – no caso de guerras ou ações terroristas –, os problemas econômicos e os desastres ecológicos (BECK, 2010). Assim, o biopoder, atualmente, opera no sentido de controlar, também, os riscos globais que possam prejudicar a vida das populações por meio de questões relacionadas ao controle de fluxos de produtos e de pessoas, bem como às relações interpessoais e aos comportamentos individuais que se estabelecem no espaço mundial.

Para tanto, muitas vezes, noções ligadas às fronteiras territoriais, politicamente estabelecidas, e os conhecimentos multiplicados por ações educativas ajudam a fazer com que as populações atentem a determinadas situações que devem ser evitadas, em escala individual e nacional, para que surtam efeitos em escala global. Assim, tais controles, atualmente, não são operados e divulgados apenas em nível de controle de fronteiras, mas são aplicados sobre as populações de modo a modificar comportamentos e a estimular investimentos relacionados à segurança do corpo individual para que os sujeitos possam estar protegidos em caso de perigos diversos. Isso garante não apenas a segurança da vida em nível coletivo, mas garante que essa segurança, na medida do possível, seja direcionada ao nível individual. Baseado em documentos como o *Regulamento Sanitário Internacional* (OMS, 2005), o *Programa Geral de Trabalho* (OMS, 2006a), o programa de *Visão e Estratégia Global para Imunização* (2006c) e o *Relatório do Departamento de Alerta e Resposta a Epidemias* (OMS, 2007b), destaco que essa é a lógica sob a qual são constituídas as orientações da Organização Mundial da Saúde.

Em suas publicações pode-se encontrar certa dinâmica que estabelece, em primeiro lugar, por meio dos números que são produzidos regularmente, os principais riscos aos quais determinadas populações se encontram vulneráveis. Sequencialmente, como reação aos problemas indicados pelos seus relatórios, são estabelecidas as estratégias de intervenção e de informação e educação que visam reverter ou conter o crescimento de problemas relacionados à segurança da vida individualmente e nacionalmente. Partindo disso, ao tornarem-se conhecimentos oficializados e divulgados pela Organização, os riscos, associados aos territórios onde são produzidos

os números que os representam, passam a fazer parte das preocupações internacionais e são reforçados culturalmente, especialmente, em função das dinâmicas de circulação de pessoas, de produtos e de informações que existem atualmente.

Dan Gardner (2009) refere que, culturalmente, somos ensinados a temer determinados riscos e, portanto, nos dias de hoje, os riscos que podem ser associados a diferentes questões, entre elas a segurança da vida, se enquadram em uma lógica global a partir da qual são potencializados. Para Luís David Castiel (1999) a ideia de risco desfruta, atualmente, de uma grande popularidade em diversos lugares do mundo. Essa popularidade, segundo o autor, é construída por meio dos meios de comunicação que divulgam, diariamente, questões relacionadas a riscos diversos. Mary Jane Spink (2001) argumenta que houve uma “transição da sociedade disciplinar, típica da modernidade clássica, para a sociedade de risco, formação emergente na modernidade tardia” (p. 1278). A autora alerta para o fato de que a palavra “risco” surgiu nas sociedades pré-modernas, na transição entre o feudalismo e as novas formas de territorialidade que posteriormente dariam origem aos Estados-Nação. É interessante ressaltar que a humanidade sempre enfrentou diferentes tipos de eventos que podem ser considerados perigosos (guerras, acidentes naturais, epidemias, fome, etc.), mas, segundo ela, tais riscos eram considerados como perigos ou fatalidades quase inerentes à vida em sociedade. Para Spink (op. cit.), o termo ‘risco’ ainda não fazia parte da linguagem dessas sociedades.

Os discursos sobre risco e saúde, que circulam nos dias de hoje, podem ser considerados, preponderantemente, como resultantes dos discursos da Epidemiologia. Para Annette Street (2004) a Epidemiologia pode ser considerada como a aplicação dos conceitos lógicos e mensuráveis, bem como, métodos aplicados em problemas encontrados no cuidado de pacientes individuais e na sociedade. Nessa direção é oportuno destacar que é por meio dos cálculos epidemiológicos que são produzidas e planejadas grande parte das orientações e ações da Organização Mundial da Saúde.

Allan Petersen e Deborah Lupton (1996) afirmam que o significado de risco – como conceito construído cientificamente no séc. XVIII – sofreu modificações ao longo dos séculos. A principal delas parece ter sido a introdução da previsibilidade calculada, referendada pela matemática e pela estatística agregadas à ideia de risco, que veio

substituir a ideia de risco como incerteza, como evento ligado ao azar. Spink (2001) complementa esse entendimento quando diz que o conceito de risco contou, por um lado, com o “lento desenvolvimento da probabilidade” e, por outro, com a sofisticação da estatística e seu uso como ciência do Estado (p. 1280). Essa compreensão de risco associado à incerteza e, ao mesmo tempo, à previsibilidade, é ainda discutida por Street (2004) quando ela mostra que o interesse acadêmico pelo risco cresceu através de argumentos que discutem o ponto de vista medieval em relação ao risco, associando-o com destino ou morte e, ainda, como um jogo. Atualmente, esse conceito é entendido através de uma visão contemporânea que situa o risco como um discurso mediador que define e é definido por diferentes visões da relação entre risco, perigo e percepção do risco.

Assim, Spink (2001) sugere que o uso prático da Epidemiologia foi direcionado para a avaliação de riscos, fazendo com que os sujeitos, confrontados com fatores de risco (agora ancorados em indicadores numéricos), evitem determinadas situações. Mary Douglas (2000) localiza-o em uma perspectiva cultural que questiona o porquê de alguns riscos serem ignorados e outros enfatizados, bem como os motivos que levam diferentes grupos a considerarem os riscos de diferentes maneiras. Para Petersen e Lupton (1996), atualmente, o conceito de risco, pressupõe ameaça, perigo ou prejuízo, portanto, o risco é sempre negativo, não existindo um risco que possa ser considerado bom.

A partir desses discursos, associados ao controle do risco, emerge a noção de que cada indivíduo é responsável por sua saúde. Sarah Nettleton (1997) argumenta que, nos dias atuais, a saúde e o cuidado da saúde se transformaram em questões que os sujeitos podem e devem controlar. Tal situação ocorre pelo fato dessas questões serem identificadas como instâncias que ultrapassam as instalações dos hospitais e que envolvem inúmeras práticas como, por exemplo, cuidados com a higiene, alimentação, manutenção do corpo através de exercícios, entre outros – que, embora ultrapassem as instalações hospitalares, se constituem como uma continuidade das práticas ali preconizadas.

Street (2004) afirma que, atualmente, o cuidar de si mesmo não considera mais, apenas, a ideia de que os indivíduos devam se cuidar enquanto/quando doentes,

mas também de que esses indivíduos reduzam seus comportamentos de risco. Se as técnicas de controle, orientadas pela Organização Mundial da Saúde e promovidas pelos Estados-Nação, alteram os modos de vida das populações para que os indivíduos sejam responsáveis pela administração de seus níveis de saúde, esses a seguem, pode-se dizer, através da autogestão de riscos.

Associado ao que foi dito, penso que os números – especialmente aqueles que representam e constituem os riscos aos quais as populações se encontram vulneráveis – servem como evidência e, nesse caso, podem representar o ‘verdadeiro’. Conduzir, regular, e agenciar as populações, enfim, moldar espacialidades por meio de técnicas de governo. Essa prática não requer, unicamente, a extração de saberes sobre ela, mais do que isso, ela requer a produção de registros que quantifiquem aspectos a serem controlados e governados. Assim, cabe dizer que os registros, além de orientarem as intenções de quem governa, auxiliam e respaldam as ações sobre os indivíduos que creditam confiança aos dados e, com isso, fazem funcionar as biopolíticas.

Nessa direção, cabe, novamente, fazer uso das palavras de Foucault (2011) quando ele argumenta que os regimes de verdade são essenciais em nossas sociedades e que grandes disputas são estabelecidas a partir desses regimes. Não se trata, conforme adverte o autor, de considerar quais técnicas e pressupostos científicos representam, efetivamente, a verdade. Dessa forma é possível dizer que a evidência é a melhor prova e demonstração da verdade, pois aquilo que é considerado verdadeiro constrói a norma, sendo verdadeiro é aceitável e, sendo aceitável, muitos indivíduos se inclinam a ela (FOUCAULT, 2010).

No entanto, para que a evidência seja considerada uma verdade é necessário que estejamos inseridos em determinados regimes de verdade, pois são esses regimes que moldam aquilo que define o verdadeiro e sobre o qual se desenvolve a governamentalidade. Segundo Foucault (2010), os regimes de verdade são aquilo que “constrange os indivíduos a um certo número de atos de verdade [...]” (p.67). Os regimes de verdade posicionam e constroem os indivíduos frente ao verdadeiro, ou seja, é aquilo que determina ações e entendimentos frente ao que se acredita ser a verdade. Neste sentido, cada pessoa aceita a verdade sem que seja necessário se fazer

uso de pressão, pois a própria verdade molda o indivíduo. Portanto, não é necessário que ela seja imposta, pois ela própria se impõe de forma sutil.

Alfredo Veiga-Neto (2005), ao fazer uma reflexão acerca das traduções e do significado em relação ao termo estipulado por Foucault, afirma que tal expressão não considera o governo enquanto instância central no Estado moderno, mas como as ações distribuídas, microscopicamente, pelo tecido social. Pode-se dizer que a ideia de governo se dá por meio da governamentalidade, que consiste numa mentalidade de governo, ou seja, num tipo de tecnologia que promove o governo sobre o próprio corpo, bem como sobre o corpo dos outros sujeitos. Nesse sentido, Lupton (2000) refere que não são apenas as atividades do Estado que contribuem para a regulação dos corpos por meio da governamentalidade, mas uma miríade de outras instituições e locais sociais: a cultura, a mídia, o comércio, a família, a escola, o sistema judiciário.

Nettleton (1997) afirma que o autogoverno implica em um projeto que está em andamento, a partir do qual estamos recebendo, continuamente, informações sobre as formas como agimos e cuidamos de nossos corpos. Para a autora, os indivíduos são recrutados para cuidarem de si mesmos. Em relação a isso, ela argumenta que uma série de riscos são apresentados, pelos especialistas, aos indivíduos e a partir deles cabe a esses se governarem a fim de evitarem riscos. Porém, Lupton (2000) afirma que as “tentativas externas de governamentalidade não podem simplesmente se impor ao indivíduo, tampouco, são capazes de constituir sujeitos sem fissuras. Sempre poderá ocorrer que a governamentalidade entre em colapso em razão de sua diversidade” (p. 19).

A governamentalidade diz respeito a um conjunto de estratégias, conhecimentos e procedimentos aplicados sobre os indivíduos, sobre os grupos ou sobre as populações de modo a conduzi-las de acordo com os interesses de uma racionalidade e de um objetivo maior (ROSE, 1996). Assim, governamentalidade, refere-se ao controle que pode ser exercido sobre a população a partir da adesão das pessoas que aplicam sobre si próprias as verdades por elas expressas e, também, sobre os outros. Esse controle é operacionalizado sobre o corpo, sobre a alma e sobre os atos, agindo de maneira circular e contínua. Portanto, é importante que seja entendido que

não se governa um território, mas a população que se insere no mesmo. (FOUCAULT, 2008a).

Para Santos (2011), essa forma de governo não se aparta do governo através dos números, mas o faz funcionar em um nível individual. Assim, como em todas as outras formas de governo, refere o autor, o indivíduo é posicionado pelos números ao mesmo tempo em que se posiciona no escopo deles. Essa situação não ocorre, necessariamente, pelo interesse consciente das pessoas, mas por que esses números, tal como foi dito, refletem a 'verdade' e são apresentados para 'o próprio bem' delas e das populações em geral.

Nessa direção, as biopolíticas são estabelecidas e operadas, atualmente, a partir de uma dinâmica complexa. Essa complexidade pode ser relacionada à sobreposição de diferentes regimes de verdade, sob os quais são produzidas diversas informações. Assim, essa relação conduz as diferentes populações e, também, os diferentes indivíduos para direções, muitas vezes, contraditórias, porém complementares. O que pretendo dizer com isso é que, devido aos atravessamentos entre as tradicionais formas de se entender a saúde e as novas promessas oportunizadas pela tecnociência, as recomendações que envolvem a segurança da vida e as populações criam novos e diversos entendimentos sobre os cuidados com a vida, especialmente, sobre o corpo individual – posicionando-o como a instância celular de investimentos, os quais, uma vez postos em ação, terão impacto nos níveis populacionais. É lícito pensar que esses entendimentos estarão atrelados aos perfis socioeconômicos das populações que vivem em diferentes territórios, bem como às possibilidades de deslocamento entre fronteiras que se intensificaram nos últimos anos.

Os números e as evidências relacionadas à saúde e aos indicadores sociais diferenciam, entre outras coisas, os investimentos direcionados à educação e à saúde em cada região, mais especificamente, nas regiões reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde. Os relatórios produzidos pela Organização apresentam estatísticas mundiais relacionadas à saúde das populações de modo a orientar as ações (biopolíticas) a serem executadas em níveis global, regional e local. Assim, emerge uma diferenciação relacionada às condições de saúde em diferentes áreas do espaço e, como

consequência disso, ocorrem novos entendimentos sobre a segurança da vida dentro desses territórios e acerca dos territórios que não aqueles em que se vive.

É possível apontar, também, a emergência de espacialidades que se constituem a partir dos cuidados e do controle de riscos relacionados aos comportamentos sociais e aos investimentos em nível individual que, muitas vezes, são oportunizados pela ciência e significados pelos números que quantificam a vida. É nessa direção que apresento, na próxima seção, algumas questões relacionadas às transformações ligadas às biopolíticas do século XXI.

4.2- BIOPOLÍTICAS DO SÉCULO XXI

Início esta seção argumentando que as formas como os poderes, que agem sobre o corpo e sobre a vida, se diferenciam em diversos pontos das formas como atuavam em outros tempos. As biopolíticas contemporâneas se enquadram em um contexto político e econômico no qual suas investidas agem no sentido de fazer com que os sujeitos acreditem que as decisões tomadas, individualmente, são constituídas a partir da chamada liberdade de escolha. No entanto, essas noções de liberdade, bem como de que as escolhas são tomadas em nível individual se encontram associadas aos diversos discursos que apontam as melhores direções a serem seguidas. Portanto, não devem ser consideradas de forma desarticulada ao biopoder.

Sobre isso, Francisco Ortega e Rafaela Zorzaneli (2010) argumentam que se pode observar certo abandono no que se refere ao entendimento do Estado enquanto gestor dos indivíduos em lugar da autogestão da vida. Esse processo biopolítico, segundo eles, oportuniza uma noção de que cada sujeito é quem decide suas ações, ou seja, é uma ideia do 'eu' enquanto gestor responsável por escolhas tomadas em nível individual. Assim, uma imensa gama de conhecimentos, relacionados à vida e ao corpo, são disponibilizados de modo a tornar possíveis as escolhas relacionadas à preservação e à manutenção da saúde como parte das preocupações biopolíticas. Em

outras palavras, embora eles pareçam ser efeito de escolhas individuais, que os indivíduos fazem em nome de seu corpo e de sua saúde, tais escolhas já estão previamente oferecidas na pauta de questões biopolíticas.

Além disso, os autores afirmam que outro campo que tem se tornado relevante, atualmente, é o da cidadania. Diversas formas de cidadania emergem da importância projetada, pelas biopolíticas, sobre as práticas de constituição de si mesmo e sobre as técnicas de intervenção corporal. Assim, a preocupação com a segurança da vida, tomada como elemento de extrema relevância pelos discursos da saúde, faz emergir novas formas de sociabilidade que se encontram relacionadas, entre outras coisas, às reivindicações por atendimento público e pela disponibilização de medicamentos. Com isso, de certo modo, o Estado volta a ser responsabilizado pelos cuidados relacionados à saúde da população, porém, por outras vias que não as mais tradicionais.

Considerando que a Organização Mundial da Saúde gerencia a produção e a divulgação de muitas das informações ligadas à saúde e serve como parâmetro às políticas de saúde nacionais, essa instituição se encontra fortemente vinculada aos processos biopolíticos e às suas transformações ao mesmo tempo em que é constituída por esses processos. Em outras palavras, a Organização Mundial da Saúde é, também, um efeito desses processos. Assim, os discursos que são produzidos e divulgados pela Organização, e que envolvem o controle de riscos que podem abalar a segurança da vida, são produtos e produtores de lógicas diversas, que agem em concomitância aos processos econômicos e sociais que ocorrem nos dias de hoje.

Sobre as transformações que envolvem as biopolíticas, Rose (2007) aponta que, nos últimos anos, no campo da saúde, atravessamentos técnicos e científicos têm feito com que os médicos venham perdendo o papel principal no que diz respeito aos diagnósticos clínicos. O que ganha esse lugar, nesse contexto, são as tecnologias que tornaram o campo da saúde, altamente, dependente dos exames e dos tratamentos terapêuticos oportunistas por equipamentos e técnicas cada vez mais avançadas. Assim, as biopolíticas postas em ação pelos Estados-Nação, são obrigadas a introduzir essas inovações em suas ações. No que tange a essas tecnologias, cabe destacar o imenso impacto da computação e das redes eletrônicas na medicina contemporânea,

tal como apontado por Susanne Bauer e Jan Éric Olsen (2009). Segundo eles, sua influência sobre a questão da vigilância médica, ou acompanhamento clínico, é igualmente profunda. Na verdade, é tão profundo, que constitui um elemento crucial daquilo que se pode chamar de certa desintegração do olhar clínico tal como instituído pela medicina desde o século XIX (ROSE, 2007). Para os autores, a tendência hoje é, em lugar de manter o controle sobre o assunto nos consultórios médicos, de a medicina clínica fazer uso das redes de comunicação eletrônica que permeiam as sociedades.

A relação entre corpo, espaço e olhar, que desempenhou um papel essencial para a formação da clínica, foi reconfigurada. Isto poderia ser, parcialmente, explicado como um efeito da noção de molecularização que emergiu em decorrência do surgimento da biomedicina. A atenção médica tem sido deslocada do corpo em nível macro para o corpo em nível micro (ROSE, 2007; 2011). As transformações ocasionadas pelas descobertas relacionadas ao genoma humano produziram novas formas de acompanhamento médico que desafiam o entendimento corporal da medicina clínica (BAUER e OLSEN, 2009).

Além disso, para Rose (2011), o campo da saúde se tornou bastante capitalizado e as pesquisas e descobertas feitas pelas companhias de biotecnologia e pelas universidades se tornaram um negócio que envolve questões como a propriedade intelectual e transações que envolvem a compra e a venda de ações. Nesse sentido, a saúde e a doença emergem como produtos que se encontram disponíveis e que garantem, a partir desse entendimento, uma modificação no que se refere às biopolíticas no século XXI. Se, em outros momentos, os poderes biopolíticos direcionavam suas investidas sobre aquilo que Rose (2007) denomina de corpo molar, atualmente, a tecnobiociência age sobre um corpo que pode ser manipulado em nível molecular.

Como ações sobre o corpo molar, Rose (op.cit) destaca as investidas que são feitas a partir de um corpo composto por massa, no sentido daquilo que pode ser apreensível aos sentidos humanos (peso, forma, etc.). Elas dizem respeito, portanto, às discussões que envolvem os órgãos, os tecidos, os fluxos de sangue, os hormônios, entre outros. Essa forma de entender o corpo é a mesma que começou a ser desenvolvida no século XIX, a partir das práticas que envolviam a dissecação de corpos

mortos. As biopolíticas que se direcionam ao plano molar podem ser relacionadas a questões como o tratamento da água e dos alimentos que são consumidos, aos diversos exames que devem ser feitos periodicamente, aos preceitos da medicina preventiva, entre outros.

Não em oposição ou substituição, mas em complementaridade, são feitas investidas no plano molecular, por exemplo do corpo humano. Essas investidas podem ser exemplificadas pelas diversas possibilidades de intervenções que são feitas no corpo dos indivíduos, na direção daquilo que escapa às possibilidades de apreensão dos sentidos humanos. As ferramentas que envolvem essas intervenções são desenvolvidas para induzir a expansão de fragmentos moleculares, a aceleração de seus processos, a recombinação de suas partes e possibilitarem a emergência de resultados inéditos, em níveis cada vez mais profundos dos corpo (ROSE, 2011, 2007). Nessa direção, a ciência passa a ser considerada como um importante campo em que as verdades acerca da saúde, na direção da segurança da vida, se tornam o elemento que substitui as instituições modernas que, em outros tempos, se tornaram referências nesse sentido. É a ciência que, no limite, propõe valores morais e conduz as biopolíticas que alicerçam a vida nos dias de hoje (ORTEGA e ZORZANELLI, 2010).

Nesse contexto, atualmente a vida é cada vez mais entendida a partir da sua molecularidade. Esse entendimento leva em consideração as investigações e os investimentos feitos sobre “os códigos de sequência das bases de nucleotídeos” bem como as transformações que lhes envolvem. Assim, as intervenções que são feitas em nível molecular vão a fundo, a ponto de buscar interferir “nos mecanismos que regulam a expressão gênica e a transcrição e na relação entre as propriedades funcionais das proteínas e suas topografias moleculares” e, também, na “função dos componentes intracelulares com seus mecanismos particulares e propriedades biológicas” (ROSE, 2011, p. 14). Portanto, a saúde é vista por outra perspectiva, a partir da qual diversas possibilidades emergem. O autor chama a atenção para o fato de que essa tomada da vida em nível molecular, na verdade, pode ser entendida como um estilo de pensamento. Para ele:

Um estilo de pensamento é um modo particular de pensar, ver e praticar. Declarações, argumentos e explicações só são possíveis e inteligíveis inseridos naquele dado modo de pensar. Desde aí, certos fenômenos são vistos como

significantes, certas coisas são designadas como evidencia e são reunidas e utilizadas de determinados modos; sujeitos são escolhidos e recrutados; sistemas modelo são imaginados e agenciados; instrumentos são inventados para fazer medições e inscrições como gráfico e tabelas. Tudo isso está articulado a práticas complexas, como experimentos e ensaios clínicos. Um estilo de pensamento envolve membros participantes de uma comunidade de pensamento e suas relações de poder e status. Além disso, um estilo de pensamento também incorpora um modo de identificar dificuldades, questionar argumentos, identificar falhas explicativas e de tentar corrigi-las. (ROSE, 2011, p. 14)

As novas técnicas de visualização, oportunizadas pelas tecnologias laboratoriais, exercem papel relevante nessa nova forma de entender a vida, mas devemos considerar que essas técnicas não são os únicos elementos importantes. Para Ortega (2008), na tecnobiociência contemporânea, os corpos são progressivamente virtualizados a partir do uso crescente de tecnologias de visualização. Isso faz com que o virtual não seja mais considerado o oposto do real, mas um prolongamento da realidade. A mudança vem na forma de como o nosso corpo é visualizado e como as técnicas são postas em prática. Sem dúvida, a maioria de nós ainda pensa e age sobre o próprio corpo como um "todo", como uma massa, mas essa ideia está em vias de ser alterada enquanto avançamos em uma época na qual atua a "biopolítica molecular", cujo foco é orientar indivíduos na direção de praticarem ações que visam a maximizar a vida e a saúde com base em conhecimentos advindos das pesquisas sobre o genoma ou o cérebro, por exemplo (ROSE, 2007, p. 11).

Essas questões se encontram presentes nos discursos da Organização Mundial da Saúde, pois, em diversos momentos, seus documentos mencionam os avanços e as pesquisas que estão sendo desenvolvidas de modo a proporcionar estratégias mais eficazes no que se refere ao controle de doenças. Bons exemplos disso podem ser encontrados nos textos que compõem o Relatório de Atividades do Departamento de Estratégias de Controle de Epidemias e Pandemias, localizado na França. Os objetivos de suas ações estão ligados à possibilidade de descobertas relacionadas ao nível molecular. Nessa direção, a Organização destaca que tem investido na estruturação e na gestão de laboratórios nos quais profissionais são treinados de modo a produzirem conhecimentos, relacionados à microbiologia e à biomedicina, que possam auxiliar nas ações de controle de doenças (OMS, 2007b). Além desse, outro exemplo, é o programa

que visa à imunização em massa das populações e que se encontra explicitado, mais detidamente, no documento chamado de Visão e Estratégia de Imunização Global (OMS, 2006b).

Mesmo tendo a vacinação como embasamento – uma estratégia relativamente antiga – novas possibilidades são almejadas como forma de proteger o corpo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2006b), diversos esforços estão sendo feitos para que seja garantido o desenvolvimento de novas vacinas que atuem contra as principais doenças que atingem os indivíduos, nos dias de hoje (incluindo a malária, o HIV/AIDS e a tuberculose). Enquanto isso, novas tecnologias já estão em fase de desenvolvimento e algumas em fase de licenciamento para se garantir a segurança das populações.

Por outro lado, em outros momentos, adianto que os discursos da Organização Mundial da Saúde dão forma aos cuidados que devem ser tomados levando-se em consideração o ambiente, os comportamentos e outras questões que envolvem o nível molar, ligado ao controle de riscos. Isso pode ser observado nos mesmos documentos que mencionei, pois associado aos avanços garantidos pelos trabalhos e pesquisas desenvolvidos nos laboratórios, devem ser levadas em consideração as práticas relacionadas ao controle do espaço e aos comportamentos individuais (2006b, 2007b). Sugiro que este seja um exemplo dos diferentes estilos de pensamento, apontados por Rose (2011), que constituem as estratégias propostas pela Organização e que oportunizam a articulação entre questões moleculares e questões molares.

Para Rose (2011) é importante se ter em mente que os diagnósticos e os tratamentos que envolvem as pessoas ainda permanecem ligados às práticas molares. No entanto, a noção de uma ‘virada’ na forma de se pensar a vida em nível molecular é significativa. A partir disso, pode-se observar que antigas práticas terapêuticas, que envolviam a cura através das ervas e da psicanálise, por exemplo, procuram uma nova legitimação molecular para os seus modos de ação. O autor refere que é no nível molecular que os agentes terapêuticos são selecionados, manipulados, testados e desenvolvidos, e é em termos moleculares que os seus modos de ação são explicados.

Portanto, de acordo com o autor, a noção relacionada à molecularidade não se sustenta sozinha, pelo contrário, é necessário que diversos outros elementos componham suas estratégias e preceitos. Assim, acredito que a lógica capitalista, associada aos conhecimentos tecnobiocientíficos atuais, abre uma brecha para que o biopoder atue por meio dessas novas possibilidades de investimento na segurança da vida. Para isso, é necessário ter em vista algumas práticas – molares e moleculares – que, a partir da atenção prestada no presente, buscam colonizar o futuro de modo a assegurar melhores condições de saúde (ROSE, 2007).

Sibilia (2009, p. 135) argumenta que nos dias de hoje parece ser mais correto se investir sobre o corpo a partir de sua “reprogramação”, oportunizada por procedimentos científicos que “prometem” agir sobre as possíveis falhas biológicas dos indivíduos. No entanto, em função dessas falhas serem múltiplas e imprevisíveis, é importante, desde o início, de cada vida, se concentrar na regulação delas, pois todos somos, potencialmente, necessitados de modificações que visem à melhoria do corpo. Elena Pulcini (2009) refere que é comum termos contato com informações que apresentam novas metas tecnológicas ligadas ao corpo humano. Essa informações articulam temas como a saúde, a economia, a comunicação e, assim, garantem que pensemos em cuidados e intervenções corporais que, outrora, foram inimagináveis.

Conforme ela sugere, muitas dessas metas já podem ser consideradas como práticas que se encontram bem próximas a nós. Estamos inseridos em um contexto no qual diferentes formas de manipulação e de proteção corporal se aproximam das tecnologias existentes que agem em níveis e escalas cada vez mais profundos e menores. Devemos considerar, para tanto, as possibilidades garantidas por aparatos que virtualizam diferentes elementos que envolvem a vida. No entanto, essas questões não oportunizam um apagamento de outras, por exemplo, as realidades sociais e econômicas relacionadas ao espaço e ao próprio corpo, mas se articulam a essas questões e, com isso, formam uma rede de interdependências entre o micro e o macro (PULCINI, 2009).

Darsie e Santos (2011), ao abordarem as promessas que são construídas sob estilos de pensamento que consideram a molecularidade do corpo humano, chamam a atenção para certo descolamento do espaço em relação aos cuidados com a prevenção

de doenças, como se elas acontecessem em um não-espço. Porém, os autores indicam que essa dissociação do espaço, como se a molecularidade pudesse prescindir dele, é uma promessa que não se concretizou. Isso porque as conexões entre a prevenção de doenças e o espaço continuam a ser relevantes pelo fato de que o espaço, além de tudo, é o meio onde elas não apenas ocorrem, mas também onde as possibilidades econômicas, sociais e culturais tornam os avanços da tecnobiociência possíveis.

Tomando essa noção de espaço enquanto local onde suas condições fazem aumentar ou diminuir a velocidade com que as biopolíticas moleculares são desenvolvidas, menciono que são necessários fundos financeiros em larga escala para que isso aconteça. O desenvolvimento da molecularização da saúde faz uso de inúmeros equipamentos que movimentam grandes números no que se refere à economia. Essas quantias, bem como os números associados aos resultados obtidos pelas pesquisas desenvolvidas nessa área constituem o que pode ser chamado de bioeconomia (ROSE, 2007).

Assim, de acordo com o autor, em quase todas as regiões geográficas, projetos que envolvem a administração da bioeconomia oportunizam alianças que buscam criar condições para que tais técnicas sejam manejadas com maior qualidade e frequência. Portanto, a relação entre capital, oriundo de parcerias, e o conhecimento em saúde faz com que alguns países encontrem maneiras de desenvolver pesquisas nessas áreas. Nessa direção, essa forma de controle e de segurança da vida, a partir de uma visão sobre a saúde e sobre o corpo a partir da molecularidade, se mostra forte em alguns contextos, mas ainda está em fase de emergência, ou ausente, em outros.

