

O discurso de controle de doenças da Organização Mundial da Saúde e a produção de espacialidades nacionais

Disease control discourse by the World Health Organization and the production of national spatialities (abstract: p. 14)

El discurso de control de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud y la producción de espacialidades nacionales (resumen: p. 14)

Camilo Darsie^(a)

<camilodarsie@unisc.br> 

Betina Hillesheim^(b)

<betinah@unisc.br> 

Douglas Luís Weber^(c)

<douglasluis94@hotmail.com> 

^(a, b) Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc). Avenida Independência, Campus universitário, Bairro universitário. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. 96815-900.

^(c) Pós-graduando do Programa de Pós-graduação em Educação (Doutorado). Unisc. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

A globalização ocasionou a circulação de vírus e bactérias em escala global, fazendo autoridades sanitárias atentarem às relações entre espaço e doenças. Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desempenha papel central na produção de conhecimentos e na divulgação de informações que regulam normas sanitárias. Por meio da análise de práticas discursivas ligadas ao controle de doenças, discutem-se, aqui, estratégias biopolíticas e a produção de espacialidades, tendo em conta a análise de documentos publicados pela OMS em que são apresentados os preceitos da instituição. Neles, destaca-se a produção de espacialidades nacionais que passam a ser valoradas de acordo com as capacidades de prevenção e controle de doenças de cada país membro, especialmente em momentos de crise.

Palavras-chave: Doença. Saúde. Pandemia. OMS. Espacialidades.

Introdução

A intensificação do processo de globalização ocasionou maior porosidade das fronteiras nacionais em decorrência da intensa circulação de pessoas, animais, produtos e informações. Tal dinâmica também impulsionou a disseminação de velhas e novas doenças, bem como de informações que as envolvem, promovendo maior necessidade de investimento em ações ligadas ao controle do espaço e à educação para saúde.

A circulação e a emergência de doenças não são novidades. A Peste Bubônica, o Cólera, a Gripe Espanhola, a Gripe Aviária, a Gripe A, entre outras, fazem parte da história da humanidade tendo em vista os modos como surgiram, se desenvolveram e produziram conhecimentos úteis ao enfrentamento das crises que as sucederam, como a relacionada à Covid-19. O que vem se destacando, contudo, é a crescente velocidade de propagação dessas doenças. Em 1894, por exemplo, a pandemia de Peste Bubônica, iniciada em Hong Kong, levou 5 anos para chegar ao Brasil. No caso da Gripe Aviária (H5N1), o intervalo entre os casos em humanos, ocorridos em 2003, em uma província chinesa, e sua disseminação para outros vinte países foi de dois anos. Já, em 2009, os diagnósticos de Gripe A (H1N1) ocorreram em 207 países, quase que simultaneamente¹⁻⁴.

Desse modo, as epidemias e pandemias colocam, há anos, em estado de alerta diferentes profissionais e agências de saúde. Desde o desenvolvimento da vacina e do relativo controle dos casos de Gripe A, cientistas em todo o mundo previam o surgimento de uma nova doença com potencial para se alastrar pelo mundo, promovendo uma nova pandemia⁵. Nesse caso, o gerenciamento do espaço e as ações educacionais emergiram como ferramentas de destaque no contexto das discussões e estratégias de controle de doenças⁶.

Em 2019, um novo tipo de coronavírus (Sars-CoV-2) ocasionou a pandemia de Covid-19. Os primeiros casos ocorreram em Wuhan, na China, e, posteriormente, milhões de pessoas, distribuídas por 188 países^{7,8}, foram infectadas. Em comparação aos casos de Gripe A, é possível constatar um aumento do tempo de alastramento do vírus por diferentes países. Isso ocorre em decorrência das estratégias de controle espacial e de educação que foram colocadas em prática por diversos governantes e popularizadas por meio de diferentes mídias.

No caso dos governantes, o fechamento de fronteiras, o controle da circulação de mercadorias e o isolamento/distanciamento social exemplificam normas de segurança em saúde que foram adotadas em diferentes países. No que se refere às mídias, desde o início da crise, diversas plataformas e meios de comunicação se empenham em informar e educar as populações em relação aos modos de prevenção, aos riscos de exposição e a um conjunto de manobras sanitárias e políticas que até então eram, popularmente, desconhecidas. Em muitos casos, tais estratégias causam sentimentos contraditórios por parte das populações, mas diminuem a velocidade de circulação do vírus em regiões em que há maior aderência popular às ideias de que ações individuais interferem em dinâmicas coletivas e, principalmente, de que as estruturas físicas de atendimento e dinâmicas sociais nacionais regulam as chances de sucesso contra a doença.