Diante dessas questões, me encaminho para o próximo capítulo, no qual, apresento apontamentos relevantes acerca do espaço quando associado às discussões que envolvem a segurança da vida.

Mylan's Wave, Matthew Cusick



5. FORMA(S) DE DIZER ESPAÇO

“ Há muito tempo venho pensando o ‘espaço’. Mas, geralmente, chego a ele indiretamente, através de algum outro tipo de envolvimento: as batalhas em torno da globalização, a política do lugar, a questão da desigualdade regional, o envolvimento com a ‘natureza’ enquanto caminho pelas colinas, a complexidade das cidades. Aparentando coisas que não parecem muito corretas. Perdendo debates políticos porque os termos não se adaptam ao que estou lutando para dizer. Encontrando-me perdida em sentimentos aparentemente contraditórios. Foi através dessas constantes reflexões – que, às vezes, parecem não conduzir a lugar algum, mas em outras sim – que me convenci de que não só os pressupostos implícitos que fazemos em relação ao espaço são importantes, mas também que, talvez, fosse produtivo pensar sobre o espaço de maneira diferente ”

Doreen Massey, *Pelo Espaço: uma nova política da espacialidade*. 2009, p. 21

Discutir questões relacionadas ao espaço não é uma tarefa tão simples quanto parece. Existem diferentes formas de olhar para o espaço, de viver o espaço, de entender o espaço, de modificar o espaço, enfim, de dizer ‘espaço’. Por exemplo: estamos inseridos em determinados espaços e excluídos de outros; calculamos espaços, remodelamos espaços, preenchemos espaços, decoramos espaços e ‘fazemos espaços’; abrimos e fechamos espaços; criamos espaços mentais, espaços de ideias, espaços de reflexão e espaços de divergência; lutamos por espaços, abrimos mão de espaços; compramos, vendemos e alugamos espaços; existem os espaços vazios, os espaços cheios, os espaços iluminados, os espaços escuros, os espaços precários, entre muitos outros. Em meio a tantos espaços, penso que é oportuno preencher algumas linhas do espaço deste texto para citar apenas uma porção dos significados contidos no espaço do dicionário:

Extensão indefinida que contém e envolve todos os objetos: o espaço é imaginado com três dimensões. / Extensão limitada, intervalo de um ponto a outro: grande, pequeno espaço. / A imensidade, a extensão dos ares: os corpos celestes rolam no espaço. / Intervalo de tempo: no espaço de um ano. / Distância percorrida por um ponto em movimento: quando um corpo cai livremente, os espaços que ele percorre são proporcionais aos quadrados dos tempos empregados para percorrê-los. / Pequena peça de metal, mais baixa que as letras, para separar as palavras. / Espaço vital, território que uma nação julga necessário adquirir / Vagar, demora, delonga / trajetória descrita por um ponto em movimento / Meio, âmbito que lembra o espaço material / Tempo em emissora de rádio e televisão [...] (FERREIRA, 2004, p. 803)

Diante dessas situações, aponto que falar sobre o espaço exige um posicionamento, ou seja, o locutor necessita assumir uma perspectiva, ocupar um lugar relacionado ao contexto sobre o qual pretende argumentar. Assim, destaco que nesta tese escrevo sobre ele a partir ‘da’ – entre as demais possíveis – perspectiva geográfica e isso faz com que ‘espaço’ deixe de ser apenas mais uma daquelas palavras que usamos em diversas ocasiões para indicar sentidos diversos. Assim, apesar dos diferentes ‘espaços’ citados acima, tomo o espaço como objeto de estudo da Geografia, ou seja, como um conceito que está inserido em um determinado campo e limitado pelos discursos que lhe produzem. Contudo, seria ingenuidade argumentar que, mesmo no âmbito da Geografia, não existam divergências relacionadas aos significados desse conceito e isso me ajuda a justificar o uso das aspas ao me referir sobre ‘a’ perspectiva que adotei.

Porém, na contramão de estabelecer comparações entre as diferentes formas como o espaço tem sido entendido ou ‘dito’, irei direto ao ponto, ou seja, argumentarei acerca do entendimento do qual faço uso, qual seja, de que o espaço é uma dimensão que molda nossas compreensões acerca da vida ao mesmo tempo em que é moldado por elas. O espaço, por meio de suas formas físicas e de suas formas mentais modula nossos entendimentos relacionados ao mundo, nossas atitudes frente aos outros, nossas formas de viver a globalização, nossas maneiras de falar a respeito da urbanização e de darmos sentidos a essas questões, bem como a muitas outras. Assim, o espaço é multifacetado e se encontra em constante transformação, em constante ressignificação, pois ele é a dimensão do social que relativiza o tempo e reconfigura as formas naturais e sociais (MASSEY, 2009).

Seguindo essa perspectiva, nas seções que se seguem, apresento algumas considerações sobre o espaço – especialmente aquelas que dão sustentação para os argumentos que apresentarei no próximo capítulo – enquanto dimensão na qual se desdobram os acontecimentos ligados à segurança da vida, articulados às espacialidades e às políticas que lhe dão forma. Com isso, pretendo apresentá-lo, ao mesmo tempo em que aproximo o conceito de meu argumento central, qual seja, de que as práticas que envolvem a saúde o (re)produzem para além de suas estruturas físicas.

5.1- ESPAÇO DAS ESPACIALIDADES E DAS SIGNIFICAÇÕES

O espaço é um produto de relações – sociais e naturais –, constituído por meio de interações que podem ser pensadas desde a imensidão do global até o intimamente pequeno. O espaço é a esfera da possibilidade de existência da multiplicidade de elementos, de fatores e de modos de viver. É o produto da coexistência de múltiplas trajetórias. O espaço oportuniza a heterogeneidade dos acontecimentos, ao passo que eles oportunizam a sua existência e as suas transformações. Ele está em constante (re)produção, tanto por meio dos significados construídos acerca dele quanto no que diz respeito às suas formas físicas. O espaço, portanto, nunca se encontra fechado, ou seja, nunca está finalizado (MASSEY, 2009).

Tratar o espaço como um produto das mais diferentes relações, no interior de diferentes escalas, bem como entre essas diferentes escalas, pressupõe considerar que ele não está acabado e, principalmente, que continua se formando. Partindo dessa situação, proponho que o espaço é um produto das relações mais diversas, que se desdobram por meio das espacialidades que são produzidas no âmbito desse mesmo espaço. As espacialidades são as dinâmicas que abrangem as mais distintas formas de relações sociais, articuladas às materialidades espaciais já existentes, bem como às resultantes dessas dinâmicas.

Massey (2009) argumenta que as relações entre as identidades e as espacialidades são co-constitutivas e, portanto, ambas as instâncias se encontram em constante ressignificação, por meio de uma forma de interação que não pode ser desarticulada. O entendimento acerca das espacialidades vai de encontro ao dualismo que pode ser estabelecido entre as materialidades do espaço e as questões culturais que envolvem as mais diversas relações. É, justamente, a articulação entre esses elementos que faz emergir significações e materializações referentes ao espaço, as quais o tornam uma dimensão viva e tão importante quanto o tempo (BRAUN, 2008a; MURDOCH, 2006; SOJA, 1993).

Assim, o espaço não comporta uma posição de funcionamento autônomo, ou seja, não são os fenômenos naturais que o transformam em espaço. O que constitui o espaço e que, efetivamente, lhe atribui significados, são as espacialidades que o configuram de diferentes maneiras, a partir do seu uso enquanto dimensão que garante a existência de diversos elementos e da vida. O espaço, portanto, é onde ocorrem as dinâmicas sociais que, relacionadas entre si, transformam tanto suas próprias feições quanto as formas espaciais (HEIDRICH, 2000).

Diante dessas questões, argumento que as espacialidades e o espaço, quando associados às biopolíticas, têm sido produzidas e modificadas pelos conhecimentos tecnocientíficos – discutidos no capítulo anterior – e pelas ações de controle populacional e espacial que podem ser consideradas mais tradicionais, ou seja, aquelas normas ligadas à circulação de pessoas e de produtos por diferentes áreas, estipuladas, entre outras coisas, pelos números que quantificam a vida. Contudo, reitero que não se trata de uma dinâmica unidimensional, pois as biopolíticas também são transformadas em função das espacialidades.

Assim, encaixam-se nesse segundo modo de controle, portanto, as classificações atribuídas ao espaço por meio de levantamentos de dados e monitoramentos diversos, como aqueles ligados aos casos de doenças, por exemplo, as estatísticas produzidas pela Organização Mundial da Saúde (2010b; 2011b; 2012b) relativas aos números de infecções por vírus em países asiáticos. São esses números que passam a ser associados aos modos de vida – as espacialidades – existentes nessas áreas e que dão sustentação a tentativas de intervenções que visam a alterá-los. Dessa maneira, mesmo que pareça

redundante, ressalto que o espaço passa a ser (re)produzido pelos discursos relacionados à segurança da vida, relacionados à saúde. Isso ocorre em função da aproximação entre os novos e os velhos conhecimentos que envolvem o tema e que, portanto, passam a reorientar e a resignificar espacialidades.

Aproveito para lembrar que, com o passar dos anos, em decorrência da emergência de novos valores culturais e de novas questões econômicas, as biopolíticas têm sido alteradas e sobrepostas umas às outras. Como isso, quero dizer que se pode observar que, entre as estratégias de controle e de prevenção de doenças, estão aquelas ligadas, especificamente, ao controle do espaço no que se refere à circulação de pessoas e de produtos e à divulgação dos índices de saúde que envolvem diferentes áreas do globo, tal como explícito, a seguir, com o exemplo da H1N1, mais conhecida como “gripe suína”. Essas orientações são postas em prática – e em choque, tendo em vista as diferentes estratégias que são elaboradas no interior dos limites nacionais em contextos espaço-temporais marcados por porosidades em suas fronteiras – até que sejam encontradas formas alternativas de se combater e/ou controlar os problemas emergentes, relacionados ao corpo, entre elas, a utilização de remédios e vacinas.

Um exemplo dessas estratégias que, historicamente, direcionam atenções ao espaço, pode ser apresentado a partir das recomendações contidas no boletim informativo publicado, pela Organização Mundial da Saúde, no dia 11 de julho do ano de 2009²⁰. Esse documento representou a quinta manifestação oficial da Organização em relação à chamada Gripe Suína que, dias depois, foi considerada um problema com abrangência suficiente para ser classificado como uma pandemia²¹. Nessa comunicação

²⁰ Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/en/index.html. Consultado em 23/11/2013.

²¹ Segundo Rezende (2004) e Ferreira (2004), deve ser considerado que o aparecimento de doenças ou problemas de saúde como, por exemplo, as doenças sexualmente transmissíveis, as doenças relacionadas aos vírus responsáveis pelas gripes, o tabagismo, a obesidade, entre outras, em uma população é algo comum, até que ultrapasse um limite previamente estipulado pelos órgãos responsáveis pela vigilância sanitária. Ao serem ultrapassados esses limites, em especial no caso de doenças transmissíveis, tem origem o chamado surto epidêmico o qual normalmente é resultante de desequilíbrios relacionados aos causadores da doença e seus hospedeiros, sendo que, o segundo toma a posição de desvantagem. Na maioria dos casos, as epidemias são causadas por mutações de vírus e bactérias que as tornam mais letais do que de costume e/ou quando a transmissão dos mesmos é facilitada pelo grande número de infectados ou de elementos facilitadores como a água ou o ar. Assim, ao não ser considerada a possibilidade de casos de uma doença em determinadas regiões, o aparecimento de uma pessoa infectada dispara a noção de epidemia, pois a materialidade do espaço deixa de ser considerada como um fator de proteção e se torna, ao contrário, um facilitador de contaminação. Já, uma

foram feitas referências a problemas semelhantes, ocorridos no passado, que serviram como embasamento para as medidas que foram tomadas na direção de controlar as infecções relacionadas ao vírus *Influenza A* (H1N1). Segundo o documento, as experiências vivenciadas pelas diferentes populações, em séculos passados, mostraram que uma das boas maneiras de se controlar a propagação dos casos de infecção se relaciona à gestão da circulação pelo espaço, especialmente, em áreas nas quais as condições sanitárias são favoráveis à propagação de vírus e de outros microrganismos.

Assim, as orientações divulgadas pela Organização Mundial da Saúde envolviam o cancelamento de viagens para diversos países e restrições relacionadas ao trânsito de pessoas em ambientes nos quais aglomerações fossem inevitáveis. Contudo, destaco que essas recomendações não passaram de conselhos, ou seja, de sugestões, pois atualmente, é bastante improvável que se pense, efetivamente, em bloqueios espaciais – o aspecto econômico, como uma das facetas dessa prática, é frequentemente destacado como um dos principais impedimentos. Entretanto, a partir dessas orientações, diversas espacialidades foram transformadas, pois, ao serem associados a áreas e a situações específicas, os riscos ligados à doença deram origem aos cuidados que deveriam ser tomados em termos de escolha de destinos, em caso de viagens, ou seja, nos modos de compreender as espacialidades vividas em outros lugares. Ainda, no que se refere a determinados comportamentos, diversas alterações comportamentais passaram a fazer parte de nossas vidas, por exemplo, o uso de álcool gel para lavar as mãos, a manutenção e higienização de determinados ambientes e, até mesmo, a adoção de formas mais adequadas para soltar espirros.

Essas orientações foram direcionadas a evitar o aumento do número de infecções pela doença até que novos conhecimentos sobre o vírus viessem a oportunizar o desenvolvimento de medicamentos e vacinas voltados a curar e/ou imunizar as populações. Nessa direção, podemos observar que, atualmente, frente à falta de conhecimentos científicos que envolvam a manipulação de medicamentos

pandemia pode ser caracterizada por uma doença infecciosa que se espalha em toda a população de uma grande região geográfica como, por exemplo, um continente, ou mesmo o planeta. Uma pandemia resulta de um agente infeccioso que se difunde facilmente e acaba matando um número grande de pessoas. Uma pandemia pode se desenvolver com o aparecimento de uma nova doença para população, para a qual os humanos ainda não têm defesa, causando mortes e se esparramando facilmente e sustentavelmente na população. Os critérios de definição de uma pandemia são os seguintes: a doença ou condição além de se espalhar ou matar um grande número de pessoas, deve ser infecciosa (REZENDE, 2004).

capazes de controlar determinadas doenças, em nível molecular, conforme abordado por Rose (2007, 2011, 2013), as orientações lançadas pela Organização Mundial da Saúde se direcionam ao controle do corpo molar associado ao espaço material. O espaço é tomado, então, enquanto dimensão pela qual as pessoas e os produtos se encontram em trânsito, bem como, na qual se praticam comportamentos individuais e coletivos que, na medida do possível, passam a ser orientados e modificados.

Assim, ressalto que as estratégias de controle sanitário, relacionadas a epidemias e demais doenças, se articulam ao espaço, tanto no que se refere ao controle e à manutenção de suas materialidades quanto no que diz respeito à constituição de espacialidades. Essas estratégias conferem ao espaço – mais especificamente, a determinadas áreas do espaço – diferentes significados, ao mesmo tempo em que originam reorganizações estruturais que têm como objetivo dar conta de garantir a segurança da vida das populações em um contexto no qual as fronteiras tradicionais não são rígidas. Além disso, as estratégias mais tradicionais, que são operadas no sentido de modificar e de dar forma ao espaço, não são completamente descartadas com o surgimento de novas práticas ligadas à saúde do corpo, por exemplo, aquelas que se direcionam ao corpo em seu nível molecular. Elas passam a ser associadas a esses, e a outros conhecimentos, em combinações que variam de acordo com as diferentes possibilidades – econômicas, sociais, culturais – existentes em diferentes contextos espaço-temporais. Nessa direção, destaco as palavras de Milton Santos (2009), quando ele argumenta que o espaço é “formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, que não devem ser considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá.” (p.63).

Isso significa que as ações que são operadas no espaço, direcionadas às populações – e, conseqüentemente, aos corpos individuais – e às estruturas que lhe dão forma, não devem ser analisadas uma a uma, mas como sistemas de práticas que marcam épocas diferentes e que se articulam ocasionando aquilo que o autor chama de sobreposição de tempos. Isso passa a constituir diferentes espacialidades e, assim, direciona alguns aspectos relacionados à constante (re)produção do espaço, entre eles, aqueles ligados ao controle de doenças. Santos (op. cit.) refere que os diferentes

conhecimentos existentes, em relação a diversas questões – entre elas as biopolíticas –, não são aplicados de forma equilibrada e/ou semelhante em todas as áreas do globo. Pelo contrário, os conhecimentos e procedimentos, emergentes em diferentes épocas e por meio de diferentes espacialidades, se entrecruzam dando origem aos diferentes modos de vida das pessoas, às características e aos significados que passam ser atribuídos a porções específicas de um espaço, cada vez mais, interligado.

Nesse contexto, destaco algumas discussões relacionadas a rupturas que podem ser identificadas nas discussões acerca das novas investidas biopolíticas, bem como dos problemas sociais e dos contextos culturais que configuram muitas das espacialidades existentes. Ao se desenvolver pesquisas e novas tecnologias ligadas à segurança da vida, e, ainda, ao serem divulgadas informações ligadas ao tema, é fortalecido o contraste existente entre diferentes áreas do espaço, ou seja, entre os diferentes sistemas de objetos e de ações que o dão forma. Esse contraste pode ser explicado, por exemplo, por diferenças relacionadas às possibilidades de acesso às inovações tecnocientíficas e aos medicamentos e vacinas que, em muitos lugares, podem ser comprados em farmácias enquanto que em outros não são disponibilizados. Assim, de modo geral, emergem significações acerca das espacialidades vividas em áreas que são classificadas como as mais seguras ou as mais perigosas, tendo em vista os recursos e as estruturas sanitárias que se encontram disponíveis nelas, bem como os investimentos corporais – de prevenção – daqueles que nelas vivem ou transitam (GILES-VERNICK e SUSAN CRADDOK, 2010; MASSUMI, 2005).

Como exemplo, podem ser citados os argumentos contidos no *Programa Geral de Trabalho da Organização Mundial da Saúde* (OMS, 2006a) e na publicação intitulada *Quadro Global de Imunização e Vigilância Sanitária* (OMS, 2007c). Nesses documentos, são abordados os contrastes existentes entre regiões que abrangem territórios africanos, asiáticos e latino-americanos e territórios localizados em regiões associadas aos continentes europeu e norte-americano. De acordo com a organização, tendo em vista as taxas relacionadas a doenças diversas, existem contrastes significativos que são ocasionados, também, pela falta de acesso aos principais recursos necessários para a garantia daquilo que é apontado em sua Constituição (OMS, 1946) como condições de saúde igualitárias. Essas condições, segundo os documentos citados, envolvem a

possibilidade de utilização de recursos mais atuais relacionados à prevenção de doenças e, ainda, o desenvolvimento de modos de vida mais seguros, entre eles, as condições básicas de infraestrutura. Ainda, no *Relatório Sanitário Internacional* (2005) e na publicação chamada *Visão e Estratégia Global de Imunização* (OMS, 2006b) o acesso a recursos em saúde é referido como garantia no que se refere ao controle de riscos em níveis local e global. Assim, a agência propõe que sejam direcionadas às regiões consideradas mais problemáticas – ou seja, aquelas que apresentam os piores índices em saúde em seus levantamentos – as principais atenções e, também, ações humanitárias com o intuito de oferecer apoio relativo ao combate a doenças por meio da disponibilização de conhecimentos acerca de modos mais seguros de se viver, medicamentos, vacinas e outros recursos.

Acredito que essa situação passa a potencializar as singularidades ou rugosidades²² relacionadas ao espaço, especialmente, quando produzidos e divulgados os preceitos que envolvem a segurança da vida. Sugiro que a partir disso emergem diferentes preocupações que são sustentadas pelos entendimentos que passam a ser produzidos acerca das espacialidades vividas em áreas mais problemáticas – no que se refere às classificações em saúde. Elas tomam forma, por exemplo, em função dos números relacionados à saúde, que são produzidos e divulgados a respeito dessas áreas. Assim, as informações não agem apenas no sentido de demonstrar as condições de saúde de dados territórios nacionais ou regiões, mas passam a constituir significados relacionados a eles e às espacialidades que lhes envolvem. Surgem, portanto, classificações associadas às áreas e às pessoas que por elas transitam ou que nelas vivem, associadas ao fato de serem mais ‘perigosas’ ou mais ‘seguras’, em relação à propagação de doenças, no contexto mundial.

Essa situação é reforçada, entre outras coisas, pelas informações e pelos conhecimentos que, atualmente, se espalham e se articulam ao espaço por meio de diversas práticas voltadas, especialmente, à educação direcionada ao controle de riscos. Ao mesmo tempo, aponto o fato de que essas ações têm sido justificadas e

²² Santos (2001, 2005, 2007, 2008, 2009), chama as singularidades espaciais, especialmente as econômicas, de rugosidades. De acordo com o autor o espaço é uma dimensão rugosa devido à impossibilidade de serem estabelecidos padrões equivalentes de desenvolvimento – científico, social, econômico, cultural – entre as mais pequenas áreas do espaço, ou seja, sempre haverá contrastes relacionados a diferentes aspectos da vida.

reforçadas pelos números, cada vez maiores, de deslocamentos de pessoas e de produtos que ocorrem nos dias de hoje e que podem ser associados aos números relativos aos problemas em saúde. De certo modo, essa situação indica uma aproximação entre áreas espaciais distintas, em função das possibilidades de serem estabelecidos contatos – mesmo aqueles mais fugazes – entre pessoas, produtos e informações provenientes de lugares que outrora eram considerados muito distantes. Além disso, aqueles perigos relacionados a determinadas porções espaciais, que são discursivamente produzidos e/ou reforçados, passam a estar mais ‘próximos’ de todos.

Portanto, na próxima seção, escrevo, mais detidamente, sobre a circulação de informações, de pessoas e de produtos enquanto elemento constitutivo do espaço, mais precisamente, no que se refere à interconexão de ‘pontos’ espaciais. Assim, proponho que as distâncias materiais, ao serem relativizadas, oportunizam novas organizações e significações espaciais que aproximam acontecimentos e pessoas diversas e, diante disso, potencializam o enfraquecimento das fronteiras politicamente definidas no que se refere ao controle de doenças.

5.2- ESPAÇO DE ENCONTRO: INFORMAÇÕES, PESSOAS E PERIGOS

As mídias, as indústrias científicas, as instituições de ensino e de saúde entre outras, agem como promotoras e divulgadoras de muitas práticas e conhecimentos que envolvem a segurança da vida. Elas representam um elemento importante no que diz respeito à formação de espacialidades e, conseqüentemente, se relacionam diretamente à (re)produção do espaço. Retomando o que foi dito na seção anterior, por meio delas são potencializados os contrastes existentes entre diferentes áreas do espaço, fato que faz com que os modos de vida associados a determinadas espacialidades sejam temidos ou almejados e, ainda, na medida do possível, alterados. Assim, toma forma certa movimentação na direção de uma padronização das práticas dirigidas à segurança da vida, especialmente aquelas que são descritas como as

melhores – especialmente, ao serem divulgadas por diferentes áreas do espaço por meio das recomendações da Organização Mundial da Saúde.

Milton Santos e Maria Laura Silveira (2001), argumentam que a fluidez com que as informações se propagam, com o apoio das populações e das diferentes mídias, nos dias de hoje, oportuniza a emergência de ações e de significados diversos acerca do espaço. É também no espaço que ocorrem diferentes formas de educação, entre elas, aquelas que são fortalecidas pelas informações divulgadas acerca da segurança da vida. As práticas e preceitos ligados ao tema atravessam diferentes territórios e regiões, mesmo aqueles que podem ser considerados mais longínquos ou, ainda, menos favorecidos – pois os limites são também cada vez mais virtuais –, por meio de tecnologias capazes de fazer circular os conhecimentos mais diversos, em velocidades cada vez maiores, por exemplo, a televisão, o rádio e a internet.

Essa é uma das estratégias orientadas pela Organização Mundial da Saúde, especialmente, por meio do *Guia da Organização Mundial de Saúde Comunicação em Surtos Epidêmicos*. Para a Organização Mundial de Saúde (2008), a eficácia na comunicação em casos de perigos relacionados à vida e à saúde das populações é um elemento indispensável para a gestão desses problemas. Assim, quando uma ameaça, em potencial ou real, para a saúde pública atinge determinados territórios – pondo em risco outros – as diferentes realidades existentes fazem emergir situações em que os recursos e os tratamentos podem ser escassos e, assim, a comunicação relacionada às suas orientações é apontada pela agência como fundamental para a segurança de populações inteiras, em especial aquelas em que se encontram os menores índices de desenvolvimento econômico.

Com isso, entre as orientações disponibilizadas, a Organização refere que comunicação ligada aos problemas de saúde e aos riscos relacionados à vida pode estimular as populações a adotarem comportamentos relacionados à proteção individual, bem como facilitar as medidas mais radicais que podem vir a ser tomadas. Tais orientações compreendem desde a avaliação das possibilidades comunicativas dos países e regiões nas quais se inserem as necessidades relacionadas ao tema até as maneiras como devem ser manejadas as políticas de saúde no que se refere aos relatos de infecções por parte da população.

Portanto, no que se refere aos argumentos contidos nesse documento, é possível se observar que há uma inversão de lógica no que diz respeito aos investimentos de proteção em nível biológico – apresentadas no capítulo anterior – pois considerando a impossibilidade de acesso a esses elementos, em determinados territórios, torna-se fundamental que o direcionamento das ações leve em conta algumas pedagogias ligadas aos comportamentos individuais que dizem respeito à saúde. Além disso, chama a atenção o fato de que tais estratégias de comunicação são consideradas úteis para ‘convencer’ as populações no que se refere ao aceite e ao apoio em casos de necessidades ligadas à adoção de medidas mais radicais.

Assim, proponho que as tecnologias de informação são educativas, pois divulgam práticas e comportamentos que passam a ser considerados os mais saudáveis. Contudo, ao mesmo tempo, constituem receios associados aos perigos que podem emergir ou serem aproximados aos cotidianos de diferentes pessoas, mesmo que essas se encontrem em regiões afastadas daquelas onde são localizadas as principais ameaças ligadas à saúde. Isso estaria associado, conforme acredito, aos riscos que passam a ser relacionados a determinadas espacialidades, especialmente, aquelas que costumam ser apontadas como as mais problemáticas e aos ‘novos’ entendimentos de que o espaço é contínuo, ou seja, ‘aberto’.

As preocupações relacionadas às condições sanitárias e às espacialidades vividas em áreas que passam a ser apresentadas como as mais perigosas foram remodeladas de acordo com as transformações pelas quais o mundo vem passando. Explico que essas transformações estão relacionadas à globalização no que se refere à possibilidade de propagação de problemas em curtos períodos de tempo, bem como de informações. Dessa maneira, é interessante mencionar que o aumento do fluxo de informações acerca dos cuidados e alertas que envolvem as doenças infectocontagiosas, por exemplo, passaram a ser potencializados, também, em função do aumento de deslocamentos de pessoas entre fronteiras e continentes. Foi a partir deles que, em um primeiro momento, passou-se a considerar o encurtamento das distâncias materialmente existentes e a necessidade de se aplicar orientações que envolvem a saúde em escala global, de modo a se evitar os riscos aos quais, atualmente, “todos” estamos expostos (HOOKER, 2008, p 123).

Sobre essa afirmação, relacionada ao ‘encurtamento’ do espaço, explico que, de acordo com David Harvey (2001), as práticas e os processos socioculturais modificaram-se por meio de influências do sistema capitalista. Isso ocorre devido ao fato desse sistema alterar, a partir de seus desdobramentos, as qualidades físicas e as significados que atribuímos tanto ao espaço quanto ao tempo. Diante desse fato, as renovações necessárias, no que se refere aos itens de consumo que movem o sistema como um todo, oportunizam um desenvolvimento em níveis tecnológico e científico que ecoa nas noções teóricas de elementos como o tempo e o espaço, fazendo com que tais categorias se tornem causa e consequência das transformações sociais.

O autor, tendo como embasamento o desenvolvimento de tecnologias ligadas aos transportes (aviões, trens, caminhões, etc.), à construção de estradas, ferrovias e aeroportos e à necessidade de otimização do tempo de trabalho em decorrência da necessidade de produção, defende a ideia de que houve uma compressão no que diz respeito ao espaço quando relacionado ao tempo. A partir dessa lógica, destaco que as extensões espaciais podem ser relativizadas levando-se em conta as diferentes possibilidades de deslocamento das quais usufruímos, nos últimos tempos, bem como a crescente troca de informações oportunizada pelas mídias e pela internet. Isso significa que o espaço é comprimido pelas novas velocidades relacionadas aos processos de circulação de pessoas e de informações, por exemplo. Emerge, portanto, entre outras coisas, a necessidade de as estratégias ligadas à segurança da vida serem continuamente transformadas, pois, de certo modo, espacialidades distintas são postas em confronto em diversas situações e passam a ser transformadas por meio de dinâmicas sociais que agem no sentido de aproximar diferentes localidades.

Foucault (2001), ao falar sobre dinâmicas espaciais, aponta que vivemos sob a lógica da simultaneidade de eventos, oportunizada pela justaposição desses no espaço. Para ele, as redes sociais, que são formadas como uma malha que une vários e diferentes pontos, demonstram que o espaço não suporta mais a linearidade temporal que se tentou atribuir a ele em outras épocas. Dessa maneira, vivemos de maneira que os pontos de interação com os quais cada sujeito tem acesso definem suas experiências de vida, bem como as diferentes concepções de tempo assimiladas por cada um. Nesse contexto, pode-se pensar que em um mesmo espaço e em uma mesma época, as

significações sobre as materialidades espacial e temporal podem ser relativizadas, pois as noções de estar perto ou longe, de ser acessível ou inatingível, de estar dentro ou estar fora variam de acordo com os diferentes entendimentos e possibilidades de acesso relacionados às práticas e aos conhecimentos científicos.