Assim, pela articulação entre as noções de estratégias biopolíticas e espacialidades, ocorre a produção de espacialidades nacionais por meio dos discursos da Organização Mundial da Saúde (OMS). As estratégias presenciadas para o enfrentamento da Covid-19 já fazem parte dos discursos da organização desde, pelo menos, 2003. Conforme apontado por Darsie e Weber⁹, a crise criada pela Gripe Aviária desencadeou um novo modo de se entender as relações entre doenças e espaço. Como desdobramento disso, os discursos da OMS passaram a orientar governos, profissionais e populações na direção de adotarem medidas de controle espacial de acordo com as espacialidades vividas e produzidas em cada país.

O argumento central deste artigo compreende que as espacialidades, quando pensadas de modo articulado à noção de biopolítica, têm sido produzidas e modificadas pelos conhecimentos da área da Saúde. Contudo, não se trata de uma dinâmica unidimensional, pois as estratégias biopolíticas também são transformadas em função das espacialidades.

Como forma de sustentar esse argumento, o texto foi produzido com base em análise documental, a fim de tensionar as práticas discursivas identificadas em publicações oficiais, manuais e relatórios produzidos e divulgados pela OMS, entre os anos de 2005 e 2012. Tais documentos, mesmo que pareçam longínquos, apresentam um conjunto de saberes e práticas que dão forma aos modos de entender, praticar e narrar as estratégias de controle de doenças desempenhadas nos dias de hoje.

Assim, em um primeiro momento, é apresentada a relação entre os conceitos de biopolítica e de espacialidades a serem pensadas como articulação que subjetiva sujeitos em relação ao espaço e ao modo como ele é mensurado por dados científicos. Após, é tensionada a produção de espacialidades nacionais constituídas e fortalecidas com discursos da OMS.

Biopolítica e espacialidades

Na perspectiva foucaultiana, o poder pode ser entendido como uma “rede de relações estratégicas, um conjunto de mecanismos e de procedimentos no qual se busca exercer o poder e manter uma correlação que seja favorável àqueles que se fazem presentes nessa rede”. Assim, o poder se desenvolve pelo estabelecimento de conexões entre autoridades que tentam governar com base em interesses diversos, aspectos da vida social agindo sobre indivíduos e coletivos¹⁰ (p. 2).

Quando associadas à ideia de população, as relações de poder nos permitem pensar naquilo que Foucault chamou de governamentalidade e de biopoder. De acordo com Foucault¹¹, a governamentalidade compreende a entrada do Estado na questão dos micropoderes. Nesse sentido, o autor discute como a arte de governar (entendida, aqui, como condução de condutas), formulada no século 16, sofreu, ao longo do século 17, uma espécie de bloqueio, especialmente devido ao problema do exercício da soberania como principal forma de compreensão teórica e organização política. Além disso, conjuntamente com esse enquadre da soberania, o modelo da arte de governar era demasiado estreito – a família –, não encontrando uma dimensão própria¹¹.

O desbloqueio da arte de governar deu-se somente no decorrer do século 18, sendo fundamental a emergência da noção de população. É com a ideia de população, construída mediante a percepção da existência de fenômenos não redutíveis ao

indivíduo e que podem ser auferidos por meio da Estatística, que a família deixa de ser um modelo para se tornar um segmento no interior da população. Além disso, de acordo com Foucault¹², ocorre o surgimento de técnicas de poder, direcionadas não apenas ao corpo dos indivíduos, buscando a formação de corpos úteis e dóceis, mas ao corpo-espécie, isto é, ao “corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos” (p. 131). Isso é o que constitui uma biopolítica da população. Tais polos – um poder disciplinar e um poder que se exerce sobre a espécie – caracterizam o biopoder, isto é, um poder que incide sobre a administração dos corpos e a gestão calculista da vida.

O biopoder age sobre a vida e se constitui por duas lógicas que não devem ser consideradas antitéticas nem mesmo negativas. A primeira diz respeito ao disciplinamento dos corpos; a segunda encontra-se ancorada na noção de regulação das populações; e, ambas, quando associadas, representam dois polos que se entrecruzam e que dão sustentação ao poder sobre a vida¹³.

Conforme se pode deduzir desses fundamentos teóricos, não há como conceber o biopoder dissociado da biologia, disciplina que também começou a se organizar ao final do século 18. [...] Pode parecer uma trivialidade, como se não houvesse outras formas de narrar a vida, mas o que se diz sempre é: vivemos após nascermos e até o instante em que morremos¹⁴. (p. 9)

O biopoder, portanto, é exercido de forma positiva sobre a vida, de modo que orienta 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 estratégias biopolíticas – e os comportamentos individuais que podem ser disciplinados para fazer os diferentes sujeitos se engajarem ao funcionamento das normas seguidas pelas populações¹³.