Zygmunt Bauman (1999, p. 21), refere que a distância, atualmente, desfruta da possibilidade de deixar de ser pensada como dado físico, material e objetivo. Para ele, a distância se configura como uma questão socialmente produzida pela qual outros fatores, produzidos pelas relações sociais (como as fronteiras estatais ou barreiras culturais), pode ser imposta e ultrapassada mais facilmente por aqueles que possuem condições para tanto. Na visão do autor, em um mundo capitalista, onde a circulação de bens e de capital financeiro recebem grande atenção e importância, tais barreiras e fronteiras são comumente gerenciadas por aqueles que possuem melhores condições financeiras para tanto. Assim, ele lança a ideia de que as noções de dentro e fora, aqui e lá, perto e longe, se tornaram centrais em mundo cada vez mais “circundante”.

Arjun Appadurai (2005, p. 17) aponta, ainda, que os meios de comunicação eletrônicos ajudaram a mudar as formas como os indivíduos entendem o mundo, pois oportunizaram certa simultaneidade entre os acontecimentos e as suas divulgações. Essa mediatização de massa, garantida pela comunicação eletrônica, tornou possível que diversos “eus imaginados” elaborem seus “mundos imaginados”²³, nos quais novos recursos, bem como novas possibilidades de deslocamento se tornaram possíveis. Tais questões ocasionaram a emergência de suspeitas relacionadas às velhas formas de entender o espaço e, dessa maneira, aproximaram determinados riscos de áreas que poderiam ser consideradas mais seguras.

Claire Hooker (2009), também discutindo questões semelhantes às apontadas pelos autores citados anteriormente, refere que o mundo se tornou uma escala de

²³ As noções de “mundos imaginados” bem como de “eus imaginados” apresentadas por Appadurai (2005) têm como inspiração a ideia de Comunidades Imaginadas tecida por Benedict Anderson. Esse autor define a nação como “uma comunidade política imaginada – e imaginada como sendo intrinsecamente limitada e, ao mesmo tempo, soberana” (2008, p.32). Ainda para Anderson, as nações e as comunidades seriam imaginadas devido ao fato de que os sujeitos que formam as populações não conhecem e, nunca conhecerão todos os demais membros que compõem a coletividade. O que ocorre, segundo ele é que imaginamos haver uma comunidade da qual participamos e, com isso, criamos e imaginamos fronteiras que delimitam a abrangência de nossa comunidade bem como afastam aqueles outros que não fazem parte dos membros que imaginamos compor o grupo.

insegurança, pois aqueles problemas que, antigamente, eram localizados, delimitados e “confinados” em determinados territórios, ganharam, hoje, liberdade nas telas de televisões e computadores – e, complemento, nas dinâmicas de circulação de pessoas, animais e produtos. Para a autora, os perigos mais diversos, relacionados à saúde, dão forma a epidemias informacionais que são capazes de se espalhar mais rápido que as próprias crises causadas por vírus ou bactérias. Esse seria, de acordo com ela, uma das principais questões relacionadas à emergência de entendimentos sobre o “outro” e sobre os “outros lugares” quando associadas aos temas em saúde, entre eles, o controle de doenças.

A comunicação eletrônica consegue ampliar o alcance de espectadores e ouvintes de forma muito mais eficaz do que aquelas “ferramentas mais antigas” como, as comunicações escritas e orais (APPADURAI, 2005, p. 23). É possível pensar que a condensação de notícias e entretenimento em *bytes* oportuniza a rápida e eficiente absorção, por parte do público, que tem acesso a elas em espaços públicos como cinemas e em espaços privados, a partir de computadores, rádios e televisões. No entanto, o autor também destaca que não seria apenas a tecnologia envolvida nesses processos que garantiria tais efeitos, mas igualmente a imaginação que envolve questões relacionadas à sedução do cosmopolitismo e das novidades de um mundo interligado, bem como os riscos.

As ideias de estar longe ou perto, cada vez mais, parecem estar ligadas aos sentimentos de conforto ou estranheza. Isso significa que as distâncias se tornam mais curtas no momento em que as possibilidades de acesso a algo se torna palpável. Da mesma forma, aquelas coisas ou pessoas que parecem estar mais distantes podem ser representadas por aquilo que não apresenta perspectivas de alcance imediato. Nessa direção, atualmente, no que se refere ao aparecimento de novas e velhas doenças e de novas possibilidades de cura e de controle de suas propagações, mesmo que um surto de uma doença esteja ocorrendo do outro lado do mundo, a aproximação dos perigos relacionados a ela se dá de forma virtual, pelas possibilidades de acesso às informações que chegam às populações e são sustentadas pelas possibilidades de pessoas provenientes das áreas apontadas como mais perigosas entrarem em contato com diferentes grupos sociais. Assim, são os aparelhos de televisão, as notícias que circulam

via internet, entre outras formas de divulgação de informações, que ‘aproximam’ as doenças dos lugares mais longínquos quando comparados aos lugares onde elas efetivamente ocorrem.

Acredito que é coerente argumentar que essas questões não seriam tão significativas se não houvesse um fluxo bastante grande de pessoas e de produtos por diferentes áreas do globo. De acordo com a Organização Mundial do Turismo, no ano de 2012, foram contabilizados, mais de um bilhão de deslocamentos entre países (ONWTO, 2013)²⁴. Assim, a Organização Mundial da Saúde (2006a) alerta para o fato de que, nos dias atuais, existe uma grande preocupação ligada às possibilidades de velhas e de novas doenças se tornarem devastadoras, em nível mundial, em um curto período de tempo, em função desses deslocamentos. Em diversas publicações²⁵ lançadas pela agência, direcionadas aos governos dos países membros, são feitas referências aos cuidados que devem ser tomados pelos Estados, no sentido de se garantir a segurança sanitária em nível nacional. Essas preocupações visam, entre outras coisas, a evitar que tragédias, em nível mundial, ocorram, tendo em vista os processos de um mundo globalizado e os problemas sanitários nacionais e regionais.

Stefan C. Ujvari (2008, 2011) argumenta que grande parte dos cientistas que trabalham na área da Epidemiologia opera com o risco de surgimento de uma grande pandemia capaz de matar entre dezenas e centenas de milhões de pessoas. Para o autor, esse risco é fortalecido pelas facilidades de deslocamento que os aviões proporcionam nos dias de hoje e que, de certo modo, colaboram para uma ressignificação relacionada aos controles de fronteiras quando comparadas aos que eram feitos no passado. Herman Chaimovich (2005), após os casos que envolveram a SARS²⁶, referiu que passaríamos por um novo surto epidêmico em menos de meia década. Coincidência ou não, no ano de 2009 tomou lugar na mídia, de forma exaustiva,

²⁴ Disponível em <http://www2.unwto.org/>. Acesso realizado em 09/12/2013.

²⁵ OMS (2005; 2006a; 2006b; 2007b; 2007c; 2008; 2009; 2010; 2011a; 2012; 2011b)

²⁶ De acordo com o Centro de Controle de Doenças (<http://www.cdc.gov>), a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) foi registrada pela primeira vez na Ásia, em fevereiro de 2003. Logo após, ocorreram casos de infecção em mais de 12 países da América do Norte, América do Sul e Europa. Segundo refere o CDC, o caso se configurou como um epidemia, porém, a doença foi controlada e desde de 2004 não foram registrados novos casos de infecção. Contudo, o monitoramento acerca do vírus continua sendo feito por diferentes agências que trabalham em parceria, entre elas, a Organização Mundial da Saúde.

os diversos casos que colocaram em evidência a já mencionada Gripe Suína, causada pelo vírus *Influenza A* (H1N1).

De fato, o que chamou a atenção foi a velocidade com que tais epidemias se espalharam, por diferentes áreas do planeta. Ainda, refiro que não se trataram de doenças que atingiram apenas as regiões menos favorecidas economicamente, mas infectaram indivíduos de diferentes classes sociais, em diferentes países. Contudo, acredito que é importante lembrar que as suspeitas relacionadas ao surgimento dos primeiros casos foram direcionadas à China e ao México, ou seja, a países cujos índices em saúde, apresentados nos relatórios da Organização Mundial da Saúde, em determinados casos, são considerados problemáticos (OMS, 2012b).

Ainda, é importante comentar que as noções que envolvem a globalização, decorrentes da compressão espaço-tempo, construíram, inicialmente, a ideia de um mundo cada vez mais igual e ordenado. Os preceitos, que envolveram as promessas iniciais da globalização, devem ser, entretanto, analisados com certo cuidado. No decorrer da história, ao contrário de uma ordem global, na qual a homogeneidade tomaria conta das relações sociais, o que pôde ser observado foi a fragmentação do espaço a partir de questões ligadas à cultura (SANTOS, 2005). Harvey (2001), ao falar sobre os preceitos da modernidade e do ordenamento dos elementos sociais, argumenta que essa concepção, pela qual a vida se tornaria guiada pelo sentido do efêmero, não poderia respeitar nem mesmo a própria história. Seria a transitoriedade a principal responsável pela aniquilação do sentido de continuidade histórica. Portanto, a ideia de modernidade ignora qualquer vestígio histórico precedente e, ainda, desencadeia a fragmentação contínua de seu próprio desenrolar (HARVEY, 2001).

A justificativa desse desmembramento, entre a tradição e o novo, teria sua origem, segundo o autor, no pensamento iluminista emergente no século XVIII, a partir do qual se pretendeu desenvolver uma ciência objetiva, capaz de livrar a sociedade dos conhecimentos que a aprisionavam aos domínios da natureza. Assim, a ideia era composta pela intenção de que através do domínio científico sobre a natureza, oportunizado pelo acúmulo de conhecimentos produzidos em uma sociedade organizada e coesa, dar-se-ia fim a diversos problemas. Também se revelariam as qualidades universais que seriam imutáveis e eternas, as quais deveriam regulamentar

a vida social como um todo. A partir disso, os ideais da modernidade, ao mesmo tempo, exaltavam a criatividade, a descoberta do novo, as novas possibilidades e a ciência como forma de desenvolvimento do mundo enquanto espaço, no qual, o compartilhamento de conhecimentos se tornara possível. Além disso, prezava por doutrinas de igualdade entre povos e indivíduos, liberdade, fé na inteligência humana e razão universal.

Mesmo sabendo que os rumos tomados por esses processos não foram aqueles esperados pelos seus primeiros especuladores, destaco que a globalização redefiniu, em menos de três décadas, diversas dinâmicas relacionadas às esferas econômicas, políticas, sociais, culturais e – destaco – aquela ligada à saúde. Com isso, as práticas que aproximam a saúde a essas questões, tanto em nível das relações internacionais quanto no que se refere às dinâmicas sociais e individuais também foram modificadas. A ideia de um planeta globalizado alterou o funcionamento das relações entre Estados e as formas como entendemos o mundo nos dias de hoje, relativamente ao passado, bem como as maneiras como as espacialidades são estabelecidas a partir desses entendimentos. Relembro, portanto, que isso deve ser associado ao entendimento de que as espacialidades passaram a ser resignificadas, seja pelos modos de viver ou pelos modos de entender as demais espacialidades; assim, as doenças passaram a ser consideradas problemas que, efetivamente, podem atingir a todos.

Alerto que é, justamente, a impossibilidade de padronização mundial que contraria os ideais modernos, que faz emergir preocupações mais representativas em relação à circulação de pessoas e produtos por diversas áreas. É impossível pensarmos que as diferentes espacialidades existentes não oportunizam, de fato, brechas que podem representar o aumento dos riscos relacionados ao surgimento e à propagação de doenças por diferentes porções do espaço.

Diante disso, novas estratégias de controle e de regulação espacial tomaram forma dando origem a uma dinâmica que articula questões relacionadas à saúde, às políticas e à geografia mundial. Penso que é oportuno mencionar que essas são políticas ligadas à necessidade de dar conta do controle de doenças em meio às dinâmicas que foram apresentadas até o momento, quais sejam, aquelas que indicam as divisões espaciais – politicamente ou fisicamente definidas – não dão conta de

restringir alguns elementos. Assim, na próxima seção, discorro sobre essa questão, que se associa ao espaço fortemente.

5.3 – O ESPAÇO MONITORADO: GEPOLÍTICA E CONTROLE MOLECULAR

Conforme apresentei, cada vez mais, as biopolíticas se direcionam ao interior do corpo, ou seja, ao seu nível molecular. Essa situação é reforçada por meio de discursos relacionados às práticas e aos preceitos ligados a campos como a Biomedicina, a Engenharia Molecular, a Genética, entre outras. Todavia, não deixam de ser relevantes aquelas investidas que miram na vida tendo em vista as ações que chamo de mais tradicionais, ou seja, aquelas que visam a controlar a segurança da vida por meio de estratégias que podem ser associadas diretamente ao controle e à manutenção do espaço, no sentido de serem minimizados os riscos acerca da saúde das populações. Assim, destaco que ao mesmo tempo em que as práticas que são direcionadas ao corpo têm evoluído, e feito parte da vida das pessoas, as ações de avaliação, monitoramento e controle espacial seguem na mesma direção e dão forma aos planos de ação estratégicos e às políticas que envolvem a saúde em escala global. Isso é reforçado, por um lado, pela necessidade de serem pensadas novas estratégias de monitoramento espacial, de certo modo, desvinculadas das fronteiras e, por outro lado, pelos dados que são, frequentemente, produzidos e avaliados por agências como a Organização Mundial da Saúde e que se referem, na maioria das vezes, aos problemas nacionais.

Além disso, comentei sobre a importante aproximação entre questões relacionadas aos deslocamentos espaciais e às informações que são divulgadas em escalas diversas, entre elas, aquelas que vim a denominar de nacional, regional e global. Conforme referi, essa dinâmica de circulação de pessoas, de produtos e de informações desenvolve-se de maneira articulada e passa a dar forma ao espaço por meio das espacialidades que são reconfiguradas por ela. Essas questões reforçam modos de viver e de entender os processos espaciais que envolvem tanto as populações das quais fazemos parte quanto as outras e, assim, originam sentimentos diversos acerca

daqueles perigos, relacionados à saúde, que nos cercam ou que, efetivamente, cercam outras populações com as quais podemos entrar em ‘contato’, mesmo que por meio de seus problemas.

Tomando essas questões de forma conjunta, proponho que elas interferem nas dinâmicas de (re)produção do espaço também no que se refere ao surgimento de políticas internacionais que passam a ser demandadas, implementadas e/ou reforçadas por questões diversas. Assim, esclareço que existe uma intensa relação entre as transformações culturais, ligadas à segurança da vida, que envolvem as espacialidades e a orientação de políticas e práticas de segurança internacionais. Portanto, ambas as instâncias se encontram sustentadas uma pela outra. Essa relação é facilmente identificada ao serem observados os documentos da Organização Mundial da Saúde, pois, frequentemente, são mencionadas a necessidade e a importância de serem desenvolvidas ações de colaboração entre os países considerados mais desenvolvidos e aqueles considerados mais problemáticos, de maneira a se respeitar as especificidades culturais de cada território nacional. Contudo, chamo a atenção para o fato de que a essas especificidades são modeladas, também, pelos discursos sobre os riscos em saúde e, portanto, em muitos casos, pode-se considerar uma adesão populacional aos princípios que guiam a saúde. Explico isso no sentido de lembrar que, mesmo – pretensamente – respeitando questões culturais, conforme o próprio entendimento da Organização Mundial da Saúde relativamente ao que isso vem a ser, conforme propõem suas orientações, as metas em saúde são globais.

As proposições da agência são constituídas a partir de objetivos estratégicos que visam a estimular – ou encarregar – a participação ativa dos países mais desenvolvidos – em função de suas possibilidades de investimento em tecnologias capazes de dar conta do controle, da prevenção e da cura de doenças. Essa participação, contudo, não diz respeito apenas ao desenvolvimento de novos conhecimentos e tecnologias, mas, principalmente, no que se refere a ajudar, por meio de práticas diversas e de apoio financeiro, aqueles países que são considerados mais problemáticos. Já, no que se refere aos territórios que passam por dadas dificuldades, é destacada, por parte da agência, a necessidade de facilitação de investidas específicas

entre os seus limites nacionais, de modo a se garantir a segurança em nível global (OMS, 2005; 2006b; 2008; 2009).

Essas orientações, por estarem ligadas ao espaço e à política, de forma estratégica, se encaixam naquilo que é conhecido com geopolítica. A geopolítica é, mais precisamente, um nicho de estudos e de discussões geográficas que visa a tratar da gama de informações, controles, tecnologias, entre outras questões, que podem ser associadas ao espaço e às relações internacionais. Historicamente, emergiu certa distinção entre o que é chamado de Geografia Política – direcionada aos planejamentos bélicos – e a Geopolítica, associada aos diversos temas que envolvem o mundo nos dias de hoje, os quais interferem nas relações estabelecidas entre os diferentes Estados-Nação (VISSENTINI, 2013; VIZENTINI, 2006).

Assim, proponho um tipo de aproximação entre as discussões relacionadas ao que apresentei, no capítulo anterior, sobre as biopolíticas e as questões que apresento nesta seção, associadas à geopolítica. Esclareço que partirei para esta investida em função de que, comumente, ao serem tratadas teoricamente, as biopolíticas são tomadas como tecnologias que se direcionam cada vez mais ao corpo, por meio de suas abordagens acerca das populações. Reitero que as considero relevantes no que tange à (re)produção do espaço, mas passarei a aproximá-las daquelas discussões promovidas no âmbito da geopolítica por acreditar que essas, necessariamente, se relacionam ao espaço. Logo, tendo em vista o propósito deste texto, seria impossível não abordá-las e não aproximá-las aos demais conhecimentos dos quais faço uso.

As discussões acerca da saúde e da segurança da vida, bem como aquelas relacionadas à geopolítica, conforme foram sendo transformadas e fortalecidas, passaram a ser complementares (ALLAN e CHOCRAINE, 2007). Essa situação me permite reforçar o argumento de que o espaço é (re)produzido pelos discursos que constituem a saúde nos dias de hoje, pois as questões ligadas ao tema passaram a direcionar investidas estratégicas espaciais, pautadas por políticas internacionais.

Tais discussões ainda me permitem discutir outra questão que considero relevante, qual seja, de que o espaço não passa a ser controlado e monitorado, no que se refere ao assunto de que trato aqui, apenas em decorrência do surgimento das

epidemias. O espaço é tomado como dimensão estratégica ligada ao controle e ao combate de doenças e outros riscos desde muito antes deles, efetivamente, surgirem e se aproximarem do corpo humano. Para esclarecer esse argumento, por meio de um exemplo, menciono que Rose (2013), ao falar sobre as transformações associadas às biopolíticas do século XXI, comenta que durante o período que compreendeu o surto de SARS, bastaram alguns dias para que fossem criadas as vacinas e os medicamentos necessários para controlar e combater a doença. De acordo com ele, diversos pesquisadores, de diferentes agências sanitárias, em seus laboratórios, desmembraram o vírus e criaram, por meio dos conhecimentos relacionados às práticas moleculares, as respostas necessárias para diminuir sua incidência a partir de intervenções corporais.

Esse argumento se encontra associado aos estudos que vêm sendo desenvolvidos pelo autor mencionado, e se direciona, especificamente, a tratar dos investimentos que envolvem o corpo humano. Dessa maneira, sua colocação me auxilia no sentido de demonstrar certa tendência no que se refere aos entendimentos que, frequentemente, circundam o surgimento e a propagação das epidemias. Estamos acostumados a ter contato com o tema, especialmente, naqueles momentos em que as crises já tiveram início, ou seja, quando os informes passam a ser divulgados relatando os primeiros registros de infecção que se espalham, em muitos casos, mais rapidamente que as próprias doenças. Partindo disso, espacialidades são alteradas e novos conhecimentos, associados aos modos de prevenção acerca das doenças que se encontram em destaque, passam a fazer parte do cotidiano de diversos sujeitos.

Não pretendo dizer com isso que não existam as preocupações de indivíduos ou de coletividades leigas em relação aos riscos que podem emergir, pois, da mesma forma como venho pontuando, são dessas preocupações que emergem as maneiras como passamos a viver nossas espacialidades e a entender aquelas em que vivem outras pessoas. Contudo, pretendo destacar que os entendimentos mais comuns, acerca das ações de prevenção e de controle, costumam a ser constituídos, mais fortemente, por meio de discussões e estratégias desenvolvidas durante ou após os momentos de crises mais abrangentes.

Assim, destaco que existe, no caso de novas doenças infectocontagiosas, como foi o caso da SARS e da Gripe Suína, um instante anterior ao início das infecções, dos

registros de casos e, portanto, das práticas ligadas ao desenvolvimento de medicamentos e de vacinas que podem ser aplicados no corpo, bem como, daquelas direcionadas à divulgação de informações diversas. Esse seria aquele momento no qual os vírus e/ou as bactérias sofrem mutações e, por meio de condições favoráveis, passam a infectar as pessoas. Tendo em vista essa questão, é relevante a dinâmica que envolve a articulação entre os avanços científicos mais recentes – direcionados ao espaço, que não pode ser limitado às fronteiras nacionais – e questões geopolíticas ligadas à segurança da vida que visam a combater o início das crises.

De acordo com Ujvari (2012; 2009), Paul Jackson (2008; 2012) e Chaimovich (2005) o monitoramento do espaço tem sido, há muito tempo, uma peça-chave no que se refere à prevenção e ao controle de doenças infectocontagiosas. Os autores apontam que, historicamente, a circulação de pessoas, animais e demais produtos por diferentes territórios passou a ser controlada, em momentos de crise, de modo a diminuir os efeitos ocasionados em casos de epidemias. Eles indicam que, relativamente a isso, ocorreu uma dada evolução em termos de medidas de controle e normas preventivas que acompanhou as transformações pelas quais o mundo vem passando.

No passado, mais precisamente, quando iniciaram-se as práticas de quarentena, as ações de controle espacial, direcionadas aos surtos epidêmicos, tendo em vista os recursos disponíveis à época, eram colocadas em funcionamento a partir do surgimento de um número significativo de casos de infecção em distintas cidades. Assim, para que estratégias ligadas ao controle das doenças passassem a ser acionadas, era necessário que os vírus e as bactérias (conforme conhecemos atualmente) já estivessem espalhados a ponto de serem tratados como causadores de epidemias. Mesmo assim, o acionamento dessas estratégias era feito de acordo com as necessidades e, é oportuno dizer, com as espacialidades e as políticas urbanas que davam forma aos modos de vida de diferentes populações (UJVARI, 2003).

Nessa direção, explico que apesar dos diversos esforços, no sentido de controlar o aumento dos números de infecções, as doenças infectocontagiosas, em grande parte das situações, continuavam a assolar as populações de diferentes cidades, especialmente, em função da desarticulação das ações manejadas entre elas. Essa situação causava – e ainda causa – insegurança em relação às ameaças que colocavam

em risco as vidas das populações, sobretudo urbanas, da época. Partindo disso, passou-se a direcionar esforços não apenas ao controle das entradas e saídas nas cidades, mas também às condições de higiene que envolviam os ambientes urbanos.

O espaço, portanto, passou a ser, além de monitorado, em nível de fronteiras locais, reorganizado por meio de especialistas que visavam a orientar as melhores condições estruturais no interior de determinadas áreas. Com o passar do tempo, essas estratégias passaram a fazer parte das investidas sanitárias, não apenas no que se refere às cidades, mas no que diz respeito aos países, ou seja, passaram a fazer parte do conjunto de políticas direcionadas à vida que envolvia cada território nacional. Entretanto, tendo em vista as impossibilidades de se controlar tais crises por meio de fronteiras politicamente definidas, as epidemias passaram a fazer parte de preocupações internacionais, mais especificamente, nos últimos anos (JACKSON, 2009; OMS, 2006a; UJVARI, 2003).

Nessa direção, frente à impossibilidade de atingir certas metas relacionadas ao controle das doenças existentes e, ainda, ao crescente número de deslocamentos ocasionados por novas dinâmicas espaciais, por exemplo, as guerras e as relações comerciais, passou-se a investir em tecnologias capazes de ‘prever’ e ‘conter’ acontecimentos dessa ordem. Por um lado, os controles fronteiriços continuaram a ser exercidos, mesmo diante das limitações operacionais ocasionadas por um intenso processo de globalização. Por outro, teve início o desenvolvimento de estratégias e tecnologias que visavam monitorar e controlar o surgimento de crises sanitárias em lugar de lidar com seus prejuízos (CHAIMOVICH, 2005).

De acordo com Ujvari (2009), atualmente, os avanços da ciência, por meio da articulação entre as tecnologias direcionadas ao controle do espaço e aos investimentos corporais, têm se mostrado surpreendentes. Eles oportunizam a descoberta das rotas seguidas pelos vírus e bactérias que causaram crises no passado de modo a dar forma aos modelos de controle que podem ser aplicados na atualidade. Para o autor, esses procedimentos têm sido significativos, inclusive, em questões jurídicas que envolvem a infecção de pessoas por vírus como o HIV, pois partindo de material genético é possível se produzir mapas que demonstram as rotas de infecção entre pessoas e regiões específicas. Assim, é possível que sejam estabelecidas ações de

controle territorial que são amparadas pelas tecnologias mais avançadas, as quais, visam a garantir, até certa medida, a segurança da vida de populações diversas, principalmente, no que se refere aos casos de doenças reincidentes (CARDDUF, 2008).

Essas transformações, relativas aos modos como o espaço passou a ser controlado e monitorado, são visíveis quando observadas as normas que dão forma ao *Regulamento Sanitário Internacional* (OMS, 2005). A versão que se encontra em uso foi aprovada no ano de 2005, durante a quinquagésima oitava Assembleia da Organização Mundial da Saúde, realizada em Genebra/Suíça, e começou a vigorar a partir de junho de 2007. A primeira edição desse documento foi elaborada no ano de 1951, durante a quarta Assembleia Mundial de Saúde e atualizada em 1969. Depois disso, novas atualizações, sobre a primeira edição, foram lançadas, nos anos de 1973 e de 1981. Conforme apontado no documento, após essas revisões, tendo em vista as transformações do mundo contemporâneo, ligadas à economia, às relações sociais e aos avanços tecnológicos, foi solicitada, pelos representantes dos Estados Membros, mais uma revisão a fim de se criar uma nova versão do documento que fosse capaz de dar conta das dinâmicas que envolvem “o aumento das viagens e do comércio internacional, assim como, o aparecimento e o reaparecimento de casos de doenças e outros perigos que envolvem a saúde pública em nível mundial” (2005, p. 8).

Esse documento, em suas versões mais antigas, mencionava as doenças infectocontagiosas como problemas internacionais, mas ressaltava, entretanto, que eles eram de responsabilidade dos governos de determinados países. Assim, eram atribuídos aos seus territórios os riscos mais comuns e as responsabilidades ligadas à diminuição desses problemas. No entanto, a partir de sua reformulação, elas passaram ser consideradas, oficialmente, como riscos globais, em função das dinâmicas de interconexão entre diversos pontos do espaço, em decorrência das porosidades das fronteiras nacionais. Um dos efeitos disso foi o estabelecimento de novas orientações e práticas que são apresentados em documentos²⁷ produzidos, posteriormente, os quais, se articulam aos propósitos do regulamento. Entre esses, cito como exemplos, os *Informes Sanitários Internacionais*, publicados a cada dois anos, os programas e

²⁷ Essa preocupação atravessa a todos os documentos que foram analisados e mencionados anteriormente.

relatórios associados às práticas de imunização e as publicações associadas aos ambientes urbanos quando relacionados à segurança em saúde.

Isso me permite chamar a atenção para o fato de que, partindo dessa dinâmica, o controle de doenças passou, mais incisivamente, a fazer parte do conjunto de preocupações geopolíticas, pois deu origem a determinadas normas ligadas, não apenas ao corpo e às espacialidades nacionais, mas às relações internacionais. Isso oportunizou o fortalecimento de novas investidas no que se refere ao controle espacial em escalas diversas, de maneira a se considerar o espaço como algo ‘aberto’ ou seja, a partir de uma visão pela qual o ‘fechamento’ das fronteiras é a última – e quase inviável – ação a ser adotada. Ressalto que as preocupações acerca desses problemas já eram debatidas, há muito tempo, por outras agências internacionais, mas, atualmente, elas passaram a ser, para além de discutidas, enfrentadas por meio de parcerias estratégicas motivadas pelos princípios da Organização Mundial da Saúde.

Partindo disso, proponho que as políticas, no que se refere à prevenção de doenças, passaram a ser dirigidas, mais incisivamente, para questões relacionadas ao controle de elementos como as estruturas sanitárias de determinados países, o cultivo de alimentos, o cuidado de animais e a regulação relativa à produção de diversos produtos que, porventura, possam oportunizar o surgimento de novos surtos epidêmicos em um mundo que se encontra comprimido, ou seja, por meio de um espaço ‘uno’ (SURTEGARAY, 2001). Ainda, se articulam àquilo que foi referido como biopolíticas do século XXI no sentido de promover a imunização dos corpos por meio de ações ligadas ao uso de medicamentos e vacinas, especialmente, por meio de acordos internacionais de colaboração mútua (OMS, 2006a).

Essa situação potencializa a reformulação, a criação e a aplicação de normas internacionais que têm como objetivo assegurar a vida das populações, tendo em vista o espaço global, frente aos riscos existentes e/ou possivelmente emergentes. Além disso, passam a ser divulgadas diversas informações, seja por meio das mídias ou pelo trabalho de equipes ‘educacionais’, que visam a padronizar condutas mais seguras, relacionadas ao manejo de elementos naturais, por exemplo, relacionados à agropecuária em diversas partes do mundo (ROBBINSON, 2011; MCNEILL, 2011).

Conforme apontam Allan Cochrane e Kevin Ward (2011), essas situações, direcionadas ao controle do espaço global, têm causado grande impacto em relação às espacialidades vividas em diversas regiões ao mesmo tempo em que têm redirecionado políticas que envolvem escalas diversas. Os autores referem que não apenas as políticas que envolvem o espaço em nível mundial passaram a ser transformadas, mas aquelas que se dirigem às escalas nacionais e, ainda, locais, como as urbanas passaram a ser reforçadas e reformuladas, no sentido de se evitar a emergência de novos problemas. Como exemplo, eles apontam as políticas que podem ser associadas à relação estabelecida entre as áreas urbanas e as rurais. Eles referem que os ambientes mais afastados – ou menos estruturados – passaram a ser monitorados, mais detidamente, em função de suas materialidades ‘mais naturais’ representarem riscos ligados ao aparecimento de doenças provenientes de elementos ou organismos diversos, por exemplo, os animais. Segundo os autores, essas preocupações estão pautadas no fato de que, após chegarem aos centros urbanos, as doenças podem se tornar quase que incontroláveis, tendo em vista as espacialidades vividas e o fluxo de pessoas em áreas de grande concentração populacional.

Braun (2007) ainda explica que existem, no âmbito dos estudos relacionados ao controle do espaço e das geopolíticas, questões que também podem ser tomadas em nível molecular. Partindo disso, ele propõe que outras escalas espaciais passem a ser consideradas relevantes, especialmente, quando associadas às políticas ligadas à saúde (BRAUN, 2008a; 2008b). Para ele, é fundamental que se atente ao fato de que as relações estabelecidas dentro do espaço estão sujeitas a serem produzidas, direcionadas e significadas por aspectos naturais que escapam ao olho humano. Seriam os vírus, as bactérias ou, até mesmo, outros organismos microscópicos e/ou muito pequenos que inserem as discussões sobre o espaço e suas materialidades no interior dessa lógica molecular que vem sendo reforçada nos últimos anos.

Segundo ele, diversos investimentos têm sido feitos no que se refere ao controle das ‘molecularidades’ espaciais que, associadas aos elementos ‘molares’ ou estruturais, conferem ao espaço uma importante posição no que diz respeito à segurança da vida em níveis nacional, regional e global. Esses investimentos estariam associados às condições de saneamento básico de determinados territórios, ao monitoramento de

rotas de animais que transitam entre diversas regiões, em função de seus padrões migratórios, e, especialmente, aos cuidados a serem tomados no que se refere ao cultivo de alimentos e à criação e à manipulação de animais em regiões onde não são cumpridas de forma adequada as normas de segurança sanitária.

Diante dessa lógica de pensamento, o corpo humano, em função das espacialidades que são possíveis de serem imaginadas, representa um fragmento móvel – do espaço – que se desloca pela dimensão do espaço como um todo, conectando diversos elementos e diversos outros corpos que, a priori, estariam distantes uns dos outros (BRAUN, 2008b). O que coloca o corpo em evidência, no contexto das geopolíticas são os atravessamentos culturais, sociais e econômicos e, ainda, a possibilidade de contato com elementos de nível molecular que estão distribuídos pelo espaço, ou seja, os microrganismos.

Harris Ali e Roger Keil (2008) apontam que esse é um ponto fulcral relacionado ao surgimento de doenças, bem como, ao monitoramento para evitá-las. Os autores recorrem ao surgimento das primeiras vilas, nas quais os humanos passaram a domesticar animais, para explicar que, desde então, estabeleceu-se, de forma mais consistente, um relação perigosa, na qual o corpo humano passou a estar mais vulnerável aos perigos ligados à saúde que envolvem o espaço material. Além disso, tendo em vista as dinâmicas de deslocamento, os humanos passaram a ser não apenas atingidos por infecções diversas, mas se tornaram responsáveis por suas disseminações pelo espaço. Essa situação é agravada, principalmente, nos dias de hoje, nos quais a circulação de pessoas, por áreas densamente povoadas, é facilitada pela transitoriedade constante.

Nesse contexto, a relação estabelecida entre o corpo humano e os elementos do espaço é uma das peças que faz parte das discussões associadas à saúde pela perspectiva geográfica. Ele é atravessado por elementos sociais e naturais da mesma maneira que interfere no desenvolvimento desses. Assim, é interessante que o corpo seja entendido como um nível, uma escala espacial, que promove, no âmbito dessas discussões, o não apagamento do espaço enquanto elemento relevante, pois, afinal de contas, o corpo também é o espaço, formado, entre outras coisas, por meio das espacialidades pelas quais se constitui. De acordo com Braun (2008b), o corpo se

constitui como um elemento híbrido, principalmente, quando relacionado ao espaço. O autor ainda refere que as intervenções que lhes são direcionadas, no sentido de potencialização de aptidões ou de segurança em relação aos perigos, são oportunizadas por meio da relação que os sujeitos estabelecem no âmbito do espaço, como 'células' dessa dimensão.

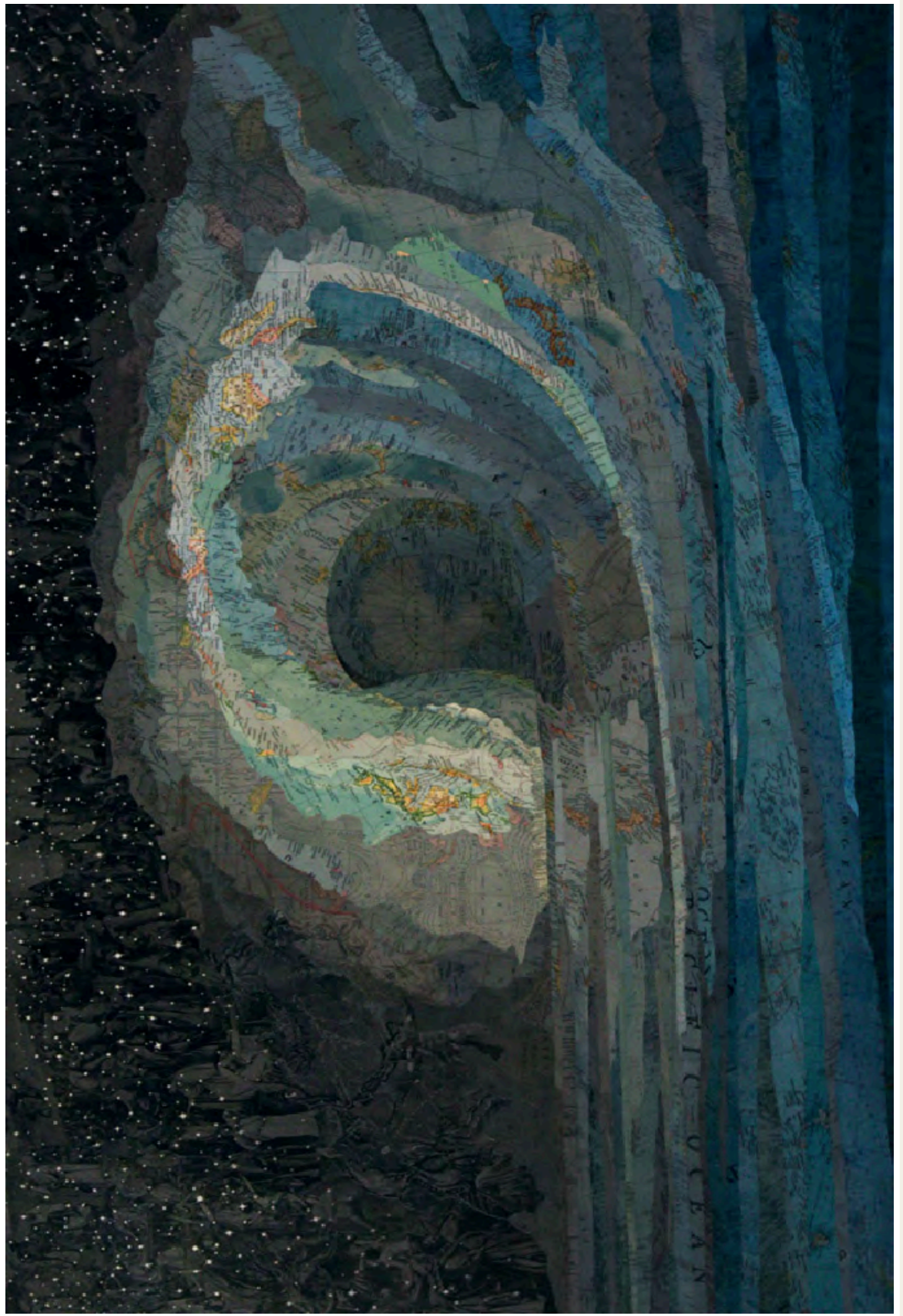
Assim, tendo em vista os argumentos teóricos apresentados, ora relacionados às biopolíticas e às suas transformações, ora direcionados, mais detidamente, ao espaço e às geopolíticas, proponho que eles sejam complementares, especialmente, no que se refere ao que chamo de (re)produção do espaço a partir dos discursos que envolvem a segurança da vida pela perspectiva da saúde. Justifico minha proposta partindo do fato de que, conforme têm sido discutidas, atualmente, as biopolíticas visam, cada vez mais a atingir o corpo em seu nível molecular enquanto as geopolíticas – ligadas à saúde – visam a tratar do espaço e dos atravessamentos relacionados ao corpo, que podem ser oportunizados pelas práticas e tecnologias, mais atuais, relacionados ao monitoramento espacial.

Essa proposta está diretamente associada ao que encontrei nos documentos e publicações que analisei para o desenvolvimento desse trabalho, pois, em dado momento, reconheci ser impossível abordar as recomendações da Organização Mundial da Saúde, acerca das doenças infectocontagiosas, sem promover a articulação entre o corpo e o espaço. Suas orientações, constantemente, apontam em direções opostas – porém, não contraditórias – no que se refere à prevenção e ao controle de doenças. Por um lado, indicam a necessidade de investimentos preventivos cada vez mais profundos em relação ao corpo humano e, por outro, apontam a necessidade de serem estabelecidas parcerias internacionais direcionadas a dar forma a estratégias de segurança internacional, relacionadas ao monitoramento e à reestruturação espacial – mesmo que, conforme tenho apontado, o espaço seja mencionado de maneira complementar.

Nesse sentido, argumento que os discursos produzidos e divulgados pela Organização Mundial da Saúde, no que se refere à prevenção e ao controle de doenças, constituem algo que chamarei, neste trabalho, de geo(bio)políticas. A partir desta palavra, passarei a tratar das questões biopolíticas relacionadas ao corpo, obviamente,

mas principalmente, ao espaço. Assim, destacarei as formas como o espaço é abordado e transformado pelos preceitos da Organização Mundial da Saúde que se direcionam à saúde das populações.

Wave (Black & Blue) – Matthew Cusick



6. GEO(BIO)POLÍTICAS

*“ _ O que você considera o maior mapa que ainda seria de utilidade?
_ Mais ou menos seis polegadas pela milha [1: 100 000].
_ Apenas seis polegadas! Exclamou Mein Herr. Nós chegamos rapidamente a seis jardas pela milha [1: 3000]. Depois tentamos cem jardas pela milha [1: 175]. E depois veio a ideia mais grandiosa de todas! Fizemos realmente um mapa do país na escala de uma milha por uma milha!
_ Vocês chegaram a usar bastante esse mapa?
_ Até agora nunca, disse Mein Herr, os fazendeiros desaprovaram: eles dissertam que cobriria o país inteiro e bloquearia a luz do sol! Assim sendo, agora usamos o próprio país como mapa dele mesmo, e posso lhe garantir que isso funciona quase tão bem ”.*

Lewis Carrol, *Sylvia an Bruno concluded*, 1903, p. 167²⁸.

Conforme apontei, ao usar o termo geo(bio)políticas pretendo indicar, especificamente, as formas pelas quais a Organização Mundial da Saúde faz uso, em seus textos, da relação estabelecida entre o espaço, o corpo e os riscos que podem ser associados às doenças infectocontagiosas. Ainda, articulo a essa relação as políticas direcionadas à vida e ao espaço que têm colaborado com os conhecimentos e entendimentos que estabelecemos acerca das populações e conseqüentemente da dimensão espacial no decorrer dos anos. Relembro que essas questões podem ser associadas aos estudos e às discussões que envolvem tanto as biopolíticas quanto as geopolíticas, conforme venho indicando.

²⁸ Retirado de John Seermann (2012).

Assim, faço uso de um modo de olhar e de entender aquilo que chamo de geo(bio)políticas que pode ser considerado multifacetado. Isso se justifica pelo fato de eu acreditar que seria difícil abordar o controle e a prevenção de doenças apenas a partir daquilo que é dito, especificamente, sobre o espaço, como se ele fosse uma dimensão demarcável ou sobre o corpo enquanto elemento que pode ser protegido pelas intervenções mais diversas.

No que se refere ao espaço, retomo que ele é constituído pela relação existente entre as suas materialidades, propriamente ditas, e as relações sociais, econômicas, culturais, entre outras que o envolvem e que são envolvidas por ele (MASSEY, 2009; HEASBAERT, 2008; BRAUN e WHATMORE 2004). São elas que levam o espaço a ser, constantemente, ressignificado e remodelado, portanto, (re)produzido. São, mais precisamente, as espacialidades, vividas de maneiras singulares, que o transformam e o significam – ao mesmo tempo em que são significadas e alteradas – e, assim, lhe garantem o status de espaço, efetivamente (SOJA, 2008; HEIDRICH, 2008).

Contudo, levo em consideração o fato de que as orientações da Organização Mundial da Saúde, voltadas ao controle e à prevenção de doenças – as geo(bio)políticas –, não se direcionam, exclusivamente, ao espaço e suas materialidades, tampouco, são disparadas apenas por seus elementos físicos. Elas são estabelecidas, prioritariamente, tendo em vista a saúde do corpo-humano, localizando essa dimensão em um lugar de centralidade em relação aos outros elementos que dão forma aos seus princípios e ações ligadas à vida, sobretudo, no que se refere às investidas relacionadas à segurança em um mundo onde os riscos se tornam cada vez mais discutidos, globalizados e, ainda, orientados a serem combatidos em nível individual. É a saúde do corpo que, no limite, justifica os argumentos da Organização que podem ser relacionados a outros elementos – entre eles o espaço – bem como as suas investidas práticas que ora se direcionam aos territórios, politicamente definidos, ora ao espaço, contínuo e abrangente.

Penso que ainda é interessante comentar que, conforme apresentei, historicamente, as estratégias direcionadas exclusivamente ao corpo, descoladas do espaço ou vice-versa, no que diz respeito ao controle de doenças, fracassaram. A partir disso vem ocorrendo, justamente, a aproximação entre essas dimensões que passaram

a ser tratadas em conjunto, ao menos pela Organização Mundial da Saúde. Nessa direção, chamo a atenção, da mesma maneira que fiz em outros lugares (DARSIE e SANTOS, 2012) e em outros momentos deste texto, que, mesmo diante dos avanços tecnocientíficos, no que se refere ao controle de doenças infectocontagiosas, é falho se pensar em estratégias – políticas e práticas – eficazes sem que seja atentada essa relação entre o corpo e o espaço. Este é o motivo que me leva a aproximar aos conhecimentos geográficos, mais específicos, as discussões que envolvem as biopolíticas, mesmo as mais atuais, que parecem apontar na direção de aprofundar suas investidas naquilo que é entendido como nível molecular do corpo (ROSE, 2013). Afinal de contas, tendo em vista os apontamentos de Foucault (2009) e de Rose (op cit.), posso considerar as atividades da Organização como tecnologias biopolíticas e, de acordo com o que acredito, elas têm sido bastante eficientes desde a fundação da agência, dessa forma causando alterações espaciais relevantes.

Além disso, ressalto que os argumentos contidos nas publicações com as quais trabalhei, geralmente, apontam o espaço e as dinâmicas estabelecidas em seu interior como os disparadores de estratégias ligadas à segurança da vida. Diante dessa situação, chamo a atenção para os seus discursos enquanto disparadores de alterações significativas ligadas a essa dimensão. Fazendo uso de outras palavras, argumento que as orientações e as práticas da Organização Mundial da Saúde, ao caracterizarem realidades espaciais distintas e ao promoverem transformações que envolvem as políticas internacionais de saúde e as materialidades do espaço, associadas às populações, passam a dar sentidos a elas e a provocar importantes impactos em relação ao espaço mundial.

Partindo desses apontamentos, nas seções que se seguem, apresento alguns ‘Espaços’ que encontrei nas páginas do material analisado, ou seja, algumas formas pelas quais a Organização Mundial da Saúde, por meio dos preceitos da saúde, aborda o espaço e, ao mesmo tempo, o (re)produz. Explico que todos eles tratam do mesmo espaço, ou seja, daquele que venho discutindo desde o início, contudo, são os diferentes argumentos e ações propostas pela agência – que operam de forma articulada – que me levam a discutí-los a partir de seções distintas.

6.1 - O ESPAÇO PLANO E FRAGMENTADO

Início minhas proposições, mais específicas, acerca dos 'Espaços' produzidos pela Organização Mundial da Saúde partindo daquele que me parece ser o mais tradicional, no limite, o mais óbvio e recorrente em seus documentos, qual seja, o que chamo de 'Espaço Plano e Fragmentado'. Sugiro, inclusive, que é a partir dele que outros 'Espaços', aos quais irei me referir, mais à frente, emergem, especialmente, por meio de problematizações que, nos últimos anos, relativizaram aquilo que aponto como fragmentação do espaço. Assim, explico que o Espaço Plano e Fragmentado é um produto dos números que representam as condições de saúde de diversas populações, localizadas no interior dos territórios nacionais politicamente delimitados, por meio de tabelas, gráficos e mapas que se encontram, há anos, estampados nas páginas dos documentos e publicações da Organização.

O Espaço Plano e Fragmentado, de certo modo, é (re)produzido e reforçado, anualmente, a partir dos novos relatórios estatísticos e dos documentos decorrentes deles que são elaborados e divulgados pela Organização. Para tanto, a agência se apoia na fragmentação que as fronteiras nacionais oportunizam ao espaço. O Espaço Plano e Fragmentado, portanto, é constituído por meio das ações mais tradicionais da agência, ou seja, aquelas que tratam de territórios distintos, sustentadas e, em algumas ocasiões, limitadas pelas legislações que envolvem os diferentes países e, ainda, por aspectos culturais e espaciais que fazem emergir as espacialidades nacionais, os choques entre regulações diversas e, neste caso, as condições de saúde, muitas vezes, contrastantes.

As informações que constituem o que chamo de Espaço Plano e Fragmentado fazem parte das estratégias de monitoramento e avaliação em saúde que constituem, atualmente, um programa criado e desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde,

chamado de 'Observatório Global da Saúde'²⁹. São esses números que passam a ser utilizados como embasamento para todas as ações da agência e também para os diversos usos que são promovidos por outras instituições que se apoiam neles. Lembro ainda que esses dados são recolhidos, organizados e tabulados a partir de uma dinâmica que conta com diferentes escalas. Esse jogo de escalas, portanto, garante a aproximação de informações obtidas em níveis nacional, regional e mundial de modo a serem comparadas e qualificadas e, assim, fragmentam o espaço em outras diversas porções que podem ocasionar tanto o agrupamento quanto a subdivisão dos territórios por meio de perfis sanitários.

Isso acontece a partir do trabalho que é feito nos escritórios da Organização Mundial da Saúde, os quais dão origem àquilo que chamei de rede de informações estratégicas da agência e que é referida como uma importante atividade de controle e de segurança em saúde em escala global conforme apontado em documentos como: *Trabalhando pela Saúde, Estratégia Global para Prevenção e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis* e *Orientações Globais para Imunização e Vigilância Sanitária* (OMS, 2007a; 2007c; 2006c). O resultado desse trabalho, em um primeiro momento, pode ser representado pelas tabelas que formam os *Relatórios Estatísticos* anuais. Os relatórios são alguns dos documentos mais tradicionais e – digamos –, populares da agência. Conforme mencionei em outro momento, eles não apenas direcionam as ações e as atividades desenvolvidas pela Organização, mas reforçam e validam as pesquisas, as orientações e os programas de intervenção lançados por governos diversos e outras instituições e pessoas.

Eles são documentos extensos, que buscam apresentar informações – números – sobre as mais diversas doenças e suas ocorrências em todos os países que se encontram vinculados à Organização Mundial da Saúde. No site da organização é possível se ter acesso a pelo menos, 9 versões digitais. Ainda, podem ser encontrados em bibliotecas ou nos escritórios e lojas da agência, mais 10 versões impressas, de anos anteriores. De certo modo, em conjunto, eles formam um histórico acerca das condições sanitárias de diferentes países, dos últimos quase 20 anos.

²⁹ <http://www.who.int/gho/en/>

Assim, no que se segue, apresentarei tabelas (Figuras 25, 26 e 27) retiradas dos *Relatórios Estatísticos* (OMS, 2010b; 2011c; 2012), produzidos nos anos de 2009, 2010 e 2011. Em sua totalidade, elas apresentam os dados que foram produzidos nos anos indicados e, como geralmente acontece, foram lançadas nos anos seguintes. Isso ocorre em função do tempo necessário para a tabulação dos números e dos processos editoriais que lhes constituem. A elas poderiam ser somadas outras tabelas, de anos anteriores, contudo, me detive a apresentar apenas três exemplos, pois essas tabelas costumam ser bastante parecidas, tanto graficamente quanto no que se refere aos índices que apresentam. Ainda, explico que optei por demonstrar tabelas equivalentes, ou seja, formadas por informações referentes aos mesmos temas e aos mesmos países, produzidas em períodos distintos, pois meu objetivo, com isso, é que sejam observadas algumas das continuidades que lhes envolvem.

Os dados relativos aos diversos países estão organizados seguindo uma ordem alfabética. Portanto, em suas páginas, 'planas', podem ser visualizados e comparados os índices que são relacionados aos 193 territórios atendidos e avaliados pela Organização, os quais se localizam em diferentes continentes ou regiões. É possível observarmos, no que diz respeito às doenças infectocontagiosas, situações em que determinados números (especialmente aqueles referentes aos países africanos e asiáticos), quando comparados aos registros zerados (principalmente dos países europeus), chamam a atenção por suas grandezas. Além disso, em alguns casos, as informações são inexistentes e, em função disso, sugiro se torna possível que sejam imaginados os níveis de qualidade em saúde relativos aos países de acordo com aquilo que costuma ser relatado sobre eles.

3. Enfermedades infecciosas (selección)

Estado Miembro	Número de casos notificados							
		Colera *	Difteria *	Gripe por el virus H5N1 **	Encefalitis japonesa *	Lepra *	Malaria *	Sarampión *
		2000	2001	2007	2007	2007	2007	
El Salvador	...	0	...	...	8	...	0
Emiratos Árabes Unidos	...	...	...	...	11	...	...
Eritrea	119	...	...	...	...	...	55
Eslovaquia	...	0	...	0	...	...	0
Eslovenia	1	0	...	0	...	...	0
España	2	0	...	0	...	...	267
Estados Unidos de América	7	...	...	...	...	...	30
Estonia	...	0	...	0	...	...	1
Etiopía	24 121	...	...	...	4 187	1 214 921	1 446
Ex República Yugoslava de Macedonia	...	0	...	0	...	...	1
Federación de Rusia	...	91	...	...	...	122	173
Fiji	...	0	...	...	6	...	0
Filipinas	...	39	...	...	2 514	...	530
Finlandia	...	0	...	0	...	...	0
Francia	4	1	...	...	...	...	39
Gabón	...	...	...	...	27	...	0
Gambia	12	0	...	0	...	...	0
Georgia	...	9	...	0	...	25	44	
Ghana	179	0	...	...	594	3 123 147	6
Granada	...	0	...	...	...	...	0
Grecia	...	0	...	...	...	...	2
Guatemala	...	0	...	...	...	...	0
Guinea	8 546	0	...	...	803	...	3
Guinea-Bissau	153	0	...	0	58	...	1	
Guinea Ecuatorial	...	...	...	...	...	...	5
Guyana	...	0	...	...	26	...	0
Haití	...	94	...	...	29	...	0
Honduras	...	0	...	...	...	...	0
Hungría	...	0	...	0	...	...	0
India	2 635	3 354	...	4 017	137 685	1 476 562	36 900	
Indonesia	...	183	22	...	17 723	...	19 456	
Irán (República Islámica del)	19	32	...	...	25	15 712	133
Iraq	4 696	3	0	0	0	3	230	
Irlanda	...	0	...	0	...	...	64
Islandia	...	0	...	0	...	...	0
Islas Cook	...	0	...	...	0	...	1
Islas Marshall	...	0	...	0	64	...	0	
Islas Salomón	...	0	...	0	15	...	0	
Israel	...	0	...	...	...	...	539
Italia	1	0	...	...	...	...	321
Jamahiriyá Árabe Libia	...	0	...	0	8	...	59	
Jamaica	...	0	...	0	6	184	0	
Japón	...	0	...	...	11	...	...
Jordania	...	0	...	0	0	...	41	
Kazajistán	...	5	...	0	...	...	13
Kenya	1 286	...	...	...	...	...	1 516
Kirguistán	...	1	...	...	...	96	40
Kiribati	...	0	...	0	63	...	0	
Kuwait	...	...	...	...	20	...	...
Lesotho	...	0	...	0	4	...	2	

Figura 25 – Tabela do relatório estatístico de 2009

3. Enfermedades infecciosas (selección)

Estado Miembro	Número de casos notificados							
	Cólera ^a	Difteria ^b	Gripe por el virus H5N1 ^c	Encefalitis japonesa ^d	Lepra ^e	Malaria ^f	Sarampión ^g	Meningitis ^h
	2008	2009	2009	2009	2009	2009	2009	
El Salvador	...	0	...	...	5	33	0	...
Emiratos Árabes Unidos	...	0	...	0	10	...	55	...
Eritrea	1	...	...	...	...	10 572	0	...
Eslovaquia	...	0	...	0	...	...	0	...
Eslovenia	...	0	...	0	...	...	0	...
España	5	0	...	...	...	...	297	...
Estados Unidos de América	5	0	...	...	150	...	140	...
Estonia	...	0	...	0	...	...	0	...
Etiopía	3 862	...	...	...	4 170	2 522 645	3 511	114 ⁱ
Ex República Yugoslava de Macedonia	...	0	...	...	...	...	27	...
Federación de Rusia	...	50	...	0	...	...	27	...
Fiji	...	0	...	0	4	...	0	...
Filipinas	...	65	...	34	2 373	23 655	341	...
Finlandia	1	0	...	0	...	...	5	...
Francia	2	5	...	0	...	...	604	...
Gabón	2	...	...	...	24	187 714	3	...
Gambia	1	0	...	0	...	508 846	0	...
Georgia	...	7	...	0	...	8	56	...
Ghana	1 223	...	...	...	557	3 200 147	82	288 ^h
Granada	...	0	...	...	...	...	0	...
Grecia	...	0	...	...	...	...	1	...
Guatemala	...	0	...	...	3	43 244	0	...
Guinea	513	0	...	0	664	422 180	89	161 ⁱ
Guinea-Bissau	14 323	0	...	0	78	148 542	12	...
Guinea Ecuatorial	...	...	...	...	27	63 147	436	...
Guyana	...	0	...	...	28	11 815	0	...
Haití	...	10	...	...	52	36 774	0	...
Honduras	...	0	...	...	1	8 225	0	...
Hungría	...	0	...	0	...	...	0	...
India	2 680	6 081	...	294	134 184	95 734 579	48 181	...
Indonesia	1 007	219	20	...	17 441	2 106 957	15 369	...
Irán (República Islámica del)	72	52	...	...	35	11 371	127	...
Iraq	925	5	...	0	0	5	5 494	...
Irlanda	...	0	...	0	...	...	57	...
Islandia	...	0	...	0	...	...	0	...
Islas Cook	...	0	...	...	0	...	0	...
Islas Marshall	...	...	...	...	46	...	...	...
Islas Salomón	...	0	...	0	17	102 140	0	...
Israel	...	0	...	...	...	...	931	...
Italia	...	...	...	...	...	...	1 617	...
Jamahiriyá Árabe Libia	...	0	...	0	5	...	8	...
Jamaica	...	0	...	...	4	22	2	...
Japón	...	0	...	3	3	...	11 015	...
Jordania	...	0	...	0	0	...	2	...
Kazajstán	1	5	...	0	...	...	20	...
Kenya	3 091	...	...	...	167	839 904	1 282	...
Kirguistán	...	0	...	0	...	18	16	...
Kiribati	...	0	...	0	42	...	0	...
Kuwait	...	...	...	...	0	...	...	...
Lesotho	...	0	...	0	7	...	0	...

Figura 26 – Tabela do relatório estatístico de 2010

3. Selected infectious diseases

WORLD HEALTH ORGANIZATION
 2011

Member State	Number of reported cases							
	Cholera ^a	Diphtheria ^b	RSN1 Influenza ^c	Japanese encephalitis ^d	Leprosy ^e	Malaria ^f	Measles ^g	Meningitis ^h
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2010	
Dominica	...	0	...	...	1	...	0	...
Dominican Republic	...	5	...	...	167	1 643	0	...
Ecuador	...	0	...	...	81	4 120	0	...
Egypt	...	0	29	...	700	94	608	...
El Salvador	...	0	...	...	4	20	0	...
Equatorial Guinea	23	78 983	78	...
Eritrea	...	4	...	...	...	21 298	82	...
Estonia	...	0	...	0	...	...	0	...
Ethiopia	31 509	...	...	...	4 417	3 043 203	1 176	50
Fiji	...	0	...	0	2	...	1	...
Finland	...	0	...	0	...	...	2	...
France	1 ^a	0	...	...	...	...	1 541	...
Gabon	26	112 840	0	...
Gambia	...	0	...	0	34	475 409	0	...
Georgia	...	3	...	0	...	7	23	...
Germany	...	4	...	...	...	...	574	...
Ghana	1 294	0	...	...	623	1 899 544	101	1 072
Greece	...	0	...	...	...	...	2	...
Grenada	...	0	...	...	0	...	0	...
Guatemala	...	0	...	...	1	7 080	0	...
Guinea	42	0	...	0	636	812 471	264	84
Guinea-Bissau	5	0	...	0	75	143 011	0	...
Guyana	...	0	...	...	29	13 673	0	...
Haiti	...	37	...	...	...	49 535	0	...
Honduras	...	0	...	...	1	9 216	0	...
Hungary	...	0	...	0	...	...	1	...
Iceland	...	0	...	0	...	...	0	...
India	133 717	1 563 344	...	...
Indonesia	...	189	9	...	17 260	544 470	20 818	...
Iran (Islamic Republic of)	...	58	...	...	32	6 122	262	...
Iraq	6	13	...	...	1	1	30 328	...
Ireland	...	0	...	0	...	...	164	...
Israel	...	0	...	...	...	...	5	...
Italy	...	0	...	...	...	...	351	...
Jamaica	...	0	...	...	7	22	0	...
Japan	...	0	...	3	2	...	741	...
Jordan	...	0	...	0	0	...	0	...
Kazakhstan	...	0	...	0	...	...	0	...
Kenya	11 425	...	...	...	157	8 123 689	1 218	...
Kiribati	...	0	...	0	96	...	0	...
Kuwait	1	...	...	...
Kyrgyzstan	...	0	...	...	...	4	1	...
Lao People's Democratic Republic	...	0	...	26	101	22 800	78	...
Latvia	...	6	...	0	...	...	0	...
Lebanon	...	0	...	0	3	...	22	...
Lesotho	...	0	...	0	5	...	0	...
Liberia	1 070	0	...	0	267	871 560	6	...
Libyan Arab Jamahiriya	...	0	...	...	5	...	329	...
Lithuania	...	0	...	0	...	...	0	...
Luxembourg	...	0	...	0	...	...	0	...