Nessa direção, a biopolítica designa a entrada da vida e seus mecanismos no domínio dos cálculos estatísticos. 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 [...]”¹³ (p. 292-3).

Além disso, a natureza desses fenômenos é alterada, pois, em nível individual, os acontecimentos se configuram como imprevisíveis, enquanto pelo coletivo é possível se estimarem, por meio dos números, as probabilidades relacionadas ao tempo de duração, ao raio de alcance e aos riscos aos quais as populações se encontram vulneráveis. Desse modo, o foco das estratégias biopolíticas encontra-se no gerenciamento da vida das populações e na produção de conhecimentos a fim de melhor administrá-los, transformá-los e, sobretudo, aperfeiçoá-los¹³. Nessa perspectiva, Foucault¹⁵ (p. 288) aponta que o poder se define como um modo de ação sobre ações possíveis, exercendo-se pela liberdade e operando mediante um campo de possibilidades, caracterizando-se como governo dos homens, tendo governar, aqui, o sentido de “estruturar o eventual campo de ação dos outros”.

Rose¹⁶ aponta que as quantificações e estatísticas agem como ferramentas importantes no que se refere aos mecanismos de gestão das populações. Segundo ele, essa “pedagogia dos números” (p. 683) faz que os sujeitos sigam determinadas tendências por meio de suas próprias escolhas, as quais são orientadas por informações que estão engendradas em contextos produzidos por elas mesmas. Afinal, como colocam Traversini e Bello¹⁷, para melhor governar não se trata somente de extrair saberes sobre a população (com base em Antropologia, Psicologia Social, Demografia...), mas é necessário produzir registros, quantificar determinados aspectos, realizar comparações, entre outros, a fim de subsidiar decisões administrativas de intervenção no sentido de maximizar os elementos positivos e reduzir os elementos tidos como inconvenientes na medida do que se considera aceitável. A Estatística, portanto, é um conhecimento indispensável à governamentalidade.

Contudo, ao ser utilizado o termo “autoridades”, não se procura estabelecer a centralidade do Estado nas relações de poder. Diferentemente, almeja-se destacar as autoridades que se localizam horizontalmente, ao longo da sociedade. São as relações das autoridades concorrentes e aderentes ao Estado e a outras autoridades – escola, universidade, indústria, exército e muitas outras – que estabelecem as relações de poder. Chamam a atenção, especialmente, as instituições de saúde, pois também se conectam às/em redes de poder para produzir verdades acerca de seus preceitos e, portanto, produzem sujeitos ao mesmo tempo em que produzem e transformam suas próprias estruturas e direções¹⁸. Dessa maneira, entende-se, por meio de Miller e Rose¹⁹, que tais estratégias de poder se agrupam em complexos de forças e instituições tidas como políticas, com dispositivos que se voltam para a gestão das condutas individuais e coletivas, mas que ainda são entendidos como não políticos. Tal complexo forma uma máquina de governar que “conecta a regulação da conduta pública às capacidades subjetivas emocionais e intelectuais e às técnicas dos indivíduos, bem como aos regimes éticos mediante os quais eles conduzem suas vidas” (p. 239). Com isso, os autores ressaltam que é possível compreender como o poder, mediante formas “não estatais”, é uma das características das sociedades contemporâneas.

Destaca-se, aqui, a ideia de que os conhecimentos desenvolvidos por meio de surtos de doenças passadas ou por estatísticas veiculadas em diferentes mídias produzem subjetividades, modos de estar no espaço e, principalmente, de evitar e mensurar os riscos em relação a determinadas parcelas do espaço e a outros sujeitos. São questões que se sustentam por meio de dados oficiais que visam ser produtivos e que, conseqüentemente, interferem nas relações de poder por meio de informações oficiais.

Conforme aponta Lopes¹⁸, o risco da doença e do adoecimento fez emergir o poder médico de forma nunca antes vista. Nesse sentido, a Medicina passou a agir na direção de avaliar e qualificar um corpo, que antes era individual, de forma cada vez mais coletiva. Portanto, a “fatia” espacial em que esse corpo – individual/coletivo – se insere também passa a ser avaliada⁶. Uma das principais vias dessa produção é a quantificação e a divulgação de dados. Bons exemplos disso podem ser representados pelas informações dos *sites* da Johns Hopkins University⁸ e do Ministério da Saúde do Brasil²⁰ em que são apresentados dados acerca da Covid-19.