Figura 27 – Tabela do relatório estatístico de 2011

Retomando os apontamentos de Santos (2011), refiro que os números se configuram como ferramentas direcionadas ao governo das populações. Eles são parte do conjunto de práticas que formam as biopolíticas e se apoiam em gráficos, tabelas e estatísticas como maneira de constituir estratégias de controle populacional. Assim, as estatísticas apresentadas pela Organização Mundial da Saúde, passam a integrar o conjunto de ferramentas voltadas ao governo das populações por meio da aproximação entre os dados relativos à saúde do corpo e a localização territorial dos aspectos que quantificam.

Argumento, portanto, que aquilo que nos impacta e nos posiciona frente a essas questões, em um primeiro momento, de fato são os números relacionados às áreas que representam. Devo ressaltar que isso não ocorre em função de intenções perversas por parte da agência. Pelo contrário, isso ocorre em razão de estarmos envolvidos em um contexto espaço-temporal em que tais questões são relevantes e necessárias, especialmente no que se refere à segurança da vida. Todavia, o que me interessa ressaltar nesse momento é que elas produzem efeitos que vão além daquilo que a agência se propõe a fazer, sobretudo sobre os modos de viver das populações e sobre o espaço.

Nessa direção, é interessante observarmos alguns dos desdobramentos que tais números ocasionam, por exemplo, no interior das publicações da própria Organização, que são direcionadas, especialmente, à condução de políticas públicas de saúde dos países que se encontram associados à agência. Ainda, eles me ajudam a demonstrar os conhecimentos que passam a ser associados a outros artefatos que circulam pelas mídias ou pelos ambientes educacionais, pois é recomendado que esses dados sejam articulados a outras esferas públicas, no sentido de informar as populações.

Ao analisar o *Programa Geral de Trabalho*, em vigência desde o ano de 2006 até o ano de 2015, encontrei as metas relacionadas à saúde em escala mundial que foram estabelecidas por meio dos relatórios estatísticos de períodos anteriores. Partindo disso, são apontados os principais avanços, bem como, os mais graves problemas relacionados à saúde, de diferentes territórios, que puderam ser identificados nas

últimas quantificações. Além disso, são apresentadas as orientações e as obrigações a serem assumidas pelos governos nacionais como forma de aumentarem seus índices de desenvolvimento em saúde e assim garantirem a segurança da vida em níveis nacional, regional e, especialmente, mundial (OMS, 2006b)

Conforme apontado, na mesma publicação (op. cit.), a saúde se apresenta, cada vez mais, como um aspecto fundamental da segurança humana em um contexto mundial em que as emergências sanitárias se tornam cada vez mais reais e diversas. Como forma de validar estes argumentos são apresentados os números que indicam o aumento de casos de infecções por doenças infectocontagiosas em áreas nas quais a pobreza seria a principal responsável pelos desigualdades que envolvem as sociedades. É possível observar, segundo a própria instituição, que as desigualdades relacionadas à economia e à saúde, em distintas áreas do espaço, têm feito aumentar de forma alarmante a distância entre os ricos e os pobres, entre os homens e as mulheres, e, também, entre os diferentes grupos étnicos. Assim, mais de 100 milhões de pessoas, em especial nas regiões menos favorecidas economicamente, estariam vivendo sem condições básicas de saúde, fato que tem feito com que os números relacionados à expectativa de vida nessas regiões diminuam. Enquanto, em outros países, em decorrência das possibilidades de acesso às necessidades básicas e aos mais novos recursos oportunizados pela ciência e pela tecnologia, as pessoas vivem cada vez mais com melhores índices de qualidade de vida (OMS, 2006b).

Ainda, são apresentados como exemplos os casos de países que integravam a antiga União Soviética, cujas extensões territoriais – limitadas por suas fronteiras políticas – são caracterizadas por retrocessos sanitários relacionados aos cuidados referentes ao saneamento, ocorridos desde o início da década de 1990. As regiões da África e da Ásia são apontadas como áreas onde os problemas relacionados ao surgimento de novas e velhas doenças infectocontagiosas têm criado uma verdadeira situação de alerta, pois os riscos de infecções aumentam, consideravelmente, dentro dessas regiões e podem se espalhar para o resto do mundo (2006b).

Tendo em vista estas colocações, argumento que os números produzidos e divulgados pela Organização Mundial da Saúde passam a caracterizar populações diversas e, conseqüentemente, as áreas nas quais essas populações vivem a partir dos

preceitos da saúde. Os significados que são constituídos por meio dessa prática de quantificação, especialmente, quando tais números são comparados entre si, estabelecem aspectos que podem ser considerados positivos ou negativos, sobretudo, quando comparados aos índices econômicos e seus impactos sobre as condições sanitárias de determinados países. De certa maneira, eu diria que esse números não agem apenas no sentido de indicar as principais dificuldades enfrentadas por países diversos, mais do que isso, eles vem constituindo essas dificuldades com o passar dos anos. Destaco que isso ocorre em função de ser uma lógica baseada em modelos, ou seja, refiro que os problemas em saúde passam a ser reforçados ou constituídos de acordo com os contrastes existentes entre realidades distintas, tendo em vista se alcançar o padrão daquelas que são consideradas melhores.

Portanto, sugiro que esses significados se articulam aos modos de vida, tanto de quem observa de 'fora' quanto de quem vive em tais áreas, de modo a constituir os entendimentos que fazemos acerca das espacialidades vividas por diferentes pessoas – quando associadas à saúde – inclusive, por nós mesmos. Assim, é lícito sugerir que esses números agem no sentido de (re)produzir o espaço, pois dão forma aos modos como entendemos as necessidades ligadas aos padrões de saúde – incluindo comportamentos, as práticas de intervenção corporal e estruturais consideradas mais adequadas – que devem ser alcançados por populações bastante diferentes entre si e, ainda, dão forma às ações e transformação baseadas nestes entendimentos.

Diante disso, penso ser interessante trazer ao texto os argumentos de Peter Redfield (2013, p. 37), que, ao escrever sobre suas experiências como voluntário de uma organização humanitária voltada ao apoio em saúde, menciona a emergência de algo que chama de 'moralidade' ligada à saúde, mais especificamente, aos índices de saúde que representam determinados territórios nacionais. De acordo com o autor, as discussões relacionadas aos contrastes existentes entre os números que são produzidos acerca das condições de saúde, em áreas mais pobres do espaço mundial, trazem à luz certa responsabilização no que se refere ao auxílio humanitário. Isso estaria associado às metas de saúde em nível mundial, que são estabelecidas, muitas vezes, a partir da comparação entre os dados provenientes de países desenvolvidos e de países mais pobres, os quais, envolvem questões mais complexas.

Assim, é importante ressaltar que, ao serem observados, os números produzidos pela agência, no decorrer dos anos, estabelecem modos de entender o espaço, bem como as populações que se distribuem por ele, por meio da regularidade dos fracassos e dos sucessos que se encontram representados nas estatísticas que caracterizam determinadas áreas espaciais. Destaco, ainda, que isso pode dar origem a certo tipo de conformidade acerca da atribuição dos principais problemas relacionados à segurança da vida em determinadas áreas do espaço – especialmente aos territórios latino-americanos, africanos e asiáticos. Essa conformidade, conforme entendo, auxilia no sentido de serem propostas práticas de segurança em nível individual que são justificadas por uma certa ideia de impossibilidade de garantia relacionada à melhoria das condições de saúde em determinadas áreas do espaço, especialmente, aquelas representadas pelos números em discussão. Em diversas publicações da Organização, por exemplo, nos *Guias de Saúde para Viagens Internacionais* (OMS, 2010; 2011; 2012), as áreas mencionadas carecem de maiores cuidados, tanto no que se refere à segurança individual quanto coletiva – em termos de prevenção de doenças, visto que, historicamente, apresentam condições sanitárias precárias, as quais, deram início a crises de grande porte, por exemplo, os casos de SARS no ano de 2003.

Diante de questões como essa, proponho que o Espaço Plano e Fragmentado não abrange apenas os sentimentos ligados ao apoio internacional em prol da vida, por um viés humanitário. Para além disso, sugiro que ao ser estabelecido e divulgado, por meio de contrastes em saúde, o Espaço Plano e Fragmentado é constituído, também, por aquilo que Beck (2010) chama de riscos globais, pois entre as investidas da agência se encontram aquelas que visam, para além de proteger indivíduos, assegurar que doenças diversas não se espalhem por territórios em que não são comuns. Assim, refiro que são originadas, por meio dos números que envolvem o tema, as principais preocupações relacionadas à prevenção e ao controle de doenças infectocontagiosas em escala global. Isso ocorre ainda por meio da associação desses riscos a determinadas regiões que podem vir ser as ‘culpadas’ pelo início de crises.

As comunicações da Organização Mundial da Saúde, nessa direção, têm reiterado, ano após ano, os principais problemas relacionados a certos países e aos riscos globais que podem emergir em função desses territórios nacionais que,

frequentemente, apresentam números mais preocupantes no que se refere às condições de saúde. Partindo disso, acredito que o Espaço Plano e Fragmentado é produzido, culturalmente, por meio da separação entre aqueles territórios que são tomados como precários (BRAUN, 2007) e aqueles que poderíamos chamar de mais 'seguros'. Estabeleço essa relação entre precariedade e segurança em saúde, delimitadas por fronteiras nacionais, pois é sob esta perspectiva que, em um primeiro momento, operam os discursos da Organização Mundial da Saúde. Com o passar do tempo, visto a regularidade com que esses dados são atualizados, os significados relacionados ao espaço – a um espaço que é fragmentado pelas fronteiras nacionais e planejado pelos problemas que existem no interior dessas fronteiras – passaram a ser popularizados. Isso ocorre tanto por meio dos informes midiáticos quanto pelas falas e práticas desempenhadas por profissionais da Saúde e da Educação constituídas, entre outras coisas, pelos argumentos que se encontram nas publicações da agência. Assim, tais situações foram sendo estabelecidas como algo que poderia ser chamado de 'dados de alerta' em escala global.

Portanto, embora eu tenha abordado as questões relacionadas ao apoio humanitário, ressalto que as relações entre os diferentes países ou organizações não governamentais, ligadas ao apoio em saúde, não se sustentam, atualmente, apenas pela valorização da vida do outro. Eu diria que isso tem ocorrido, sobretudo, na direção de se promover a segurança da vida de todas as populações que vivem em um espaço contínuo, mesmo que em territórios diferentes. Ao dizer isso pretendo indicar uma lógica de pensamento que, no decorrer dos anos, tem nos posicionado frente aos riscos, mais diversos, de modo a evitá-los de modo individual (PETERSEN e LUPTON, 2006, PETERSEN, 1997). Assim, é coerente propor que, se por um lado, os riscos são tratados em escala global, por outro, as possibilidades de serem evitados passam a ser relacionadas aos comportamentos e escolhas individuais.

No entanto, antes de aprofundar essa questão, de relativização em relação aos riscos, há outras questões que precisam ser discutidas. Assim apresento três mapas (Figuras 28, 29 e 30), retirados do *Guia de Saúde para Viagens Internacionais* (2012a), que me auxiliam na direção de demonstrar outra maneira pela qual os números produzidos pela Organização Mundial da Saúde se transformam em textos.

Yellow fever, countries or areas at risk, 2008

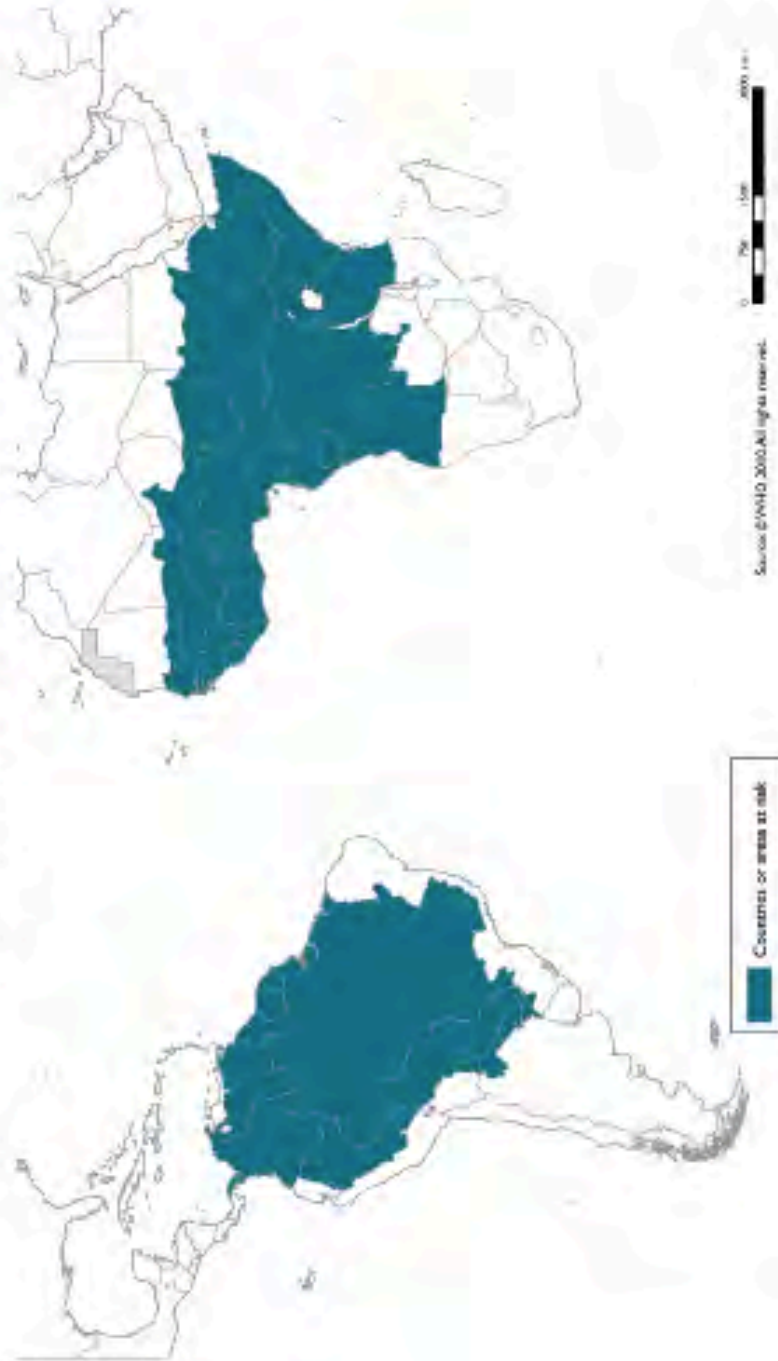


Figura 28 – Mapa da distribuição dos casos de Febre Amarela

Countries or areas reporting wild poliovirus cases as of 1 September 2009

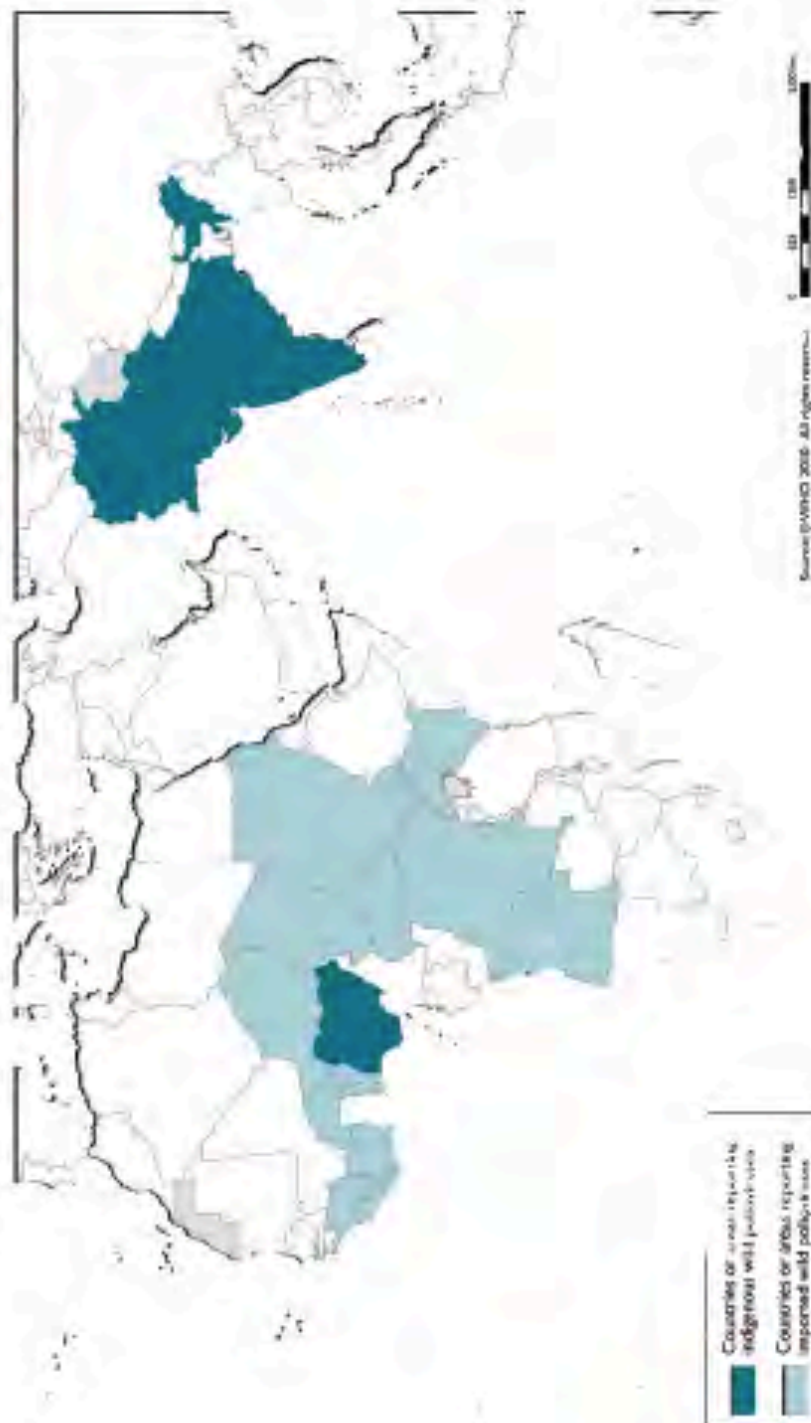


Figura 29 – Mapa da distribuição dos casos de infecção por poliovírus

Malaria, countries or areas at risk of transmission, 2009

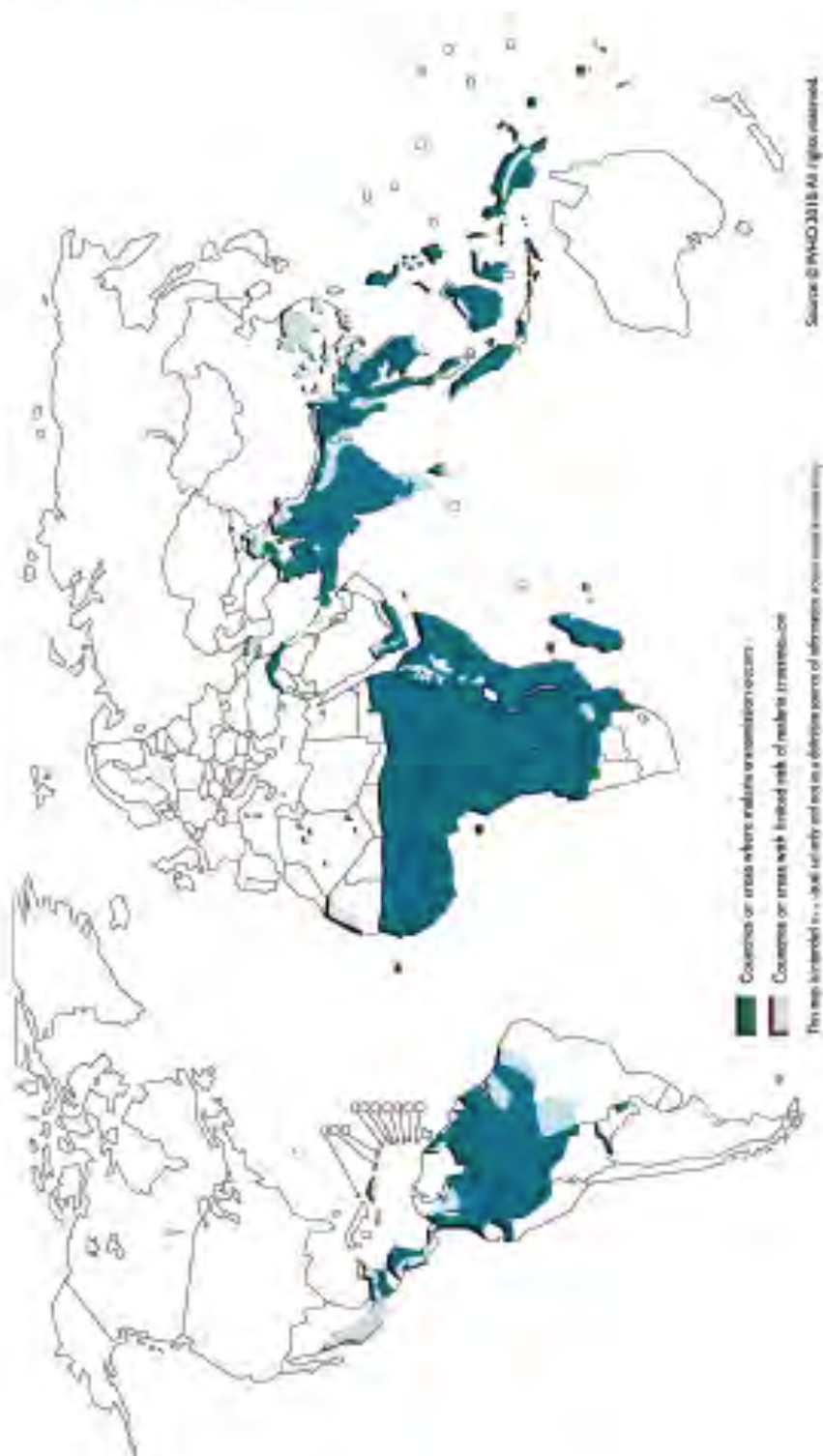


Figura 30 – Mapa da distribuição dos casos de infecção Malária

Destaco que nesses guias são apresentadas as principais preocupações que devem ser levadas em consideração pelas pessoas que pretendem viajar para diversos países, em especial, aqueles considerados mais problemáticos. Em suas páginas são divulgadas orientações acerca dos principais cuidados a serem tomados em relação ao consumo de alimentos, às relações interpessoais, aos vírus e bactérias mais comuns em seus territórios, entre outras. Lembro que essas orientações são justificadas a partir dos números resultantes dos relatórios estatísticos, aos quais me referi até agora.

Assim, acredito que esses mapas, bem como os contidos em outras publicações, podem ser entendidos como recursos didáticos que visam a facilitar o entendimento dos profissionais e demais sujeitos que optam por recorrer às informações produzidas pela agência. Eles apresentam, justamente, aqueles números, por vezes monótonos, que são divulgados pelas tabelas estatísticas, porém, de forma a serem mais acessíveis e – eu diria – mais contrastantes. Dessa maneira, pontuo que os mapas produzidos pela Organização Mundial da Saúde, assim como quaisquer mapas, são textos produzidos por meio de outra linguagem que não aquela definida pelas palavras, organizadas em ordem sequencial, ou ainda, por números que são distribuídos em gráficos e tabelas. Em sua maioria, os mapas são produzidos tendo em vista a divulgação de informações, tanto as mais específicas quanto as mais abrangentes, de modo a serem compreendidos pelo maior número possível de ‘leitores’ (MARTINELLI, 2013).

Os mapas, contudo, não se limitam a apresentar as informações a partir das quais foram produzidos. Assim como os demais textos da Organização Mundial da Saúde, eles produzem informações e significados sobre os lugares que são representados por suas composições. As informações apresentadas por meio de mapas, assim como qualquer outro texto, criam modos de entendimento relacionados a determinados assuntos, porém, tais entendimentos passam a ser constituídos por meio da relação entre os dados apresentados e o espaço. Além disso, os “mapas não se fazem, eles são feitos por alguém”. Portanto, os mapas dão origem a realidades que são construídas a partir de um determinado modo de ver, decorrente dos objetivos daqueles que os elaboram. Assim, significados relativos a determinadas porções espaciais são criadas, tendo em vista os objetivos específicos sob os quais os mapas são

produzidos. Portanto, eles são importantes ferramentas ligadas aos processos de produção e reprodução do espaço a partir de diferentes perspectivas (SEERMANN, 2012, p. 69).

Aproveitando as palavras dos autores que mencionei, destaco uma das questões que considero interessantes, qual seja, de que ao serem observados de forma independente, sem que sejam considerados os outros documentos que são elaborados pela agência; ou ainda, ao serem tomados como informações que bastam, por si só, para identificar os índices de saúde e os riscos em saúde em diversas áreas do espaço, tanto os mapas quanto as tabelas que os originam, produzem significados relacionados ao espaço que estão pautados – digamos – em apenas uma perspectiva. Essa perspectiva é da saúde e se relaciona aos tipos de problemas, específicos, que cada coluna das tabelas ou cada mapa representa. Com isso, pretendo dizer que tais informações representam apenas partes de dinâmicas mais complexas, que envolvem outros diversos fatores sociais. Contudo, embora elas possam apontar na direção de indicar pistas sobre outros elementos, elas são incompletas relativamente a outras informações relevantes que devem ser levadas em conta ao se pensar aspectos ligados à saúde e, considerando o tema deste trabalho, a segurança da vida.

Existem outras dinâmicas e outros elementos relevantes que interferem em seus dados, mas que não são apresentados junto a eles. De certo modo, essas ferramentas ‘planas’ e estáticas buscam representar dinâmicas marcadas por rugosidades e rupturas que se encontram em movimento – especialmente no que se refere ao atravessamento das fronteiras que delimitam as quantificações apresentadas. Entre essas questões eu chamaria a atenção, por exemplo, para os deslocamentos que atualmente ocorrem, realizados por pessoas, animais, produtos, informações, etc. Ainda, destaco outras questões que poderiam ser observadas, entre elas, as religiosas, as econômicas e as sociais, por exemplo, que, em determinados casos, poderiam ser bastante úteis na direção de contemplar, de outras maneiras, os objetivos que guiam os preceitos da saúde.

Assim, me permito apresentar um posicionamento bastante pessoal sobre os mapas que são apresentados. Como quaisquer outros mapas que se destinam a apresentar, sobretudo, dinâmicas sociais, acredito que ao serem finalizados, impressos

e lançados, eles já se mostram ultrapassados, ou seja, apresentam informações específicas relativas a outro momento, a outro contexto. Mesmo acreditando que os mapas são relevantes, aponto que eles cristalizam os momentos em que os dados que os constituem foram produzidos. Assim, ao serem observados de maneira descontextualizada, transformam-se em verdades pautadas em acontecimentos passados e – eu diria – estáticos.

É claro que, em certa medida, tendo em vista alguns dos apontamentos da Organização Mundial da Saúde contidos em publicações como o *Programa Geral de Trabalho* e o *Guia para Comunicação em Casos de Epidemias* (OMS, 2006a; 2008), essas questões são levadas em consideração. No entanto, na maioria dos casos que observei, elas não são analisadas pela agência com o objetivo de serem propostas novas práticas, adaptadas de modo a serem mais adequadas às realidades que envolvem diferentes áreas do espaço – em outras palavras, novos modelos de saúde a serem considerados –, mas na direção de serem pensadas estratégias para se contornar os movimentos de resistência, mesmo aqueles que não são intencionais, em prol daquilo que é chamado de saúde igualitária.

Partindo dessa lógica do Espaço Plano e Fragmentado, é possível identificar certa regularidade em relação aos altos índices associados a doenças distintas em áreas específicas. Conforme pode ser observado, os países que enfrentam dificuldades – os precários – são seguidamente associados aos seus problemas, enquanto que aqueles que são considerados mais seguros, não são destacados³⁰, seja em termos de números ou de cores utilizadas nos mapas. Assim, se fosse possível sobrepor os mapas que apresentam as estatísticas associadas aos riscos de doenças infectocontagiosas, certamente, suas cores ficariam centralizadas e saturadas em determinadas regiões do globo, configuradas pelos territórios considerados precários ou, conforme a Organização Mundial da Saúde, mais pobres.