Mesmo não sendo a pandemia de Covid-19 o foco deste texto, as informações que são disponibilizadas por esses *sites* nos apresentam números relacionados às infecções, recuperações e mortes relativas a diferentes localidades, em escalas global e nacional

(brasileira). As informações são atualizadas constantemente, ao passo que, no primeiro caso, destacam os países onde há maior incidência de infecções e, no segundo, chamam a atenção para os estados e cidades mais afetados no Brasil. Assim, se a Estatística for entendida como um saber que “produz verdades e molda as realidades das sociedades da quantificação”, estabelecendo-se como um novo modo de esquadrinhamento e controle da população¹⁷ (p. 148), também é possível pensar sobre os modos pelos quais se aprende a valorar parcelas do espaço e espacialidades.

“Quais os melhores lugares para se enfrentar essa crise?”; “Quais populações têm maiores condições de enfrentamento de doenças?”; “Quais países possuem os melhores sistemas de saúde?”; “Quais sujeitos representam menores riscos ao chegar em meu país?”. Perguntas como essas ajudam a explicar o argumento. Certamente, as respostas para tais questões dependem de um conjunto de conhecimentos baseados em números e outras informações, que farão que seja possível pensar em diferentes direções, de acordo com os diferentes atravessamentos que constituem. Porém, conforme apontado por Weber²¹, os dados acerca da saúde conduzem na direção de avaliar e comparar diferentes sujeitos por meio das espacialidades que os compõem.

Massey²² destaca que o espaço é produto de relações – sociais e naturais –, constituído por meio de interações que podem ser pensadas desde a escala global até a local. 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 que oportuniza a heterogeneidade dos acontecimentos, ao passo que eles oportunizam a sua existência e as suas transformações. Desse modo, para a autora, o espaço produz as espacialidades ao mesmo tempo em que é produzido por elas.

Diante disso, as espacialidades são os modos pelos quais os sujeitos vivem e transformam o espaço e, ao mesmo tempo, são produzidos por ele, sem que um dia se chegue a uma forma final. Operar pelo viés das espacialidades significa considerar o espaço como fenômeno contínuo e com múltiplos ritmos de existência e de acontecimentos, com diferentes escalas interconectadas. Portanto, as espacialidades são modificadas e classificadas, entre outras coisas, pela incidência, prevalência e quantificação de doenças²³, conforme ditam os conhecimentos e práticas epidemiológicas.

Sendo assim, surge um primeiro ponto a ser atentado: a biopolítica. De modo amplo, ela produz modos de ser/viver relacionados ao espaço. Dessa maneira, as estratégias biopolíticas, como forma de investimento na vida da população, organizam-se por aparatos diversos (notícias, dados oficiais, cartilhas, políticas públicas etc.) e educam sobre os cuidados com a saúde e com as doenças, tendo em vista padrões de normalidade a serem atingidos e níveis de vulnerabilidade a serem contornados. Nessa mesma direção, tais estratégias visam orientar acerca dos riscos que devem ser evitados e das formas a serem adotadas para a segurança dos níveis individual e, principalmente, coletivo.

Partindo disso, nas próximas linhas são abordados documentos oficiais da OMS para que sejam destacadas algumas pistas que possibilitem problematizar a produção de espacialidades nacionais por meio dos discursos da agência.

A produção de espacialidades nacionais por meio dos discursos da OMS

O discurso deve ser caracterizado como “uma dimensão de produção da realidade social, e não uma mera reunião de enunciados no sentido exclusivamente linguístico, de atos de fala ou de escrita”²⁴ (p. 1). Assim, na perspectiva foucaultiana, o discurso caracteriza-se como prática, ou seja, uma conjunção entre modos de dizer e modos de fazer. O discurso, portanto, é tomado como prática discursiva e, em função disso, conforme alertam Hillesheim e Cappellari²⁵, devem ser adotados alguns princípios norteadores para que sejam desenvolvidas análises de discurso. Em primeiro lugar, é preciso analisar discursos no nível das coisas ditas, para que apareça a própria complexidade do discurso. Em segundo, não se trata de entendê-lo como mera representação da realidade, mas como prática que forma, sistematicamente, os objetos dos quais fala^{26,27}.

Portanto, as publicações, os manuais e os relatórios analisados neste artigo indicam modos de ser/fazer/dizer/produzir da OMS, constituídos desde alguns anos. Eles materializam um conjunto de preceitos que são adotados e praticados pela agência e, principalmente, produzem aquilo sobre o que falam. Entre outras questões, os documentos da OMS auxiliam na direção de entender como são produzidas as espacialidades por meio das práticas discursivas relacionadas às doenças e divulgadas pela organização.