Um exemplo disso, mais uma vez, pode ser configurado a partir dos números e das imagens relacionadas às doenças que atingem a muitos países latino-americanos,

³⁰ No que se refere aos países considerados mais desenvolvidos, os principais problemas relacionados à saúde seriam aqueles que podem ser associados, na maioria dos casos, aos princípios que envolvem a Promoção da Saúde, pois são ligados a outros problemas que não colocam em risco as outras populações, por exemplo, Diabetes, Hipertensão, questões cardíacas, entre outros.

africanos e asiáticos. Conforme aponta a Organização (OMS, 2006b; 2006c; 2007b; 2007c) essas são as regiões nas quais as principais medidas de prevenção e de controle de doenças, ou seja, de controle de riscos globais, devem ser aplicadas. Assim, esses números passam a direcionar, ainda conforme a agência, investimentos milionários e o estabelecimento de parcerias entre países que visam a tratar o corpo das pessoas que se encontram em situações de vulnerabilidade, de acordo com as áreas que habitam. Diante disso sugiro que, se a princípio, a lógica de atuação da agência se direcionava ao apoio em saúde de modo a melhorar a vida das populações que vivem em áreas precárias, atualmente, essas ações visam, também, a assegurar a vida daqueles que se encontram em áreas seguras.

Partindo disso aponto a emergência de outro 'Espaço', que passou a ser (re)produzido pelos discursos mais atuais da agência, e é sustentado por essa ideia de contrastes que fragmentam o espaço, por meio dos índices associados aos territórios nacionais, porém, sob uma lógica de controle de riscos globais associada, conforme mencionei anteriormente, a práticas de autogestão de riscos em nível individual. O Espaço Plano e Fragmentado, por meio dos contrastes em saúde que são estabelecidos entre Nações, oportuniza a emergência de políticas que podem ser associadas, tanto à necessidade de apoio internacional quanto ao medo relacionado à emergência de crises sanitárias em escala global. Assim, na próxima seção, discorro sobre aquilo que chamo de Espaço da Cooperação e Contrapartida.

6.2 – O ESPAÇO DA COOPERAÇÃO E CONTRAPARTIDA

O Espaço da Cooperação e Contrapartida, conforme proponho, é caracterizado, em primeiro lugar, pela sua relação com o Espaço comentado na seção anterior. Os contrastes emergentes por meio das maneiras como o Espaço Plano e Fragmentado foi sendo produzido e classificado, com o passar dos tempos, deram origem a preocupações relacionadas à segurança da vida em nível internacional. Tais

preocupações envolvem, entre outras coisas, as espacialidades que são vividas em diferentes áreas do planeta, principalmente, quando relacionadas à saúde.

Entretanto, essas preocupações são pautadas em um entendimento de que apesar da fragmentação promovida pelos índices de saúde territoriais, o espaço é algo contínuo, ou seja, é algo interligado pelos constantes movimentos de pessoas, animais e microrganismos. Portanto, os riscos que envolvem a segurança da vida em uma área específica do espaço – relacionados às espacialidades que lhe envolvem – podem ser considerados como possíveis riscos globais. A partir disso, novas investidas têm remodelado estratégias de controle em saúde e dado contorno a novas espacialidades que são envolvidas, entre outras questões, por práticas de controle de riscos em nível individual.

Por ora, me parece contundente dizer que essas preocupações ocorreram, principalmente, em função das dificuldades de superação no que se refere aos números não satisfatórios, que representam as situações sanitárias de diversos países e pela possibilidade de populações que vivem em territórios nacionais onde a emergência de epidemias é menos provável ou mais bem monitorada, serem colocadas em risco. Em outras palavras, digo que aqueles problemas que se encontravam apontados nos mapas referidos na última seção, a partir de cores mais ou menos intensas, utilizadas em determinados países ou regiões, passaram a ser entendidos como riscos que podem atingir a todos os países em curtos períodos de tempo. Assim, aqueles mapas, em alguns momentos, podem ser borrados de modo a expandirem as cores que representam as doenças para outros diversos territórios.

Sobre essa afirmação, retomo que o desenvolvimento de tecnologias ligadas aos transportes e à necessidade de otimização do tempo deram origem a uma compressão no que diz respeito ao espaço quando relacionado ao tempo (HARVEY, 2001). Emerge, portanto, entre outras coisas, uma necessidade de as estratégias ligadas à segurança da vida serem continuamente transformadas, pois, de certo modo, as espacialidades distintas são postas em confronto em diversas situações e passam a ser transformadas por meio de dinâmicas sociais que operam no sentido de aproximar diferentes localidades. De acordo com Bauman (1999, p. 21), a distância deixou de ser pensada como dado físico, material e objetivo. Assim, sugiro que o espaço – sobretudo nos

discursos ligados à segurança da vida pela perspectiva da saúde – deixou – ou precisa deixar – de ser pensado por meio de mapas estáticos, pois são os movimentos, que não podem ser representados por eles, que constituem o espaço, mais fortemente, nos dias de hoje.

Sendo assim, esclareço que a partir do que encontrei nos documentos da Organização Mundial da Saúde, (OMS, 2005; 2006a; 2006b; 2006c; 2007b; 2007c; 2010; 2011a), é possível que eu aponte aquilo que considero ser o estopim para esta virada discursiva referente à saúde e à maneira de se abordar o espaço, tendo em vista as transformações pelas quais o mundo vem passando. Proponho que houve um aumento no que se refere às atenções direcionadas aos problemas que envolvem o risco de emergência de epidemias, basicamente, em função das dinâmicas que envolvem o espaço, após as crises que aproximaram tanto países ricos quanto pobres, mais especificamente, no ano de 2003 e 2004. Isso ocorreu em função de populações consideradas mais seguras, em função de suas melhores condições sanitárias, terem sido atingidas por doenças emergentes em regiões mais precárias.

Como forma de exemplificar o que a Organização Mundial da Saúde fala sobre essa situação, apresento uma linha do tempo – bastante simples – que foi publicada pela agência com o objetivo de esclarecer os principais eventos relacionados à saúde pública que deram origem a novas estratégias de segurança da vida (Figura 31). Essa imagem foi retirada do *Informe Sanitário Internacional*, de 2007. Assim, é importante que eu explique que, junto aos Relatórios Estatísticos, os Informe Sanitários podem ser considerados os documentos mais divulgados, nos últimos anos, pela agência, pois eles visam a direcionar e a, na medida do possível, popularizar as metas anuais ou bianuais definidas nas Assembleias Gerais.

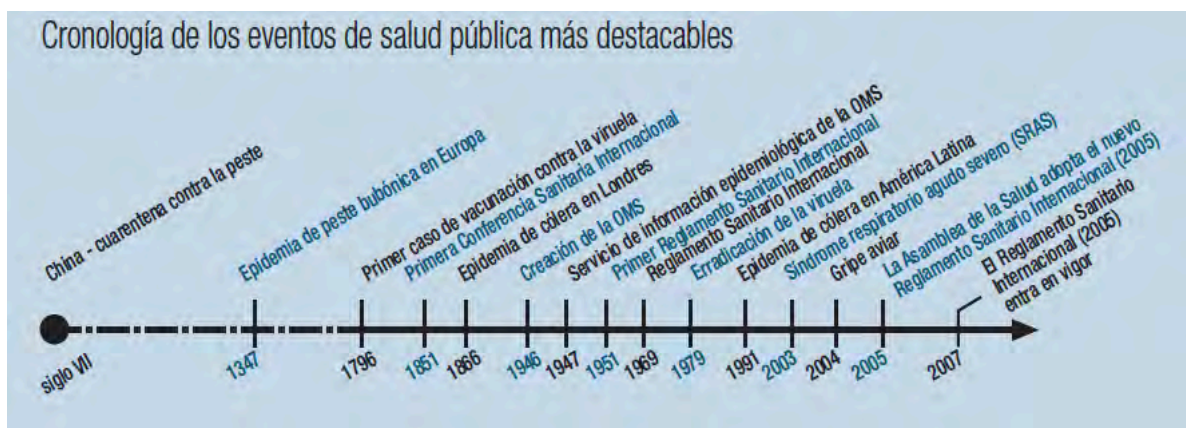


Figura 31 – Principais epidemias ocorridas na história.

Mesmo reconhecendo que essa imagem apresenta apenas algumas informações, esclareço que ela indica pistas relevantes relacionadas ao que considero ser o início de uma nova abordagem relacionada ao espaço que surgiu, principalmente, a partir dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), registrados em 2003 e da reestruturação do Regulamento Sanitário Internacional após esses casos. Essa síndrome atingiu diversos países da Ásia e ainda o Canadá e os Estados Unidos, considerados mais desenvolvidos. De certo modo, ela aproximou as espacialidades vividas em alguns dos países asiáticos, considerados os mais problemáticos – onde surgiram os primeiros casos de infecção –, aos modos de vida das populações consideradas mais seguras.

Portanto, se até então se operava, oficialmente, sob a perspectiva de que os dados referentes às condições de saúde pudessem ser associados, especificamente, às espacialidades existentes no interior das fronteiras nacionais daqueles países que frequentemente são considerados mais precários, o surto de SARS alterou essa dinâmica. Essa crise revelou que os riscos podem se alastrar rapidamente, mesmo em áreas mais desenvolvidas (ALI e KEIL, 2009). Destaco ainda que, apenas um ano após terem sido vivenciados os prejuízos e as preocupações ocasionados por essa doença, emergiu a chamada Gripe Aviária, novamente em países asiáticos. Mais uma vez, este fato potencializou as preocupações que envolviam um espaço que não pode ser negligenciado e ainda que não pode mais ser pensado de maneira fragmentada, ao menos no que se refere ao controle e à prevenção de doenças infectocontagiosas.

Diante disso, as geo(bio)políticas passaram a ser direcionadas a dar conta de se adaptarem às novas dinâmicas que envolvem uma escala espacial global que é contínua e comprimida. Nessa direção, as investidas da Organização Mundial da Saúde foram significativamente alteradas. De acordo com a própria agência (2007c), a “sequência de eventos que envolveram a SARS e a Gripe Aviária fizeram emergir novas preocupações ligadas ao controle de doenças em um mundo em transformação ocasionada pelos constantes deslocamentos de pessoas e doenças” (p. 08). Acredito que é interessante destacar que o argumento que acabei de apresentar foi retirado do *Informe Sanitário Internacional* de 2007, ou seja, o primeiro a ser lançado após a revisão e lançamento do novo *Regulamento Sanitário Internacional* (2005). Isso foi motivado pelos problemas que envolveram as epidemias comentadas. O Regulamento, conforme mencionei em outro momento, foi atualizado para serem colocadas em funcionamento novas normas que se dirigem ao controle de doenças em um contexto espaço-temporal no qual a possibilidade de se evitar o alastramento de epidemias é cada vez mais difícil. Assim, associado ao Relatório Sanitário de 2007, passou a redimensionar as geo(bio)políticas da Organização Mundial da Saúde, bem como determinados argumentos contidos nos textos que formam os documentos que foram elaborados e lançados posteriormente.

Partindo do Regulamento Sanitário Internacional (OMS, 2005) foram lançadas orientações e programas destinados a dar conta desse novo entendimento acerca do espaço, quais sejam: O *Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho*, em 2006, o *Relatório do Escritório de Lyon para a Prevenção e Respostas a Epidemias e Pandemias*, em 2007; o *Guia para Comunicação em Casos de Epidemias*, em 2008; o *Caderno sobre as Cidades e as Crises de Saúde Pública*, em 2009 – os quais já venho apresentando – entre outros que abordarei na próxima seção. Em conjunto, esses documentos representam as principais investidas da agência e, conseqüentemente, das ações sanitárias internacionais, no que se refere ao controle de doenças infectocontagiosas em escala global e, conforme tenho argumentado, destacam as relações existentes entre o corpo humano e o espaço.

Estair Van Wagner (2009) nos convida pensar que essas transformações são fruto de uma dinâmica que existe há muito tempo, a qual, em certa medida, seja por falta de condições adequadas ou por falta de necessidade momentânea, foi

negligenciada. Para ela, os riscos que hoje são considerados globais, relacionados à disseminação de doenças, sempre foram ocasionados pela inevitável relação existente entre os ambientes onde as pessoas vivem e os seus corpos. Contudo, tais elementos, tradicionalmente, eram controlados por meio de normas que abrangiam escalas nacionais e hoje são entendidos, pela Organização Mundial da Saúde, como questões relativas ao espaço global articuladas aos níveis nacional e individual, mas que não se limita à existência de barreiras políticas e cada vez mais é pensado e operacionalizado em termos de superação de limites físicos.

Assim, a Organização Mundial da Saúde passou a levar em consideração um entendimento mais amplo acerca do espaço como forma de garantir aquilo que chamo de segurança da vida que, conforme acredito, redireciona práticas e entendimentos acerca do espaço. Para tanto, a Organização investe, fortemente, na ideia de cooperação internacional. Essa cooperação é estabelecida por meio do cumprimento das medidas de segurança lançadas no Regulamento Sanitário, bem como por auxílio financeiro e logístico entre países. Sobre isso, destaco que aquelas práticas e argumentos que dão forma ao que chamei de Espaço Plano e Fragmentado não foram desprezados em suas publicações, pois continuam servindo como embasamento para as suas investidas. Contudo, eles se encontram articulados às orientações pautadas em um outro aspecto, qual seja, o da cooperação.

Como maneira de exemplificar as principais geo(bio)políticas que dão origem ao que chamo de Espaço da Cooperação e Contrapartida trago, a seguir, uma imagem na qual é apresentado o resumo das orientações da Organização Mundial da Saúde a respeito da necessidade de cooperação internacional no que se refere ao controle de doenças, atualmente. O texto se encontra em espanhol, contudo, irei explicar e discutir os itens apresentados (Figura 32).

Conclusiones y recomendaciones

El informe concluye con recomendaciones cuya finalidad es proporcionar orientaciones y estímulo para la cooperación y la transparencia, en un esfuerzo por lograr el máximo nivel de seguridad sanitaria mundial.

- Plena aplicación del RSI (2005) por parte de todos los países. La protección de la salud pública nacional y mundial debe ser transparente en los asuntos públicos y ser considerada como una cuestión transversal y un elemento crucial integrado en las políticas y los sistemas económicos y sociales.
- Cooperación mundial en materia de vigilancia y de alerta y respuesta ante brotes epidémicos entre gobiernos, organismos de las Naciones Unidas, industrias y empresas del sector privado, asociaciones profesionales, instituciones universitarias, centrales de medios y la sociedad civil, basándose fundamentalmente en la erradicación de la poliomielitis para crear una infraestructura eficaz e integrada de vigilancia y respuesta.
- Libre intercambio de conocimientos, tecnologías y material, incluidos virus y otras muestras de laboratorio, necesarios para optimizar la seguridad de la salud pública mundial. La batalla por proteger ésta se perderá si sólo los ricos tienen acceso a las vacunas, los regímenes terapéuticos, las instalaciones y los medios de diagnóstico.
- Responsabilidad mundial para el desarrollo de la capacidad dentro de la infraestructura de salud pública de todos los países. Es preciso fortalecer los sistemas nacionales de modo que sean capaces de predecir los peligros y anticiparse a ellos a nivel tanto internacional como nacional, así como de trazar estrategias de preparación eficaces.
- Colaboración intersectorial en la administración pública. La protección de la seguridad sanitaria mundial se funda en la confianza y la colaboración entre sectores como la sanidad, la agricultura, el comercio y el turismo. Por consiguiente, debe fomentarse la capacidad de comprender las complejas relaciones entre la seguridad sanitaria y dichos sectores y de actuar en su beneficio.
- Aumento de los recursos mundiales y nacionales destinados a la formación de personal de salud pública, la mejora de la vigilancia, el desarrollo y fortalecimiento de los medios de laboratorio, el apoyo a las redes de respuesta, y la continuidad y la progresión de las campañas de prevención.

Aunque el tema de este informe, la seguridad sanitaria, se ha enfocado con una perspectiva mundial, la OMS no olvida que todos los individuos – hombres, mujeres y niños – se ven afectados por las amenazas comunes para la salud. Es fundamental no perder de vista las consecuencias personales de los problemas sanitarios mundiales, que inspiraron el compromiso de 1978 en pro de la atención primaria, basado en la «salud para todos». Dicho compromiso y los principios en los que se sustenta se mantienen incólumes y siguen siendo fundamentales. Basándose en ello, el *Informe sobre la salud en el mundo 2008* profundizará en la atención primaria y la acción humanitaria en tiempos de crisis, dos armas para garantizar la seguridad sanitaria a nivel individual y colectivo.



Figura 32 – Orientações para cooperação internacional.

Partindo do texto apresentado, podemos ter uma noção acerca dos princípios que orientam as demais publicações mencionadas. Assim, ressalto que todas elas se encontram sustentadas, especialmente, pela orientação lançada no primeiro item, qual seja, aquele que responsabiliza a todos os países e governos pelo cumprimento das normas contidas no Regulamento Sanitário Internacional de 2005. Devo lembrar que todas essas orientações, se encontram amparadas pelos princípios da Constituição da Organização Mundial da Saúde, apresentada anteriormente. Conforme apontei logo no início do trabalho, os argumentos promovidos pela Organização são coerentes, mesmo que estejam sendo transformados, visto que todos os seus textos se encontram associados uns aos outros de modo a dar forma ao que chamei de ‘texto de mil capas’.

Portanto, é importante que dizer que houve um deslocamento no que se refere aos objetivos do Regulamento – embora isso não signifique que ele tenha escapado da linha argumentativa seguida pela agência. Antes de sua reedição, o documento apontava na direção de estabelecer, primordialmente, controles fronteiriços de modo a se garantir que o cólera, a peste e a febre amarela não se espalhassem por países onde haviam sido solucionados os casos de contaminação e infecção por essas doenças ou, ainda, em que elas não houvessem chegado (OMS, 2005). Assim, eram apontadas práticas de contenção de pessoas e de produtos, especialmente, oriundos de países mais problemáticos no que se refere a essas questões mais específicas.

Em sua nova versão, as regulações estão pautadas no que se refere, mais detidamente, à comunicação de crises e demais problemas emergentes em diferentes territórios. As fronteiras continuam sendo mencionadas, mas a ideia de controle não está mais associada, especificamente, aos bloqueios ou aos períodos de quarentena – que estavam, até pouco tempo atrás, presentes nestes documentos. Agora elas estão associadas principalmente à apresentação de cartelas de vacinação, selos de inspeção que são exigidos de acordo com normas nacionais que passaram a ser enquadradas em padrões internacionais, entre outras certificações. Nessa direção, o espaço passou a ser (re)produzido por meio de regulações que são inseridas no conjunto de políticas públicas nacionais, pautadas pelos números produzidos pela agência, de modo a fazer com que essas se tornem equivalentes.

Assim, no Espaço da Cooperação e Contrapartida, as políticas voltadas à segurança da vida são disparadas em diferentes territórios e, portanto, as regulações devem ser atentadas tanto pelos países que estão sendo deixados quanto por aqueles nos quais as pessoas e/ou os produtos estão pretendendo ingressar. Os controles passam a ser múltiplos – e firmados por ‘parcerias’ – na direção de se aparar arestas que possam acontecer em algum dos lugares envolvidos pelas dinâmicas de ‘entradas e saídas’ internacionais. Esse é um dos efeitos de cooperação promovidos pela Organização Mundial da Saúde que tem dado forma ao espaço, tendo em vista aquilo que Mathew Gandi (2009), considera ser a maior transformação, em termos dos modos como a saúde pública passou a reorientar dinâmicas espaciais, nos últimos 40 anos.

Esse seria um dos principais indícios relacionados às diferenças entre aquilo que chamei de Espaço Plano e Fragmentado para o que aponto como Espaço de Cooperação e Contrapartida. Contudo, existem outros aspectos relevantes, por exemplo, aqueles ligados à circulação de informações e conhecimentos. No que diz respeito à saúde, conforme pode ser visto no segundo e no terceiro item apresentados na imagem, há um conjunto de elementos articulados ao espaço e às espacialidades – governos, instituições sanitárias, Universidades, entre outros – que têm trabalhado em cooperação de modo a constituir novos entendimentos e monitoramentos sobre espaço visando à segurança da vida. Dessa maneira, o espaço passa a ser tratado e reproduzido por meio de geo(bio)políticas que estabelecem os controles mais diversos.

O espaço, no que se refere a saúde, passou a ser entendido como uma dimensão dinâmica, ou seja, aberta, contínua e interligada. Desse modo, os preceitos da saúde passam a reforçar a noção de que é necessário que maiores atenções sejam direcionadas a complexidade de relações que envolvem os deslocamentos mais diversos pelo espaço. Os controles, no entanto, passam a ser reconfigurados na direção de dar conta de regular outras práticas que vão além do atravessamento das fronteiras. Diante disso, sugiro que a própria lógica de riscos epidemiológicos, comentada anteriormente, necessita ser redimensionada de maneira a contemplar as dinâmicas espaciais mais atuais. Esse redimensionamento diz respeito à necessidade de se colocar em circulação, também, informações diversas que sejam capazes de serem

usadas como apoio no que se refere aos planejamentos e ações voltadas ao controle e prevenção de doenças.

Conforme referem Steve Hinchliffe e Nick Bingham (2009), a partir dos eventos ocorridos em 2003, relacionados ao surto de SARS e da reformulação de orientações ligadas às normas em saúde – entre elas aquelas lançadas pela Organização Mundial da Saúde –, passou-se a investir muito mais em pesquisas e ações, direcionadas ao entendimento e à produção de conhecimentos e controles ligados às questões biológicas que envolvem os animais, as pessoas e o espaço. De acordo com os autores, isso só se tornou possível tendo em vista a possibilidade de serem firmados acordos que ‘aproximam’ áreas do espaço por meio das políticas de segurança da vida. Até então, o espaço era avaliado e monitorado por meio de porções específicas e isso dificultava o estabelecimento de padrões mais complexos acerca do surgimento de novas e velhas epidemias.

Ainda, é importante dizer que o Espaço da Cooperação não se resume aos acordos internacionais, mas também à aproximação das preocupações ligadas ao campo da saúde no que se refere a setores envolvidos com a agropecuária, indústria, entre outros. Nessa direção, sugiro que os discursos da saúde passaram a atravessar as espacialidades existentes em diversas áreas no sentido de regular o maior número possível de questões que envolvem o espaço. Assim, novos conhecimentos têm feito emergir regulações internacionais que se inserem nos territórios nacionais e passam a propor alterações relativas aos modos de plantar, de criar animais e ainda aqueles relacionados aos serviços de saúde pública. Essas regulações passam a condicionar a possibilidade de países diversos ou produtores distintos se inserirem em mercados internacionais, pois aqueles que não as seguem não se tornam aptos a vender produtos para outros países (PACK, 2011). Dessa forma, a cooperação passa ser entendida como algo que (re)produz o espaço em diferentes escalas como uma das formas eficientes de se garantir a segurança da vida em escala global.

Contudo, quando tais discussões são aproximadas aos índices de saúde discutidos anteriormente, é possível se imaginar que o processo não tem sido regular, ou seja, existem ‘falhas’, diretamente ligadas aos modos de vida de diferentes populações. Essas falhas podem ser representadas pelos próprios índices em saúde,

produzidos pela Organização Mundial da Saúde e apresentados anteriormente, que no decorrer dos anos continuam assinalando alguns fracassos relacionados à saúde em determinadas áreas do espaço. Ainda, refiro que estas situações se encontram articuladas às questões econômicas, sociais e culturais – problemas ligados a alimentação, a conflitos, a falta de saneamento, entre outros – que envolvem diversos países, as quais, colaboram com a permanência de baixos índices em saúde.

Nessa direção, no Espaço da Cooperação e Contrapartida conta-se também com ações educativas – por meio de informes midiáticos, ações de conscientização e campanhas de saúde – que convidam as populações a cooperarem com a segurança em nível mundial, por meio de práticas individuais. Acredito que isso ocorra por meio de práticas educativas que podem ser promovidas tanto fora quanto dentro de escolas e Universidades, por exemplo. Essa é uma das importantes e recorrentes orientações lançadas pela Organização Mundial da Saúde, pois, de acordo com o que é explicitado em seus documentos, por exemplo, no *Relatório do Escritório de Lyon para Prevenção e Respostas a Epidemias e Pandemias* (OMS, 2007b) os sujeitos que formam as populações devem ser educados de acordo com os princípios da saúde para que possam auxiliar, por meio do consumo consciente, da adoção de medidas comportamentais preventivas e de intervenções corporais de imunização, com a segurança em saúde em escala global.

Portanto, relembro que o aumento do fluxo de informações acerca dos cuidados e alertas que envolvem as doenças infectocontagiosas, por exemplo, passou a ser considerado, conforme refere Hooker (2009), uma ferramenta importante, pois as informações podem se espalhar mundialmente, mais rápido que as epidemias propriamente ditas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007d; 2008) o fluxo de informações, a respeito dos perigos aos quais as populações mundiais estão vulneráveis, tem sido articulado às estratégias de segurança em saúde. A agência aponta essas questões como possibilidades relacionadas ao suprimento de outras falhas que podem estar relacionadas, por exemplo, à falta de recursos ou condições econômicas e culturais que auxiliem na promoção das melhorias sanitárias.

Ainda, aponto que no Espaço da Cooperação surgiu aquilo que associo à ideia de Contrapartida. Conforme apontado por Jackson (2007), associados às preocupações

relacionadas à segurança, que tomaram força em função dos atentados de 11 de setembro de 2001, em Nova Iorque, os surtos epidêmicos de 2003 e 2004, que atingiram países como o Canadá e os Estados Unidos, fizeram emergir demandas oriundas dos Estados Membros, considerados mais desenvolvidos, em relação à Organização Mundial da Saúde. O autor destaca que apoiados por suas agências de saúde nacionais ou regionais e pelos conhecimentos que têm sido desenvolvidos em Universidades e agências relacionadas a outros setores, os governos nacionais passaram a solicitar mudanças em relação às atividades direcionadas à segurança em saúde.

É possível dizer que a ideia de cooperação e do entendimento acerca de um espaço contínuo tomou forma a partir de solicitações de países influentes no cenário das relações internacionais. Dessa maneira, as geo(bio)políticas passam a (re)produzir o espaço por meio de demandas governamentais que visam a inserir, nos territórios mais problemáticos equipes de monitoramento e de intervenção relacionadas ao controle de microrganismos e de disseminação de epidemias. Em certa medida, conforme aponta Braun (2009), em um espaço cada vez mais aberto e contínuo, as preocupações que chamo de geo(bio)políticas se empenham em controlar os focos de possíveis epidemias – em países onde elas são comuns – para que as doenças não atinjam aqueles países que podem ser considerados mais seguros.

Diante disso, emerge, por meio das práticas e orientações divulgadas pela Organização Mundial da Saúde, uma possível solução para tais questões: a cooperação internacional. Além disso, diante da impossibilidade de resolução de outros problemas que influenciam as estatísticas relacionadas a saúde, associada às práticas educativas mencionadas, a intervenção corporal, por meio de programas de imunização, emerge como possibilidade de se assegurar a vida em meio a dinâmicas espaciais marcadas por deslocamentos. Isso ocorre, especialmente, naqueles países ou regiões onde as espacialidades vividas representam riscos a outros territórios, dando origem ao próximo Espaço que apresento, ou seja, aquele que chamo de Espaço da Dispersão e do Corpo Blindado.

6.3 – O ESPAÇO DA DISPERSÃO E DO CORPO BLINDADO

Partindo das questões que abordei até este momento, me encaminho para os últimos apontamentos que constituem esta tese, quais sejam aqueles referentes ao que chamo de Espaço da Dispersão e do Corpo Blindado. Antes de prosseguir, destaco que esse Espaço pode ser considerado um efeito proveniente daquilo que discuti sob o título de Espaço da Cooperação e Contrapartida. Foi por meio das geo(bio)políticas de cooperação internacional, motivadas pelas solicitações feitas por representantes de países influentes, que passou a tomar forma o que considero ser a ‘maior’ investida da Organização Mundial da Saúde, nos últimos tempos, referente ao controle e à prevenção de doenças infectocontagiosas: a imunização das populações.

Ao menos, é isso que seus documentos mostram, tendo em vista, as metas estabelecidas desde o ano de 2006, que devem ser cumpridas até 2015. Assim, o Espaço da Dispersão e do Corpo Blindado, é configurado pelos constantes apontamentos referidos pela Organização Mundial da Saúde acerca da movimentação de pessoas entre fronteiras nacionais, pelas suas investidas que visam a diminuir os problemas associados a cidades por onde essas pessoas circulam e ainda à aplicação de vacinas e distribuição de medicamentos como modo de controlar doenças. Assim, antes de falar sobre suas investidas ligadas ao corpo – enquanto fragmento do espaço –, discorrerei sobre o entendimento espacial que as sustentam e que tem (re)produzido o espaço.

De acordo com os documentos intitulados *Nossas Cidades, Nossa Saúde, Nosso Futuro* (OMS, 2011b) e *As Cidades e as Crises de Saúde Pública* (OMS, 2009), atualmente, as cidades, sobretudo, aquelas que se inserem no circuito econômico internacional e que podem ser consideradas mais importantes³¹, passaram a representar áreas de extrema relevância no que tange aos controles ligados à prevenção de doenças infectocontagiosas. Nessas publicações, são direcionadas atenções às dinâmicas que

³¹ Nova Iorque, Londres, Tóquio, Xangai, Singapura, Hong Kong e Sidney são exemplos dessas cidades.

podem ser estabelecidas entre as cidades consideradas maiores e mais importantes no contexto mundial e aquelas que as circundam ou, ainda, entre as conexões que podem ser observadas entre as cidades mais distantes, localizadas em países ou continentes distintos.

Diante disso, esses documentos, assim como outros, destacam que têm emergido inúmeras preocupações e especulações relacionadas ao surgimento de uma ou mais pandemias que sejam capazes de causar estragos, significativos, em escala global em função das dinâmicas que se desdobram nos ambientes urbanos (OMS, 2007; 2008a; 2008b). Alguns autores, como Barry Kellmann (2010), indicam que isso pode ocorrer por meio de atentados terroristas enquanto outros, por exemplo, Ujvari (2010) argumentam no sentido de propor que as futuras epidemias e pandemias surgirão em função das dinâmicas que envolvem os microrganismos que se encontram no espaço, os quais podem sofrer mutações o ponto de se inserirem no corpo humano e, assim, serem transportados pelo mundo.