Assim, destacam-se, de início, três publicações da agência: “Regulamento Sanitário Internacional”²⁸, documento em que se encontram as normas gerais de controle de doenças, em escala global; “Programa Geral de Trabalho da Organização Mundial da Saúde”²⁹, em que são apresentadas as metas e os desafios a serem enfrentados pela OMS; “Visão e Estratégia de Imunização Global”³⁰, em que são delineadas as ações de vacinação em todo o mundo.

Como acontece em outras publicações, suas páginas mostram que a lógica sob a qual são produzidas as orientações da OMS considera a existência da relação entre as escalas individual e global. Com isso, suas orientações levam em conta a relevância de ações e comportamentos individuais (escalas pessoais/locais) a fim de controlar eventos negativos em nível coletivo (escala global). Por isso, fica claro que a OMS compreende que comportamentos individuais, carregados de atravessamentos culturais locais, interferem na escala global.

Legg³¹ refere que ao se ter em vista diferentes modos de distribuição populacional, migrações, relações socioespaciais, bem como variações culturais que ocorrem em níveis nacional, regional e local, opera-se na perspectiva da biopolítica. Para ele, o aumento e a diminuição de escalas garantem que as estratégias biopolíticas atravessem o corpo coletivo com vistas a atingir diferentes indivíduos, e vice-versa.

Ainda, destaca-se que há uma dinâmica que se repete em diferentes publicações³²⁻⁴⁵. Em primeiro lugar, por meio dos números produzidos pelos escritórios e colaboradores da OMS, são apresentados os principais riscos aos quais determinadas populações se encontram expostas. Nessa etapa, é comum que dados sobre casos de HIV, Cólera, Hepatites e diversas gripes sejam utilizados como exemplos. Sequencialmente, como reação

aos problemas elencados, são estabelecidas estratégias de intervenção espacial, de educação e de tratamento que objetivam reverter ou conter o crescimento dos números de casos de doenças, levando em conta aspectos individuais e coletivos que operam em conjunto.

Souza⁶ destaca que noções ligadas às fronteiras politicamente estabelecidas e ações educativas acerca da saúde e da doença ajudam a fazer que as populações atentem a determinadas situações que precisam ser evitadas individualmente para que surtam efeitos em escala global. Em casos como esse, a OMS estabelece relações entre determinadas populações e riscos de infecções por diferentes doenças que se espalham por distintos países. Com isso, estabelece que uma boa estratégia para a contenção dessas doenças são os cuidados individuais que precisam ser intensificados dependendo dos países em que os sujeitos se encontram. Assim, entendemos que os problemas de saúde são associados a sujeitos de acordo com os países em que se localizam, passando a fazer parte de um conjunto de preocupações internacionais que articulam doenças a elementos culturais, sociais e econômicos de cada território nacional.

Tais preocupações são divulgadas, debatidas e compartilhadas em diferentes partes do mundo, por governantes, especialistas e populações, em função da intensa circulação de informações que definem o mundo globalizado. Nesse contexto, as espacialidades nacionais são destacadas como problemáticas pelos especialistas da OMS ao serem significadas pelas doenças e pelas estratégias de enfrentamento desempenhadas em cada lugar. A partir daí, sujeitos começam a ser entendidos e a se entenderem por meio delas e por meio das espacialidades narradas por tais.

Como forma de exemplificar o modo pelo qual a doença se torna pauta de discussões globais e produz diferentes espacialidades, destaca-se o editorial da revista inglesa *The Lancet*⁴⁶, da edição temática sobre a Covid-19. O texto expõe a crise política brasileira por meio da postura de negligência do governo nacional em relação ao controle da doença no país. Assim, problematiza e populariza os impactos que a pandemia pode causar sobre a população indígena e sobre outros 13 milhões de brasileiros que vivem em favelas e não possuem condições mínimas de segurança no contexto pandêmico.

Ao advertir sobre os riscos associados à problemática, opera no sentido de informar (e criar mecanismos de educação) a população global acerca do que ocorre no Brasil e, ainda, se associando a outros materiais analisados neste artigo – por exemplo, “Guia de Saúde para Padronizar Informações em Epidemias”⁴⁵, “Cidades e Crises de Saúde Pública”³⁷ –, oportuniza que se pense o modo como o descaso de um país em relação à Covid-19 poderá impactar outros. Nesse contexto, ocorre o tensionamento de uma dada espacialidade – brasileira – marcada por algo que pode ser entendido como tipicamente brasileiro (índigenas e favelas) e que interpela estrangeiros e brasileiros em relação aos riscos de saúde enfrentados no Brasil que podem afetar outros países.