Ujvari (op. cit.), escreveu longas reflexões sobre os riscos aos quais a humanidade se encontra vulnerável. Ele refere, principalmente, que as condições sanitárias de países asiáticos e africanos – o que não é uma surpresa diante do que já comentei anteriormente – seriam as principais suspeitas por dar início àquilo que pode vir a ser a maior pandemia de todos os tempos. Para tanto, ele discorre sobre as formas como as populações dessas áreas têm, tradicionalmente, praticado atividades agropecuárias e desenvolvido modos de vida que marcam as espacialidades precárias nessas regiões. Essas questões estariam ligadas às atividades de produção e de consumo não regulamentadas, em muitos casos, bem como às dificuldades associadas a falta de estruturas sanitárias adequadas em determinadas regiões, especialmente, em função de problemas econômicos que envolvem as regiões mencionadas. Ele chama a atenção ainda para a aproximação dessas questões à emergência de novos polos econômicos, sobretudo, aqueles representados por cidades e regiões metropolitanas asiáticas e africanas que passaram a oportunizar movimentos e aglomerações populacionais, que envolvem estrangeiros, nesses continentes.

Diante disso, ressalto que as mesmas preocupações passaram a constituir os documentos da Organização Mundial da Saúde, pois frequentemente, em publicações

mais atuais, são apontados os problemas econômicos e de estrutura sanitária básica, dessas regiões, como os principais desafios a serem vencidos em relação ao controle e à prevenção de doenças infectocontagiosas. Assim, a Organização Mundial da Saúde também refere que tais questões passaram a direcionar olhares àquelas regiões mais problemáticas visando a promover estratégias de controle diferenciadas, visto a inserção de cidades localizadas nesses continentes, nas dinâmicas internacionais mais relevantes.

Contudo, retomo algo que argumentei no início do trabalho, qual seja, que as principais preocupações que envolvem os apontamentos da Organização Mundial da Saúde, apesar de fazerem referencia ao espaço, direcionam-se ao corpo. Assim, é possível dizer que as investidas da agência, nesta direção, visam a contemplar, especialmente, intervenções corporais direcionadas a solucionar ou amenizar os problemas de saúde que podem ser causados por questões sanitárias estruturais. Certamente, nas publicações mencionadas, são mencionadas as melhorias que precisam ser feitas em níveis de estruturas urbanas, todavia, elas são utilizadas como justificativas para que comportamentos sejam modificados com o intuito de se evitar riscos individualmente, aos moldes daquilo que é proposto por Petersen (1997).

Assim, um tópico que tem configurado as preocupações contidas nos documentos da Organização (OMS, 2007c; 2009; 2010; 2011a; 2012), efetivamente, é o número de deslocamentos que se estabeleceram nos últimos 20 anos. Conforme mencionei em outro momento, apoiada pelos índices produzidos pela Organização Mundial do Turismo, a Organização Mundial da Saúde projeta que em 2020, aproximadamente, 1 bilhão e meio de pessoas irão se deslocar entre países, passando por essas cidades, seja a turismo, trabalho ou no que diz respeito aos movimentos migratórios. Esses deslocamentos representam a dispersão de pessoas e de riscos ligados aos microrganismos que podem ser carregados por elas pelo espaço, sobretudo, por meio da passagem ou estada nas cidades globais.

As cidades globais foram chamadas dessa maneira, pela primeira vez, por Saskia Sassen, em 1991. De acordo com a autora, essas cidades se caracterizam pela dispersão de atividades econômicas e sociais em níveis metropolitanos, nacionais, regionais e globais. Essas atividades centralizam eventos nas áreas ocupadas por elas e

fazem emergir a necessidade de controles mais complexos, especialmente, aqueles direcionados ao fluxo de pessoas, pois elas representam porções espaciais onde a quantidade de sujeitos que lhes visitam têm aumentado significativamente nos últimos anos (SASSEM, 1998). As cidades globais, portanto, têm interligado diferentes lugares do mundo a partir de pontos que são constituídos, sobretudo, pelos aeroportos que oportunizam entradas e saídas de milhares de passageiros, por dia, nessas áreas. Conforme apontado nos documentos mais atuais da Organização, essa é uma das principais preocupações relacionadas ao controle de epidemias.

Diante disso, refiro que as cidades globais passaram a ser consideradas e constituídas como lugares que se encontram diretamente ligados à propagação de doenças em escala global. De certo modo, pela perspectiva apresentada pela Organização Mundial da Saúde, as cidades globais passaram a ser considerada, potencialmente, tão perigosas quanto aquelas áreas que são consideradas as mais problemáticas por falta de recursos diversos.

A imagem que apresento no que se segue (Figura 33) foi retirada do site³² da *'Rede de Pesquisa e Controle das Cidades Globais'*, responsável pelos principais estudos sobre o assunto. Partindo dela é possível imaginarmos a dinâmica de dispersão de pessoas e produtos, bem como de vírus e de bactérias nos dias de hoje. Assim, é possível pensarmos sobre os potenciais danos que novas ou velhas doenças infectocontagiosas são capazes de causar até que sejam produzidos e distribuídos os medicamentos e vacinas necessários para conter surtos epidêmicos.

³² Disponível em <http://www.lboro.ac.uk/gawc/>. Acesso realizado em 20 de dezembro de 2013.

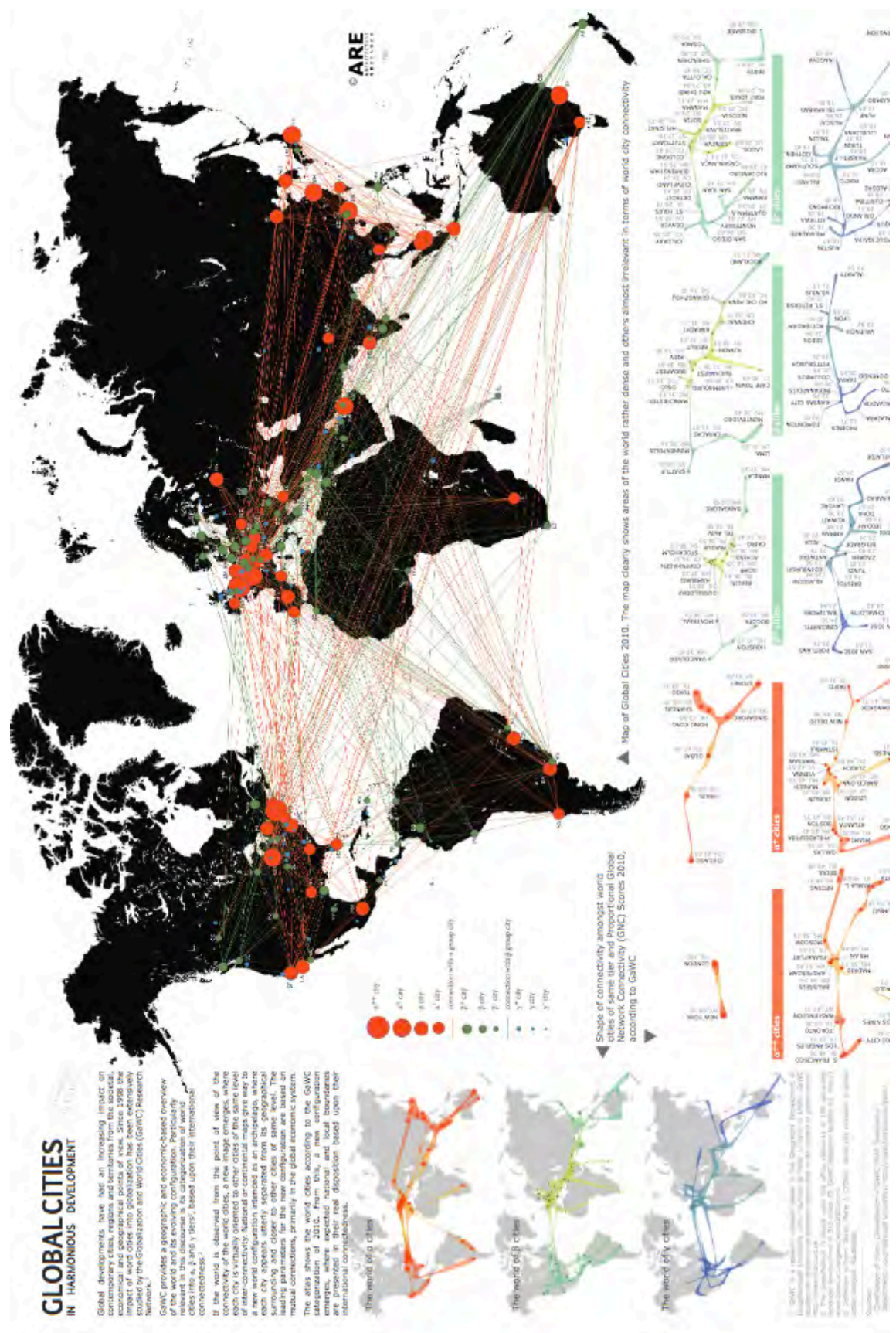


Figura 33 – Cidades Gobais

Nessa direção, é preciso lembrar que, em tempos passados, os modelos de propagação de doenças configuravam, em períodos mais longos, algo que pode ser comparado a manchas que iam aumentando, gradativamente, em determinadas regiões, de forma linear ou contínua, conforme apresentado nos mapas retirados do *Guia de Saúde para Viagens Internacionais* (OMS, 2012). Todavia, atualmente, esses modelos também podem ser pensados por meio de diversos pontos, espalhados por todos os continentes, que são capazes de multiplicar, quase que simultaneamente, os números de infecções causadas por novas ou velhas doenças. É em função disso que muitos autores têm apontado que o espaço, no que se refere aos surtos epidêmicos, deve ser visto a partir de novas escalas: a urbana articulada à global (ALI e KEIL, 2009; BRAUN, 2009; SARASIN, 2009, JACKSON, 2009).

Assim, as preocupações que antes eram lançadas, especificamente, aos países considerados precários, têm sido ampliadas para o interior daquelas cidades que podem ser consideradas mais desenvolvidas. Nessa direção, o Espaço da Dispersão é marcado pela circulação de pessoas – obviamente –, mas, especialmente, pela dispersão dos riscos associados aos microrganismos que podem ser transportados por elas tendo em vista uma noção de conectividade e continuidade espacial. Conforme venho apontando, as origens dos riscos, geralmente, são associadas aos fragmentos territoriais mais pobres, contudo, após serem inseridas na dinâmica de circulação das cidades globais, tais doenças podem se espalhar pelas diversas áreas urbanas, nas quais ocorrem as principais relações internacionais. Assim, é interessante destacar que, de acordo com Peggy Teo, Brenda Yeoh e Shir Nee Ong (2009), tradicionalmente as ações de segurança da vida são direcionadas aos países considerados mais perigosos, contudo, atualmente, é necessário se atentar ao fato de que todas as cidades inseridas na lógica econômica globalizada representam pontos de tensão quando associadas à prevenção e ao controle de doenças.

Diante dessa realidade, as geo(bio)políticas mais atuais têm se encaminhado para aquilo que chamo de blindagem do corpo como forma de assegurar a segurança da vida em escala global. Essa ideia de blindagem está diretamente relacionada ao que Rose (2013) chama de biopolíticas do século XXI, pois direcionam ao interior do corpo

humano intervenções capazes de bloquear diversas ameaças. Essa questão pode ser encontrada na publicação intitulada *Visão e Estratégia de Imunização Global* (OMS, 2006b). A partir desse programa, a Organização Mundial da Saúde tem mobilizado os governos nacionais no que se refere à proteção das pessoas contra as mais diversas doenças, expandindo, com isso, o alcance da imunização para todas as populações.

O programa tem como foco sustentar os atuais níveis de cobertura de vacinas, bem como estender as políticas de imunização aos sujeitos que, outrora, não eram contemplados por elas por questões relacionadas à faixa etária ou mesmo pelo acesso a elas. Assim, a partir de novos investimentos em tecnologias biológicas e moleculares, a Organização Mundial da Saúde entende que se faz necessário expandir essas possibilidades aos mais diferentes níveis de atendimento, pois dessa maneira, estarão sendo criadas condições para se operar com a saúde a partir de novas técnicas potencialmente mais eficazes tendo em vista as dinâmicas espaciais contemporâneas.

As orientações que envolvem esse documento referem que as políticas de imunização devem ser operadas com firmeza no contexto dos sistemas de saúde nacionais e destacam o fato de que a imunização pode beneficiar o desenvolvimento do setor da saúde bem como revolucionar e, até mesmo, dar conta de substituir as investidas em controles de fronteiras – que podem ser acionadas em casos extremos. A estratégia também leva em consideração o fato de que a imunização do maior número possível de pessoas colabora com a preparação mundial no que se refere ao controle de epidemias. A realização dessa estratégia de imunização é, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006b), gerenciada a partir de vigilância reforçada, monitoramento e avaliação, práticas educativas, bem como pela obtenção e aplicação de dados que colaborem com a gestão do programa.

Os argumentos que envolvem o tema propõem que a imunização seja uma das intervenções em saúde que apresentam os melhores resultados de todos os tempos, pois essa prática erradicou a varíola, baixou a incidência global da poliomielite e alcançou uma redução drástica de doenças, de incapacidades e de mortes por difteria, tétano, coqueluche e sarampo (OMS, 2006b). Para a Organização Mundial da Saúde (op. cit.), as práticas de imunização apresentam um futuro promissor, pois estaríamos entrando em uma nova era na qual se espera que o número de vacinas disponíveis bem

como a variedade delas seja, no mínimo, dobrado. Assim, os serviços de imunização estão sendo cada vez mais usados para dar conta de diversas intervenções, tornando-se um forte pilar dos sistemas de saúde. Portanto, é entendido que a imunização ajudará a melhorar a saúde materna e o combate às doenças, incluindo, nos próximos anos, a malária e o HIV/Aids.

Associado a isso, o *Departamento de Alerta e Resposta a Epidemias e Pandemias* tem gerenciado as medidas de controle de epidemias e pandemias, em especial, aqueles controles ligados ao desenvolvimento de alternativas que possam agir em nível molecular. É por meio deste departamento que os controles mais tradicionais, ligados ao bloqueio de mercadorias e de pessoas passaram a ser substituídos pela apresentação de comprovantes de blindagem corporal – vacinas – e cumprimento de normas sanitárias para a produção e cultivo de produtos diversos. No entanto, apesar do trabalho feito pela Organização Mundial da Saúde estar relacionado às políticas de fronteira, são as práticas ligadas aos laboratórios em que são desenvolvidas as vacinas e os seus medicamentos que associam as preocupações relacionadas ao espaço à imunização dos corpos.

Tendo como base o *Regulamento Sanitário Internacional* (OMS, 2005), o Departamento tem como principais funções fornecer estratégias para uma resposta global a qualquer evento de saúde pública cuja preocupação se desenvolva em nível internacional. Nesse contexto, os representantes do Departamento (OMS, 2007b) referem que a Organização Mundial da Saúde, em colaboração com parceiros internacionais, fornece as orientações necessárias, estabelece padrões, desenvolve ferramentas e diretrizes, e garante suporte aos Estados Membros no que diz respeito ao fortalecimento dos sistemas nacionais de alerta e resposta em caso de surtos de doenças. Esse departamento produz os conhecimentos específicos para o reforço das capacidades nacionais. Sua função, conforme o Relatório (OMS, 2007b), é contribuir de forma significativa para a implementação do Regulamento Sanitário Internacional I em apoio à Organização Mundial de Saúde e aos escritórios regionais e nacionais.

Nesse documento, e nos boletins que o complementam, estabelece-se um dos principais encontros entre as questões relacionadas aos investimentos no controle dos espaços bem como aos avanços e pesquisas ligadas aos saberes tecnocientíficos que se

relacionam às políticas de saúde molares e moleculares, os quais, constituem o que chamo de geo(bio)políticas. Nele são referidas duas linhas de atuação em que, por um lado, se manifestam as preocupações e as estratégias ligadas ao gerenciamento dos espaços precários e, por outro, são apresentadas as medidas que fazem uso dos espaços enquanto referências que auxiliam a distribuição dos laboratórios responsáveis pelo desenvolvimento de experimentos ligados à biomedicina bem como à distribuição das vacinas e medicamentos por eles produzidos.

No entanto, para que isso funcione, é necessário engajar as populações ao processo de 'blindagem' dos corpos. Assim, outra ação relevante é aquela apresentada pelo *Guia da Organização Mundial de Saúde para o Planejamento de Comunicação em Surtos Epidêmicos* (OMS, 2008a). As orientações apresentadas nesse documento se relacionam, também, às normas criadas pela Organização Mundial da Saúde que estão associadas aos modos de informar as populações sobre questões ligadas às doenças e à segurança da vida. A publicação é direcionada, principalmente, às autoridades nacionais responsáveis pelos setores de saúde e diz respeito a medidas que devem ser tomadas no sentido de colocar em estado de alerta as populações estabelecidas sobre áreas que se encontrem ameaçadas por doenças infectocontagiosas. Esse documento funciona como uma cartilha que deve ser seguida no que se refere às medidas informativas e educativas que precisam ser adotadas pelos órgãos de saúde e pelas mídias locais, continuamente, e, com isso, atua no estabelecimento de comportamentos favoráveis ao uso de vacinas.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008a), a eficácia na comunicação em casos de perigos relacionados à vida e à saúde das populações é um elemento indispensável para a gestão desses problemas, especialmente quando consideradas as dinâmicas espaciais atuais. De acordo com a agência, quando uma ameaça, em potencial ou real, para a saúde pública atinge determinados lugares, as diferentes realidades existentes fazem emergir situações em que os recursos e os tratamentos são escassos e, assim, a comunicação relacionada aos conselhos e às orientações se tornam fundamentais para a segurança de populações inteiras, em especial aqueles em que se encontram os menores índices econômicos. Com isso, entre as orientações disponibilizadas, a Organização refere que comunicação ligada aos problemas de saúde

e aos riscos relacionados à vida pode estimular a população a adotar comportamentos relacionados à proteção individual, bem como facilitar as medidas mais radicais que podem vir a ser tomadas.

Após apresentar os principais documentos que oportunizam a emergência daquilo que chamo de Espaço da Dispersão e do Corpo Blindado, refiro que o conjunto de proposições ligadas ao assunto constituem um novo entendimento sobre a segurança da vida que envolve o espaço e o corpo. Ambos, portanto, passaram ser tratados como escalas complementares (BRAUN, 2009), pois as intervenções que são sugeridas e, na maioria das vezes adotadas pelas populações, fazem parte do conjunto de aspectos que formam o espaço e as espacialidades.

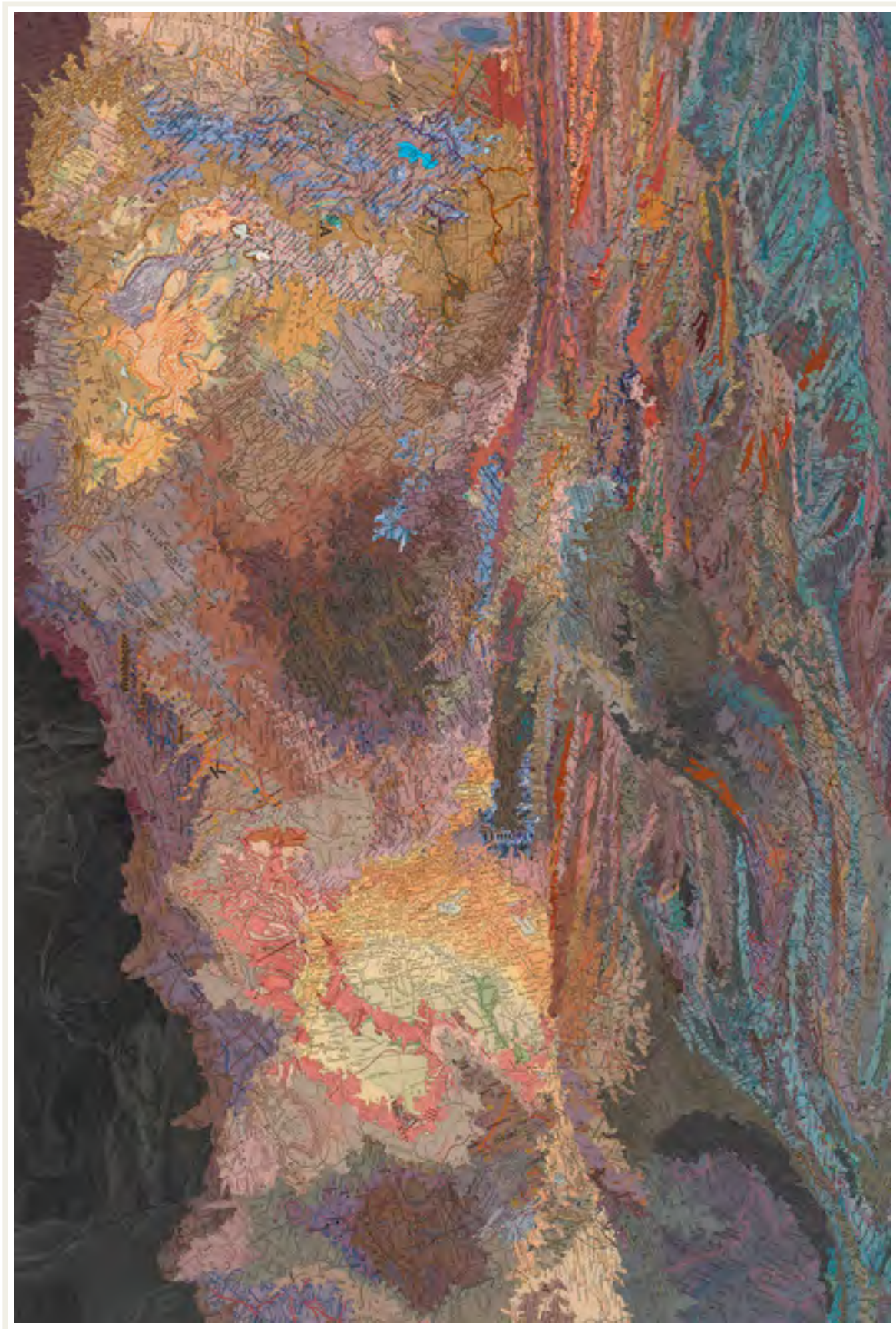
Deste modo, as geo(bio)políticas têm agido no sentido de blindar os corpos de diferentes sujeitos, por meio de ações humanitárias e educacionais considerando-os como parte do espaço. Diante disso, reforço que o Espaço da Dispersão e do Corpo Blindado é (re)produzido por meio da ideia de movimento. Ele não é estático, ele é continuamente alterado pelas rotas, escalas e conexões que as mais diferentes pessoas praticam entre diferentes cidades. O corpo é entendido como um fragmento móvel do espaço, que representa riscos que se não forem eliminados, o mais rápido possível, por meios da imunização, ou seja, da blindagem, são capazes de colocar em risco diversas outras pessoas.

Além disso, é sobre as áreas consideradas mais precárias, tendo em vista as espacialidades vividas nelas, que as investidas de imunização precisam ser mais eficazes. De acordo com a agência, por meio de documentos como: *Visão e Estratégia de Imunização Global e Orientações Globais para Imunização e Vigilância Sanitária* (OMS, 2006c; 2007c) têm sido firmadas parcerias, aos moldes daquilo que chamei de Espaço da Cooperação e Contrapartida que auxiliam a Organização a atingir suas metas nessa direção. Ao mesmo tempo, conforme proposto por autores como McCan (2011), Braun (2009) e Jackson (2007) os países que a ajudam nessa direção, a pressionam por melhores resultados em saúde.

Diante disso, sugiro que as vacinas, por meio dos orientações promovidas pela Organização Mundial da Saúde, passaram a constituir as novas fronteiras, estabelecidas

no âmbito do corpo humano, em um mundo onde as relações se configuram cada vez mais dispersas. É o corpo que, no limite, precisa ser blindado para que o espaço mundial se torne protegido. É essa relação, portanto, que considero marcar, de forma mais expressiva, as geo(bio)políticas que apresentei neste trabalho. Contudo, antes de encerrar, ressalto que os três Espaços que apresentei não podem ser analisados de forma desarticulada, pois eles estão sobrepostos, sendo constantemente (re)produzidos pelos discursos da saúde que aqui foram abordados por meio de diversas escalas, especialmente, a global, mas que podem ser redimensionados e analisados por meio de outros níveis e de outros problemas.

Procella Crisium – Matthew Cusick



7. O(S) ÚLTIMO(S) PONTO(S)

“Terminei a minha romaria à minha terra natal com toda a devoção de um peregrino e experimentei muitas sensações imprevistas. Próximo à tília grande, a um quarto de légua da cidade, pedi para parar; desembarquei e dispensei o coche para a pé, saborear, conforme meu coração, cada lembrança de maneira nova e viva. Então, parei debaixo da tília que, na minha infância, era o alvo, o limite de meus passeios. Que mudança!”.

Johann Wolfgang Goethe, *Os sofrimentos do Jovem Werther*, 1999, p. 89.

Encerrar é preciso, mesmo que ainda existam muitas questões a serem observadas, muitas dúvidas a serem respondidas e muitas arestas a serem aparadas. Certamente, por mais que eu tenha lido, revisado e reformulado os apontamentos que apresentei, alguns escapes ainda se fazem presentes e alguns tópicos, provavelmente, permanecem à espera de discussões mais aprofundadas. Porém, de certo modo, isso me deixa feliz, pois indica que ainda há possibilidades – inúmeras – de investir no tema, de não considerar um ‘ponto final’, mas ‘o(s) último(s) ponto(s)’ momentâneos.

Retomo, portanto, que busquei discutir o ‘lugar’ do espaço nos discursos da saúde, mais precisamente, naquelas orientações e práticas que são direcionadas ao controle e à prevenção de doenças infectocontagiosas lançadas pela Organização Mundial da Saúde. Nessa direção, é oportuno lembrar que, conforme apontei, nas primeiras páginas, minhas preocupações e dúvidas tomaram forma por meio de argumentos diversos que parecem ‘descolar’ o corpo-humano do espaço em função de possibilidades tecnocientíficas associadas à saúde. Assim, existe certa tendência a se direcionar atenções aos procedimentos que envolvem o corpo-humano sem que o espaço seja considerado um elemento igualmente relevante. Além disso, quando mencionado, o espaço é tratado como base, ou seja, como materialidade sobre a qual

problemas são localizados e quantificados, sem que seja entendido como uma consequência, ou seja, um produto de tais recomendações e práticas.

Diante disso, foi necessário que eu fizesse uma inversão lógica para observar os modos como essa dimensão tem sido produzida por meio dos preceitos da saúde. Em outras palavras, precisei atentar ao que é dito sobre os investimentos e intervenções corporais, relacionados ao controle e à prevenção de doenças, para que fosse possível identificar as formas como o espaço tem sofrido modificações por meio dos discursos da agência, especialmente, no que se refere às atuais dinâmicas de deslocamento de pessoas, produtos, animais e, principalmente, doenças. Considerando o entendimento acerca do espaço que demonstrei nas páginas anteriores – qual seja, de que ele se encontra em constante transformação –, reforço que o espaço não pode ser abordado em segundo plano ou, somente, como um ‘elemento’ que sustenta, localiza e ocasiona as ações ligadas à segurança da vida pela perspectiva da saúde.

O espaço é um produto dos discursos da saúde relacionados à segurança da vida. Tais discursos disparam, em função de seu caráter educativo, transformações culturais significativas que agem (re)produzindo-o materialmente e simbolicamente. Reforço que isso ocorre tanto por meio de alterações relacionadas às estruturas espaciais que passam a ser sugeridas por agências como a Organização Mundial da Saúde quanto pelos significados que passamos a atribuir a determinadas áreas e às espacialidades nelas vividas. Desta maneira, argumento que essas ações educativas são constituídas pelas orientações da Organização, as quais passam a ser divulgadas pelos meios de comunicação de massa, em diferentes partes do mundo, pela introdução de seus preceitos nas diretrizes nacionais de educação e saúde – entre outras – e, ainda, pelas práticas de formação de profissionais e de sujeitos diversos promovidas pelas equipes da Organização em diferentes países.

Diante disso, essas questões devem ser atentadas por profissionais dos campos que aproximei em minhas investidas de pesquisa, quais sejam, a Educação, a Geografia e a Saúde, entre outras, pois elas agem de forma articulada, de modo a serem transformadas continuamente. Em minha opinião, são necessários olhares mais abrangentes, constituídos por conhecimentos diversos, no sentido de serem estabelecidas discussões, planejamentos e estratégias relacionadas ao controle e à

prevenção de doenças infectocontagiosas, pois elas fazem emergir efeitos mais amplos do que aqueles ligados, especificamente, às recomendações da Organização direcionadas à saúde do corpo.

Nessa direção, retomo que identifiquei, ao menos, três maneiras pelas quais o espaço é significado em seus argumentos. No primeiro caso, com base em quantificações relacionadas a diferentes doenças e territórios, o espaço é tratado de forma fragmentada. Essa situação, conforme sugiro, ocasiona comparações e, conseqüentemente, classificações acerca das condições de saúde de diferentes países. Assim, se fortalece uma lógica de aplicação de estratégias de diminuição de problemas nacionais que é sustentada por um modelo comum de saúde, o qual, não é alcançado por diversos governos, dando origem aos modos como passamos a significar tais parcelas espaciais. No segundo caso, chamei a atenção aos modos pelos quais a Organização estabelece relações de cooperação entre os países. Assim, o espaço, quando relacionado à saúde, passa a ser modificado no sentido de garantir que regulamentações nacionais sejam alteradas de modo a se promover controles mais amplos, sustentados por acordos de fiscalização de certificados de saúde, comprovantes de seguimento de normas sanitárias e, ainda, por troca de informações estratégicas, bem como garantias de oportunidades para que tais informações sejam produzidas.

Por último, discuti os argumentos relacionados ao que a agência estabelece como práticas de imunização relacionadas ao espaço. Neste contexto, a Organização Mundial da Saúde se refere ao espaço como uma dimensão aberta, marcada pelo movimento de pessoas e de produtos por diferentes cidades do mundo. Assim, suas orientações são direcionadas ao que chamei de blindagem do corpo, pois da maneira como ela se refere ao espaço, o corpo seria a principal dimensão a ser protegida. De certa maneira, é possível identificar que a Organização Mundial da Saúde, frente aos desafios relacionados às condições espaciais mais recentes, trata o corpo como um elemento capaz de ser o responsável pela disseminação de doenças, bem como melhor alternativa de intervenção visando assegurar a vida. Assim, conforme aponte, o corpo pode ser considerado como espaço, ou seja, é nele que novos limites – direcionados a contenção de doenças – são projetados.

Com isso, indico que, para além de indicarem as melhores maneiras de nos prevenirmos em relação a determinadas doenças, as orientações e práticas da Organização Mundial da Saúde fazem emergir significados relacionados às áreas do espaço, às populações e – pode ser dito – aos corpos que podem ser considerados, potencialmente, mais perigosos ou mais seguros. Assim, sugiro que novas perguntas e novas reflexões precisam ser propostas, especialmente, aquelas que visam a problematizar os efeitos e as condições que são oportunizados e que oportunizam os argumentos da Organização.

Ainda, é possível vislumbrar que as discussões que estabeleci neste trabalho podem ser direcionadas a diferentes escalas no sentido de se analisar os efeitos das orientações da Organização Mundial da Saúde e de seus impactos espaciais, mais amplos, no que se refere aos territórios nacionais atendidos pela agência nos quais se insere, por exemplo, o Brasil. Isso se justifica pelas inserções de diretrizes internacionais que são feitas em níveis nacionais, especialmente, como condição estipulada aos países atendidos pela Organização Mundial da Saúde. Certamente, são possibilidades de se observar como são transformadas, adaptadas e reorientadas as normas da agência tendo em vista as singularidades espaciais de cada país, mas deixo claro, por ora, dados os limites dessa pesquisa, são apenas possibilidades futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AJANA, Betihaj. **Surveillance and biopolitics**. In: *Electronic Journal of Sociology*, 2005.

ALI, Harris e KEIL, Roger. Re-emerging infections disease, urban public health and global security. In: ALI, Harris; KEIL, Roger. (editors). **Networked Disease: Emerging infections in the global city**. Oxford: Wiley-Blackwell, 2008.

ALLAN, J. e COCHRANE, A. **Beyonde the territorial fix: regional assemblages, politics and power**. *Regional Studies*, 41, pp. 1161-75, 2007.

ALMEIDA, Paulo R. As duas últimas décadas do século XX: fim do século XX e retomada da globalização. In: SARAIVA, José Flávio Sombra. (org.) **História das Relações Internacionais Contemporâneas**. São Paulo: Editora Saraiva, 2010.

AMON. Joseph J. The 'Right to Know' or 'Know your Rights'? In: BIEHL, João e PETRYNA, Adriana (EDITORS). **When people come first: critical sutdies in global health**. Princeton University Press: New Jersey, 2013.

ANDERSON, Ben e MACFARLANE, Colin. Assemblage and Geography. *Area – Royal Geographical Society*, vol. 43, no. 2, pp. 124-127, 2011.

ÂNGELO, Miguel. Biopolítica e sociedade de controle: Notas sobre a crítica do sujeito entre Foucault e Deleuze. In: **Revista Cinética – Estéticas da Biopolítica: audiovisual, política e novas tecnologias**. Rio de Janeiro, 2008, pp. 1-8.

APPADURAI, Arjun. **Dimensões culturais da globalização: A modernidade sem peias**. Trad. Telma Costa. Lisboa: Teorema Editorial, 2005.

_____. **O medo ao pequeno número – Ensaio sobre a geografia da raiva**. Trad. Ana Goldberger. São Paulo: Iluminuras: Itaú Cultural, 2009.

BAGRICHEVSKY, Marcos; CASTIEL, Luis David; VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto; ESTEVAO, Adriana. **Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana**. *Ciências e Saúde Coletiva*. Vol.15, suppl.1, 2010.

BAUER, Susanne; OLSÉN, Jan Eric. **Observing the Others, Watching Over Oneself: Themes of Medical Surveillance in Society**. *Surveillance & Society* 6(2): 2009.

BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1998.

_____. **Globalização – as consequências humanas.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1999.

_____. **Modernidade Líquida.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2001.

BECK, Ulrich. **Sociedade do risco – rumo a uma outra modernidade.** Sebastião Nascimento (trad.). São Paulo: Ed. 34, 2010.

BIEHL, João e PETRYNA, Adriana. Critical global health. In: BIEHL, João e PETRYNA, Adriana (EDITORS). **When people come first: critical studies in global health.** Princeton University Press: New Jersey, 2013.

BRAUN, Bruce e WHATMORE, Sara. Nature, Poststructuralism, and Politics. In: CASTREE, Noel e BRAUN, Bruce. (Editors). **Social nature: theory, practice, and politics.** Oxford: Blackwell Publishers Ltda, 2004.

_____. **Biopolitics and the molecularization of life.** Cultural Geographies. 14, pp. 6-28, 2007

_____. **Environmental issues: inventive live.** Progress in Human Geography. 32(5), pp. 667-679, 2008a.

_____. **Thinking the City through SARS: Bodies, Topologies, Politics.** In: ALLI, Harris; KEIL, Roger. (editors). **Networked Disease: Emerging infections in the global city.** Oxford: Wiley-Blackwell, 2008b.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus Determinantes Sociais.** Physis - Revista de Saúde Coletiva. V. 17, n. 1, Rio de Janeiro, 2007.

CADDUF, Carlo. Anticipations of biosecurity. In: LAKOFF, Andrew; COLLIER, Stephen J. **Biosecurity interventions: global health and security question.** New York: Columbia Press, 2008.

CARROLL, Lewis. **Alice no país das maravilhas.** Nicolau Sevcenko (trad.). São Paulo: Cosacnaif, 2002.

CARVALHO, Isabel C. de Moura. Pedagogias, ciências e tecnologias: fronteiras do humano. In: BUJES, M. I. E.; BONIN, Iara. **Pedagogias sem fronteiras.** Informação e comunicação em saúde coletiva. Canoas: Editora da ULBRA, 2010.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede (A era da informação: economia, sociedade e cultura. V.1.** Trad. Roneide Venâncio Majer. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTIEL, Luis David. **A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências.** Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Editora Fiocruz, 1999.

_____. D.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. **Precariedade do Excesso - Informação e comunicação em saúde coletiva.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

_____. Vigiar(-se) e prevenir(-se) – a promoção da saúde persecutória e sua pedagogia. In: BUJES, M. I. E.; BONIN, Iara. **Pedagogias sem fronteiras**. Informação e comunicação em saúde coletiva. Canoas: Editora da ULBRA, 2010.

CERVO, Amado Luiz. O final do século XX e o início do século XXI: Dificuldades para a construção de uma ordem global. In: SARAIVA, José Flávio Sombra. (org.) **História das Relações Internacionais Contemporâneas**. São Paulo: Editora Saraiva, 2010.

CHAIMOVICH, Herman. **Biosseguridade**. Estudos Avançados. Vol. 19, n. 55. 2005.

CORRÊA, Roberto Lobato. Sobre agentes sociais, escala e produção do espaços: um texto para discussão. In: CARLOS, Ana Fani A. SOUZA, Marcelo Lopes. SPOSITO, Maria Encarnação B. (orgs.) **A produção do espaço urbano – agentes e processos, escalas e desafios**. São Paulo: Contexto, 2012

CZERESNIA, Dina. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: Czeresnia D, Freitas C. M. (orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

DARSIE, Camilo. **Territórios de Exclusão: educação, saúde e representações de fumantes no espaço público**. Universidade Luterana do Brasil. Dissertação de Mestrado em Educação, 2006. 209p.

_____.; **As campanhas de promoção da saúde e suas implicações nas relações socioespaciais entre fumantes e não fumantes no espaço público**. Hygeia : Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde (Uberlândia), v. 7, p. 67-82, 2011.

_____.; SANTOS Luís H. Sacchi. **Espaço Geográfico e Biotecnologia**: Questões emergentes apresentadas no filme A Ilha. In: IV Seminário Brasileiro de Estudos Culturais e Educação - SBECE / I Seminário Internacional de Estudos Culturais e Educação - SIECE, Canoas, 2011.

_____.; **Microterritorializações urbanas**: questões contemporâneas sobre os sujeitos fumantes e o espaço público. Terr@ Plural (UEPG. Online), v. 6, p. 313-326, 2012.

DOUGLAS, Mary. **Los Riesgos a los que se Enfrenta un Técnico de Prevención de Riesgos**. In: Revista Empresay Humanismo, Navarra, 2000.

DUARTE, Sheila. **Conceitos e definições da Saúde e Epidemiologia usados na Vigilância Sanitária**. São Paulo: Prefeitura de São Paulo, 2007.

DU GAY, Paul, HALL, Stuart, JANES, Linda, MACKAY, Hugh e NEGUS, Keith. **Praticando Estudos Culturais – a história do walkman da Sony**. Trad. Leandro Guimarães, Marília Braunm e Maria isabel Bujes. Sage Publications/ The Open University, 1997.

ECO, Umberto. **O cemitério de Praga**. São Paulo: Record, 2011.

ESCOSTEGUY, Ana Carolina. Estudos Culturais: uma introdução. In: SILVA, Tadeu T. da (org. e trad.), **O que é afinal Estudos Culturais?** Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

FAIRCLOUGH, Norman. **Discurso e mudança social**. Izabel Magalhães, coordenadora da tradução, revisão técnica e prefácio. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

FERREIRA, Aurélio B. **Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Positivo, 2004.

FISCHER, Rosa Maria B. **Foucault e a análise do discurso em educação**. In: Cadernos de Pesquisa. No. 114, 2001.

_____. Cultura, Educação e tensão nas fronteiras. In: BUJES, Maria Isabel E. e BONIN, Iara Tatiana (orgs.). **Pedagogias sem fronteiras**. Canoas: Editora da Ulbra, 2010.

FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso**. Laura Fraga de Almeida Sampaio (Trad.). São Paulo: Loyola: 1996

_____. **Em defesa da sociedade – curso no College de France (1975-1976)**. Maria Ermantina Galvão (trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. De outros espaços. In: FOUCAULT, Michel. **Ditos e Escritos III: estética**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

_____. **Vigiar e punir – Nascimento da prisão**. Trad. Raquel Ramallete Petrópolis: Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2005.

_____. **Segurança, território e população – curso no College de France (1977-1978)**. Eduardo Brandão (trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. **O nascimento da biopolítica – curso no College de France (1978-1979)**. Eduardo Brandão (trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

_____. **A arqueologia do saber**. Luiz Felipe Baeta Neves (trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008c.

_____. **A história da sexualidade 1 – a vontade de saber**. Maria Teresa da Costa Albuquerque e Guilhon Albuquerque. (trad.) Rio de Janeiro: Edições Graal, 2009.

_____. **Do governo dos vivos – curso no College de France (1979-1980)**. Nildo Avelino (trad.). São Paulo/Rio de Janeiro: Achiamé, 2010.

_____. **Microfísica do Poder**. Roberto Machado (Org./trad.). Rio de Janeiro: Edições Graal, 2011.

GANDI, Mathew. Deadly Alliances: Death, disease and the global politics of Public Health. In: ALI, Harris; KEIL, Roger. (editors). **Networked Disease: Emerging infections in the global city**. Oxford: Wiley-Blackwell, 2008.

GARDNER, Dan. **Risco: a ciência e a política do medo**. Trad. Léa Viveiros de Castro e Eduardo Sússekind. Rio de Janeiro: Odisséia, 2009.

GIDDENS, Anthony. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

_____. **Sociologia**. Sonia Regina Nets (trad.). Porto Alegre: Artmed, 2005.

GILLES-VERNICK, Tamara; CRADDOCK, Susan; GUNN, Jeniffer. Mobility restrictions, isolation and quarantine: historical perspectives on contemporary debates. In: GILLES-VERNICK, Tamara; CRADDOCK, Susan; GUNN, Jeniffer (editors). **Influenza and Public Health: Learning from the past pandemics**. Washington: Earthscan, 2010.

GUIMARÃES, Raul Borges. **Regiões de saúde e escala geográfica**. Cadernos de Saúde Pública. No. 21(4). Rio de Janeiro, 2005.

GOETH, Johann W. **Os sofrimentos do jovem Werther**. Erlon Paschal (Trad.). São Paulo: Estação Liberdade, 1999.

GOMES, Paulo César da Costa. O conceito de região e sua discussão. In: CASTRO, Iná Elias de *et al.* **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

GONÇALVES, Carlos W. P. **A globalização da natureza e a natureza da globalização**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

GROS, Frédéric. **Foucault e o direito dos governados**. Revista do Instituto Humanitas Unisinos. São Leopoldo, 2010.

GUETTO, Marcos. The return to the Magic Bullet? In: BIEHL, João e PETRYNA, Adriana (EDITORS). **When people come first: critical studies in global health**. Princeton University Press: New Jersey, 2013.

HAESBAERT, Rogério. Concepções de território para a entender a desterritorialização. In: **Território, Territórios**. Niterói: PPGEO-UFF/AGB-Niterói, RJ. 2002.

_____. **Territórios Alternativos**. São Paulo: Contexto, 2002.

_____. **O mito da desterritorialização - Do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

_____. Sociedades biopolíticas de in-segurança e descontrole do território. In: OLIVEIRA, Marcio P; COELHO, Maria Célia N; CORRÊA, Aureanice de M. **O Brasil a América Latina e o mundo: Espacialidades contemporâneas (I)**. Rio de Janeiro: Lamparina, Ampege, Faperge, 2008.

_____. **Regional-global: Dilemas da Região E da Regionalização Na Geografia Contemporânea**. Bertrand Brasil: São Paulo, 2011.

HALL, Stuart. Significação, representação e ideologia – Althusser e os debates pós-estruturalistas. In: SOVIK, Liv. (org.) **Da diáspora: identidades e mediações culturais**. Trad. Adelaine La Guardia Resende... [et.al.]. Belo Horizonte: Editora UFMG; Brasília: Representações da UNESCO no Brasil, 2003.

_____. **Identidades culturais na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&a, 2011.

HARVEY, David. **Condição Pós-Moderna**. São Paulo: Loyola, 2001.

HEIDRICH, Álvaro Luiz. Fundamentos da Formação do Território Moderno. Boletim Gaúcho de Geografia, nº 23, AGB - Seção Porto Alegre, 1998.

_____. Além do latifúndio – Geografia do interesse econômico gaúcho. Porto Alegre. Editora da Universidade/UFRGS, 2000.

_____. **Além do latifúndio – Geografia do interesse econômico gaúcho**. Porto Alegre. Editora da Universidade/UFRGS, 2000.

_____. Sobre nexos entre espaço, paisagem e território em um contexto cultural. In: SERPA, Ângelo (org.). **Espaços culturais: vivências, imaginações e representações**. Salvador: EDUFBA, 2008.

HINCHLIFFE, Steve e BINGHAN, Nick. People, animals and biosecurity in through Cities. In: ALI, Harris; KEIL, Roger. (editors). **Networked Disease: Emerging infections in the global city**. Oxford: Wiley-Blackwell, 2008.

HOOKER, Claire. **SARS as a 'health scare'**. In: ALI, Harris; KEIL, Roger. (editors). **Networked Disease: Emerging infections in the global city**. Oxford: Wiley-Blackwell, 2008.

HUXLEI, Aldous. **Admirável Mundo Novo**. São Paulo: Editora Globo, 2009.

JACKSON, Paul S. B. Planning Biodefense: security and the competitive city. *Progressive Planning*, n. 173, pp. 20-23, 2007.

_____. **Fleshy Traffic, Feverish borders: Blood, Birds and civet cats in cities**. In: ALI, Harris; KEIL, Roger. (editors). **Networked Disease: Emerging infections in the global city**. Oxford: Wiley-Blackwell, 2008.

_____. **Cholera and Crisis: State Health and Geographies of Future Epidemics**. University of Toronto: Department of Geography, 2011.

JOHNSON, Richard. O que é afinal Estudos Culturais? IN: SILVA, Tadeu T. da (org. e trad.), **O que é afinal Estudos Culturais?** Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

KELLY, John. **A Grande Mortandade** – uma história íntima da Peste Negra. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

KELLMAN, Barry. **Biopoder: prevenção de crimes e terrorismos biológicos**. Maria Netto (trad.). Aparecida: Editora Santuário, 2010.

KAIL, Roger; GRAHAM, John. **Resserting nature: construction urban environments after fordisms**. In: BRAUN, Bruce; CASTREE, Noel. (Editors). *Remaking reality: nature at the millenium*. London/Ney York: Routledge, 2005.\

LEGG, Stephen. **Foucault's Population Geographies: Classifications, Biopolitics and Governmental Spaces**. In: *Population, Space Place*, 2005.

LÉVY, Pierre. **O que é o virtual?** São Paulo: 34, 1996.

LUPTON, Deborah. **Corpos, prazeres e práticas do eu**. In: *Educação e Realidade*. v.25, n2. Porto Alegre, jul./dez. 2000.

MAIA, Cavalcanti. **Biopoder, biopolítica e o tempo presente**. In: NOVAES, Adauto (org.). **O corpo-máquina: a ciência manipula o corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

MARTINELLI, Marcelo. **Mapas da Geografia e cartografia temática**. São Paulo: Contexto, 2013.

MASSEY, Doreen. **Pelo Espaço: uma nova política da espacialidade**. Rogério Haesbaert e Hilda Preto Maciel (trad.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

MASSUMI, Brian. **Fear (the spectrum said)**. *Positions* no.13 vol. 1. Duke University Press, 2005. pp 31-48.

MATHEWS, Gordon. **Cultura Global e identidade individual: à procura de um lar no supermercado cultural**. Bauru: Edusc, 2002.

MCCANN, Eugene. e WARD, Kevin. **Urban assemblages: territories, relations, practicies and power**. In: MCCANN, Eugene. WARD, Kevin (Editors). **Mobile Urbanism: cities and policymaking in the global age**. Minneapolis/London: University of Minnesota Press, 2011.

MCNEILL, Donald. **Airports and urban governance**. In: MCCANN, Eugene. WARD, Kevin (Editors). **Mobile Urbanism: cities and policymaking in the global age**. Minneapolis/London: University of Minnesota Press, 2011.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Parâmetro Curriculares Nacionais: Saúde**. Brasília: Ministério da Educação, 1998.

_____. **Diretrizes Nacionais da Educação Básica**. Brasília: Ministério da Educação, 2013.

MURDOCH, Jonathan. **Post-structuralist Geography**. London: Sage, 2006.

NELSON, Cary, TREICHLER, Paula A e GROSSBERG, Lawrence. Estudos Culturais: uma introdução. In: SILVA, Tomaz Tadeu da. (org.) **Alienígenas na sala de aula - uma introdução aos Estudos Culturais**. Tradução de Tomaz T. da Silva. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

NETTLETON, Sarah. Governing the risk self; how to become healthy, wealthy and wise. In: PETERSEN, Alan & BUNTON, Robin (Orgs.). **Foucault, health and medicine**. London/New York: Routledge, 1997.

ORTEGA, Francisco. **O corpo Incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

_____.; ZORZANELLI, Rafaela. **Corpo em evidência - a ciência e a redefinição do humano**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PECK, Jamie. Creative Moments: Working culture. In: MCCANN, Eugene. WARD, Kevin (Editors). **Mobile Urbanism: cities and policymaking in the global age**. Minneapolis/London: University of Minnesota Press, 2011.

PELBART, Peter Pál. **Vida capital - ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2011.

PETERSEN, Allan; LUPTON, Deborah. **The New Public Health: health and self in the age of risk**. London: Sage Publications, 1996

PETERSEN, Allan. Risk, governance and the new public health. In BUNTON, Robin e PETERSEN, Allan. **Foucault, Health and Medicine**. London: Routledge, 1997.

PROST, A. e VINCENT, G. **História da vida privada, vol 5**. Tradução: Denise Bottman. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

PULCINI, Elena. **Riscos sociais, patologias do sujeito e responsabilidade na era da técnica**. In: NEUTZILING, Inácio; ANDRADE, Paulo F. C. de. (Orgs.). São Leopoldo: Editora Unisinos, 2009.

RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Trad. Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

REDFIELD, Peter. **Life in Crisis: The Ethical Journey of Doctors Without Borders**. Califórnia: University of California Press, 2013.

RIBEIRO, Renato Janine. Novas fronteiras entre natureza e cultura. In: NOVAES, Adauto. **O homem máquina: a ciência manipula o corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

ROBINSON, Jennifer. The spaces of circulating knowledge: cities strategies and global urban governmentality. In: MCCANN, Eugene e WARD, Kevin (editors). **Mobile**

urbanism: cities and policymaking in the global age. University of Minnesota Press: Minneapolis/London, 2011.

ROSE, Nikolas. **The death of the social? Re-Figuring the territory of government.** *Economy & Society*, 25(3): 1996.

_____. Inventando nossos eus. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). **Nunca fomos humanos – nos rastros do sujeito.** Belo Horizonte: Autêntica, 2001

_____. ; RABIONW, Paul. **O conceito de biopoder hoje.** *Política e Trabalho - Revista de Ciências Sociais*. N.24, 2006.

_____. **The politics of life itself. Biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century.** UK: Princeton University Press, 2007.

_____. Biopolítica molecular, ética somática e o espírito do biocapital. In: SANTOS, Luís H. Sacchi dos; RIBEIRO, Paula R. Costa. (Orgs.) **Corpo, gênero e sexualidade: instâncias e práticas de produção da própria vida.** Furg: Rio Grande: 2011.

_____. **A política da própria vida:** biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. Paulo Ferreira Valério (Trad.). São Paulo: Paulus, 2013.

SANTOS, Luis Henrique Sacchi dos. **Um olhar caleidoscópico sobre as representações culturais de corpo.** Porto Alegre, 1998. Dissertação (Mestrado em Educação) – PPG/Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

_____. **Biopolíticas do HIV/AIDS no Brasil: Uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção (1986-2000).** Faculdade de educação/UFRGS. Tese de Doutorado em Educação, 2002. 245p.

_____. Dos corpos desterrados aos corpos cheios de força: representações de corpo e de saúde em anúncios de anti-retrovirais. In: SOMMER, Luís Henrique; BUJES, Maria Isabel Edelweiss. **Educação e cultura contemporânea:** articulações, provocações e transgressões em novas paisagens. Canoas: Ed. ULBRA, 2006.

_____. Para onde foi a Aids? A (in)visibilidade da epidemia. In: ZAGO, Luiz F. (org.). **Cadernos Obscenos – a erotização do cuidado. Volume III.** Porto Alegre: Somos Comunicação, Saúde e Sexualidade, 2011.

SANTOS, Milton. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI.** São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Record, 2001.

_____. **O retorno do território.** In: OSAL: Observatório Social de América Latina. Ano 6, no. 16. Buenos Aires: CLACSO, 2005.

_____. **Pensando o espaço do Homem.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007

_____. **Técnica, espaço e tempo.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

_____. **A Natureza do Espaço. Técnica e Tempo. Razão e Emoção.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

SARAIVA, José Flávio Sobra. **História das Relações Internacionais Contemporâneas** – da sociedade internacional do século XIX à era da Globalização. São Paulo: Saraiva, 2008.

SARAIVA, Karla. Diário de uma pesquisa off-road: análise de textos como problematização de regimes de verdade. In: FERREIRA, Taís; SAMPAIO, Shaula M. V. (org.). **Escritos metodológicos:** possibilidades na pesquisa contemporânea em educação. Maceió: EDUFAL, 2009.

_____. **Educação a distancia - outros tempos outros espaços.** Ponta Grossa: UEPG, 2010.

SARASIN, Phillip. Vapors, viroses, resistance. In: ALI, Harris; KEIL, Roger. (editors). **Networked Disease:** Emerging infections in the global city. Oxford: Wiley-Blackwell, 2008.

SASSEN, Saskia. **Globalization and its Discontents.** New York, The New York Press, 1998.

_____. **As cidades na economia mundial.** São Paulo, Studio Nobel, 1998

SCLIAR, Moacyr. **Histórias Políticas e Revoltas.** Porto Alegre: Scipione, 2002.

SEERMANN, John. Tradições humanísticas na cartografia e a poética dos mapas. In: MARANDOLA, E; HOLZER, W. e OLIVEIRA, L. (Orgs.). **Qual o espaço do lugar?.** São Paulo: Perspectiva, 2012

SIBILIA, Paula. **O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais.** Rio de Janeiro: Relume/Duramá, 2002.

_____. **O Show do eu:** a intimidade como espetáculo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

SILVA, Tomas. T. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo.** Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

SINGER, Paul. **Globalização e desemprego: diagnósticos e alternativas.** São Paulo: Contexto, 2006.

SOJA, Edward. **Geografias pós-modernas: a reafirmação do espaço na teoria social crítica.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

_____. **Thirdspace: journeys of Los Angeles and the other real-and-imagined places.** Oxford: Blakwell, 1996.

_____. O espaço como questão pessoal. In: OLIVEIRA, Marcio P; COELHO, Maria Célia N; CORRÊA, Aureanice de M. **O Brasil a América Latina e o mundo: Espacialidades contemporâneas (I).** Rio de Janeiro: Lamparina, Ampege, Faperge, 2008.

SOUZA, Nádia Geisa Silveira de. **Representações de corpo-identidade em histórias de vida.** In: Educação e Realidade. v.25, n2. Porto Alegre, jul./dez. 2000.

SPINK, Mary Jane P. **Tópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia.** In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, nov/dez, 2001.

STREET, Annette F. **Ask your doctor: the construction of smoking in advertising posters produced in 1946 and 2004:** In: Nursing Inquiry; 11 (4), 2004.

SUERTEGARAY, Dirce Maria. **Espaço Geográfico uno e múltiplo.** In: Revista de Geografia y Ciencias Sociales, no. 93. Universidad de Barcelona, julho/2001.

TEO, Peggy; YEOH, Brenda e ONG, Shir. Surveillance in a globalizing city: In: ALLI, Harris; KEIL, Roger. (editors). **Networked Disease: Emerging infections in the global city.** Oxford: Wiley-Blackwell, 2008.

TRAVERSINI, Clarice S. BELLO, Samuel E. L. **O numerável, o mensurável e o auditável: estatística como tecnologia para governar.** In: Educação e Realidade, v. 34 n.2. Porto Alegre: maio/agosto, 2009.

UJVARI, Stefan Cunha. **A história e suas epidemias – a convivência do homem com os microrganismos.** Rio de Janeiro: Editora Senac Rio: Editora Senac São Paulo, 2003.

_____. **A história da disseminação dos microrganismos.** Estudos Avançados. 2008.

_____. **Pandemias – a humanidade em risco.** São Paulo: Contexto, 2011.

VEIGA-NETO, Alfredo. (org.) **Crítica pós-estruturalista e educação.** Porto Alegre: Sulina, 1995.

_____. Coisas de governo. In: RAGO, M, ORLANDI, L.B.L e VEIGA-NETO A. (orgs). **Imagens de Foucault e Deleuze – Ressonâncias nietzchianas.** Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

VEIGA-NETO, Alfredo. Olhares. In: COSTA, Marisa V. (org.). **Caminhos investigativos I – novos olhares na pesquisa em educação.** Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.

_____.; LOPES, Maura Corcini. Identidade, cultura e semelhanças de família: as contribuições da virada lingüística. In: BIZARRO, Rosa (org.). **Eu e o outro: estudos multidisciplinares sobre identidade, diversidade e práticas culturais**. Porto: Areal, 2007.

VISENTINI, José W. **Novas Geopolíticas: as representações do século XXI**. Editora Contexto: São Paulo, 2013.

VIZENTINI, Paulo G. F. **Da Guerra Fria à Crise**. Editora da UFRGS: Porto Alegre, 2006.

WAGNER, Ester Van. Toward a dialectical understanding of networked disease in the Global City: vulnerability, connectivity, topologies. In: ALI, Harris; KEIL, Roger. (editors). **Networked Disease: Emerging infections in the global city**. Oxford: Wiley-Blackwell, 2008.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Declaração Mundial da Saúde**, 1946.

_____. **International Health Regulations**. Genebra: OMS, 2005.

_____. **Contribuir a la salud Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015 Un programa de acción sanitaria mundial**. Genebra: OMS, 2006a.

_____. **Global Immunization Vision and Strategy 2006–2015**. Genebra: OMS, 2006b.

_____. **Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006 - 2015: breaking the chain of transmission**. Genebra: OMS, 2006c.

_____. **Toward universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions on health sector** Genebra: OMS, 2006d.

_____. **Working for health: an introduction to the World Health Organization**. Genebra: OMS, 2007a.

_____. **WHO Lyon Office for National Epidemic Preparedness and Response**. Genebra: OMS, 2007b.

_____. **Global Framework for immunization monitoring and surveillance**. Genebra: OMS, 2007c.

_____. **Informe sobre la salud en el mundo - um porvenir más seguro**. Genebra: OMS, 2007d.

_____. **Guía de la Organización Mundial de la Salud para planificar la comunicación en caso de brotes epidémicos**. Genebra: OMS, 2008a.

_____. **Cities and Public Health Crises**. Genebra: OMS, 2009.

_____. **International travel and health: situation as on 1 January 2010a**. Genebra: OMS, 2010.

_____. **World Health Statistics 2009**. Genebra: OMS, 2010b.

_____. **International travel and health: situation as on 1 January 2011.**
Genebra: OMS, 2011a.

_____. **World Health Statistics 2010.** Genebra: OMS, 2011b.

_____. **International travel and health: situation as on 1 January 2012.**
Genebra: OMS, 2012a.

_____. **World Health Statistics 2011.** Genebra: OMS, 2012b.