As populações são educadas para temer determinados riscos em saúde, sendo que os riscos associados ao controle de doenças se enquadram em uma lógica global pela qual são potencializados⁴⁷. Os discursos sobre risco e saúde são resultantes dos discursos da Epidemiologia, que, por sua vez, é a aplicação dos conceitos lógicos e mensuráveis, e dos métodos aplicados em problemas que envolvem o cuidado de pacientes individuais e sociedades⁴⁸. Nessa direção, é oportuno destacar que

é por meio dos cálculos epidemiológicos que é produzida e planejada grande parte das orientações e ações da OMS e, ainda, que são produzidas as bases de parte do conhecimento científico que envolve essa discussão. Contudo, é necessário que sejam considerados possíveis escapes de ordem social, pois “os desafios em lidar com a percepção e a comunicação do risco são elevados pela natureza múltipla dos processos de comunicação e a dificuldade de se obter verificação quanto ao retorno das mensagens disseminadas a audiências amplas”⁴⁹ (p. 3).

A valoração de espacialidades constitui-se por meio do controle de riscos relacionados aos comportamentos sociais e aos investimentos em condutas individuais que derivam da Ciência e dos números que quantificam a vida. Assim, é possível apontar qualificações atribuídas ao espaço por meio de levantamentos de dados e monitoramentos ligados aos casos de doenças, como as estatísticas produzidas pela OMS^{38,40-43} relativas aos números de infecções por vírus diversos em países asiáticos, latino-americanos e africanos.

São números que passam a ser associados aos modos de vida praticados nesses países e que dão sustentação a tentativas de intervenções que buscam alterá-los. Isso ocorre em função da aproximação entre os novos e os velhos conhecimentos que envolvem o controle de doenças e reorientam condutas enquanto produzem novos significados relacionados a diferentes espacialidades. Talvez isso seja melhor entendido ao se explicar que durante os meses de janeiro e fevereiro de 2020, enquanto os maiores números de casos de infecção pelo Sars-CoV-2 se concentravam na China, país em que surgiu a Covid-19, diversas manifestações preconceituosas avaliaram hábitos alimentares dos chineses, conforme apontou matéria da *BBC News*⁵⁰ do Brasil. No entanto, meses depois, assim que a quantificação das infecções ganhou notoriedade em outros países e a China diminuiu suas somas, outras espacialidades passaram a ser avaliadas. Um bom exemplo, já mencionado, é o caso do Brasil e de sua crise política durante a pandemia, discutida na *The Lancet*⁴⁶.

Nesse contexto, rupturas podem ser identificadas nos debates acerca das investidas biopolíticas, bem como dos problemas sociais e dos contextos culturais que configuram muitas das espacialidades existentes. De modo geral, emergem significações sobre as espacialidades nacionais 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 para prevenção de doenças daqueles que nelas vivem ou transitam⁵¹.

Na publicação intitulada “Quadro Global de Imunização e Vigilância Sanitária”³⁶ são abordados os contrastes existentes entre regiões que abrangem territórios africanos, asiáticos, latino-americanos e territórios localizados nos continentes europeu e norte-americano. De acordo com a organização^{31,36}, com base nas taxas relacionadas a diversas doenças, existem contrastes significativos que são ocasionados, também, pela falta de acesso aos principais recursos necessários para condições equitativas de saúde.

Com isso, sugere-se que emergem diferentes preocupações sustentadas por entendimentos que passam a ser produzidos acerca dos países mais problemáticos. Elas tomam forma, por exemplo, em função dos números relacionados à saúde, produzidos e divulgados, especialmente, pela OMS. Assim, as informações não agem apenas



no sentido de demonstrar as condições de saúde de dados territórios, mas passam a constituir significados relacionados às espacialidades que lhes envolvem. Surgem classificações associadas às áreas e às pessoas que por elas transitam ou que nelas vivem, consideradas como mais “perigosas” ou mais “seguras” em relação à propagação de doenças no contexto global.

Conclusão

Estudos sobre a relação entre o espaço e as doenças geralmente fazem uso de demarcação de áreas para a quantificação e a localização de informações epidemiológicas. Assim, buscam analisar elementos ambientais favoráveis aos problemas que identificam. Contudo, tendo em vista as questões apresentadas neste texto, foi feita uma inversão lógica que oportunizou observar os modos como diferentes espacialidades nacionais têm sido produzidas por meio daquilo que se fala e se pratica acerca do controle de doenças.

No limite, em vez de avaliar o espaço para demonstrar práticas ligadas ao manejo de crises, por meio de suas materialidades e dimensões, tais práticas foram tomadas para problematizar caminhos pelos quais elas significam determinados lugares. Assim, destaca-se que as informações constantes nos documentos organizados e publicados pela OMS representam práticas discursivas por meio das quais parcelas do espaço são significadas. Para tanto, observaram-se dois pressupostos: 1) os sujeitos são parte do espaço e, portanto, são produzidos e significados ao mesmo tempo em que o produzem e o significam; 2) pela sua posição de relevância, a OMS produz e divulga dados sobre saúde e doença que significam, de modo relevante, as parcelas espaciais das quais fala.

Partindo disso, os números e demais dados divulgados pela organização atravessam, internacionalmente, governantes, profissionais e populações, fazendo que espacialidades nacionais sejam estabelecidas e avaliadas por meio dos conhecimentos da área da Saúde. Tais espacialidades, embora não sejam fixas, fazem emergir maneiras de entendermos diferentes pessoas, de diferentes países, ao mesmo tempo em que nos posicionam e criam vias de entendermos a nós mesmos.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

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



Editora

Rosamaria Giatti Carneiro

Editora associada

Maria Fernanda Gonzalez

Submetido em

19/08/20

Aprovado em

11/05/21

Referências

1. Silva LJ. A globalização da doença. *Rev Saude Publica*. 2003; 37(3):273-4.
2. Andrade CR, Ibiapina CC, Champs NS, Toledo Junior ACC, Picinin IFM. Gripe aviária: a ameaça do século XXI. *J Bras Pneumol*. 2009; 35(5):470-9.
3. Gomes IMAM, Ferraz LMR. Ameaça e controle da gripe A(H1N1): uma análise discursiva de *Veja*, *IstoÉ* e *Época*. *Saude Soc*. 2012; 21(2):302-13.
4. Correia AMD. A resposta em Coimbra à epidemia de pneumónica de 1918-1919 sob o olhar de um periódico local. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2018; 25(3):679-94.
5. Matos HJ. A próxima pandemia: estamos preparados? *Rev Pan-Amazonica Saude*. 2018; 9(3):9-11. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232018000300001>.
6. Souza CD. Educação, Geografia e Saúde: geobiopolíticas nos discursos da Organização Mundial da Saúde e a produção da mundialidade pelo controle e prevenção de doenças [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
7. Teixeira L, Alves L. Especial Covid-19: o olhar dos historiadores da Fiocruz: ciência, saúde e doenças emergentes: uma história sem fim. Rio de Janeiro: Agência Fiocruz de Notícias; 2020.
8. Johns Hopkins University & Medicine. Coronavirus resource center [Internet]. Baltimore: Johns Hopkins University; 2020 [citado 15 Maio 2020]. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>



9. Darsie C, Weber D. Doença e controle espacial: questões sobre dispersão e isolamento em tempos de pandemia. *J Infect Control*. 2020; 9(2):1-2.
10. Carvalho SR, Andrade HS, Oliveira CF. O governo das condutas e os riscos do risco na saúde. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e190208.
11. Foucault M. Segurança, território e população. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
12. Foucault M. *Histoire de la sexualité*. Paris: Gallimard; 1993. (v. 1, *La volonté de savoir*).
13. Foucault M. *A história da sexualidade 1 – a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2009.
14. Azevedo RO, Veiga-Neto AJ. Biopoder, vida e educação. *Pro-Posições*. 2019; 30:e20170099.
15. Foucault M. O sujeito e o poder. In: Dreyfus HL, Rabinow P, organizadores. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010. p. 273-95.
16. Rose N. The death of the social? Re-Figuring the territory of government. *Econ Soc*. 1996; 25(3):327-56.
17. Traversini C, Bello SEL. O numerável, o mensurável, o auditável: estatística como tecnologia para governar. *Educ Real*. 2009; 1(1):135-52.
18. Lopes AMP. Promoção da saúde no processo de democratização brasileiro: biopolíticas e constituição de sujeitos da saúde. *Fractal*. 2019; 31(3):283-91.
19. Miller P, Rose N. *Governando o presente*. São Paulo: Paulus; 2012.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 15 Maio 2020]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>
21. Weber DL. *Deslocamentos internacionais, educação e saúde global: os discursos biopolíticos que produzem o sujeito migrante [dissertação]*. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul; 2017.
22. Massey D. *Pelo espaço: uma nova política da espacialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2009.
23. Weber DL, Darsie C. *Vidas clandestina: espacialidades que educam/produzem sujeitos migrantes*. In: Silveira ES, Moretti CZ, Pereira MV, organizadores. *Educação clandestina*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2019. p. 115-28.
24. Passos ICF. *A análise Foucaultiana do discurso e sua utilização em pesquisa etnográfica*. *Psicol Teor Pesqui*. 2019; 35:e35425.
25. Hillesheim B, Cappellari A. Os corpos da inclusão: mídia e relações com a diferença. *Rev Educ Espec*. 2019; 32:1-17.
26. Fischer RMB. Foucault e a análise de discurso em educação. *Cad Pesqui*. 2001; (114):197-223.
27. Foucault M. *A ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola; 1998.
28. World Health Organization. *Health Regulations*. Genebra: WHO; 2005.
29. Organização Mundial de la Salud. *Contribuir a la salud Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015 Un programa de acción sanitaria mundial*. Genebra: OMS; 2006.
30. World Health Organization. *Global immunization vision and strategy 2006–2015*. Genebra: WHO; 2006.
31. Legg S. Foucault's population geographies: classifications, biopolitics and governmental spaces. *Popul Space Place*. 2005; 11(3):137-56.



32. World Health Organization. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006 - 2015: breaking the chain of transmission. Genebra: WHO; 2006.
33. World Health Organization. Toward universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions on health sector. Genebra: WHO; 2006.
34. World Health Organization. Working for health: an introduction to the World Health Organization. Genebra: WHO; 2007.
35. World Health Organization. WHO Lyon Office for national epidemic preparedness and response. Genebra: WHO; 2007.
36. World Health Organization. Global Framework for immunization monitoring and surveillance. Genebra: WHO; 2007.
37. World Health Organization. International cities and public health crises. Genebra: WHO; 2009.
38. World Health Organization. International travel and health: situation as on 1 January 2010. Genebra: WHO; 2010.
39. World Health Organization. International world health statistics 2009. Genebra: WHO; 2010.
40. World Health Organization. International travel and health: situation as on 1 January 2011. Genebra: WHO; 2011.
41. World Health Organization. International world health statistics 2010. Genebra: WHO; 2011.
42. World Health Organization. International travel and health: situation as on 1 January 2012. Genebra: WHO; 2012.
43. World Health Organization. International world health statistics 2011. Genebra: WHO; 2012.
44. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo – um por venir más seguro. Genebra: OMS; 2007.
45. Organización Mundial de la Salud. Guía de la Organización Mundial de la Salud para planificar la comunicación en caso de brotes epidémicos. Genebra: OMS; 2008.
46. The Lancet. Covid-19 in Brazil: “So what?”. Lancet. 2020; 395(10235):1461. Doi: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31095-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31095-3).
47. Gardner D. Risco: a ciência e a política do medo. Rio de Janeiro: Odisséia; 2009.
48. Street AF. Ask your doctor: the construction of smoking in advertising posters produced in 1946 and 2004. Nurs Inq. 2004; 11(4):226-37.
49. Castiel LD, Vasconcellos-Silva PR, Moraes DR. Micromortevida Severina? A comunicação preemptiva dos riscos. Cad Saude Publica. 2017; 33(8):e00016017.
50. Alvim M. Coronavírus: como o surto está espalhando antigos preconceitos sobre a China e seus hábitos culturais. BBC News Brasil [Internet]. 2020 [citado 15 Maio 2020]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-51305487>
51. Gilles-Vernick T, Craddock S, Gunn J. Mobility restrictions, isolation and quarantine: historical perspectives on contemporary debates. In: Gilles-Vernick T, Craddock S, Gunn J. Influenza and public health: learning from the past pandemics. Washington: Earthscan; 2010.



Globalization has caused the circulation of viruses and bacteria on a global scale, compelling health authorities to pay attention to the dynamics between space and diseases. Consequently, the World Health Organization (WHO) plays an essential role concerning knowledge production and information spreading as a health standard regulation. Using discursive practices analysis, about disease control, through document analysis written by the WHO where arise discussions about biopolitical strategies and spatiality production. In those documents the national spatialities are produced and valued according to the prevention and control of diseases capacities in each country member, especially in crisis periods.

Keywords: Disease. Health. Pandemic. WHO. Spatialities.

La globalización causó la circulación de virus y bacterias en escala global, haciendo que las autoridades sanitarias observen las relaciones entre espacio y enfermedades. De esa forma, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desempeña un papel central en la producción de conocimientos y en la divulgación de informaciones que regulan normas sanitarias. A partir del análisis de prácticas discursivas vinculadas al control de enfermedades, se discuten aquí estrategias biopolíticas y la producción de espacialidades, llevando en consideración el análisis de documentos publicados por la OMS que presentan los preceptos de la institución. En ellos se subraya la producción de espacialidades nacionales que pasan a valorarse de acuerdo con las capacidades de prevención y control de enfermedades de cada país miembro, especialmente en momentos de crisis.

Palabras clave: Enfermedad. Salud. Pandemia. OMS. Espacialidades.