



RECLAMANDO A VIDA: SABERES QUE CONTAM

Por: Maria Paula Meneses

Arundhati Roy, num artigo recente, intitulado “O vírus é um portal”¹, reflete sobre as implicações sociais do COVID-19. Numa altura em que as vítimas desta pandemia fatais ascendem a quase um milhão, a autora chama a atenção para dois efeitos distintos desta crise de saúde pública: se por um lado o coronavírus, como no passado outros vírus, se propaga livremente ao longo das rotas de comércio e do capital internacional, por outro lado esta doença infecciosa, pelas medidas preventivas em curso, experimentadas noutras pandemia, prendeu os humanos nos seus países, cidades e casas.

Como qualquer outra doença viral, o novo co-

ronavírus é um microrganismo. As infeções virais adquirem significado na sua relação com as diferentes formas de organização social, nas reações que provoca e da maneira como esta doença é um espelho amplificador dos conflitos culturais, económicos e políticos que marcam o mundo contemporâneo. Este texto procura contribuir para a reflexão sobre os impactos sociais desta pandemia nas sociedades contemporâneas.²

² *Os seres humanos podem ser contaminados por vários coronavírus, que causam infeções respiratórias que variam da gripe comum a doenças mais graves, como a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) e a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS). O coronavírus descoberto mais recentemente causa a doença de coronavírus COVID-19. Veja-se <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses> acedida em 26 de março de 2020.*

¹ *Publicado no Financial Times na edição de 3 de abril, disponível em <https://www.ft.com/content/10d8f5e8-74eb-11ea-95fe-fcd274e920ca>, acedida a 3 de abril de 2020.*

A pandemia atual está no centro da atenção de muitas análises, quer pela novidade do vírus, quer pelos desafios que este vírus coloca (fruto do ainda relativo conhecimento sobre o seu comportamento) para prever a sua disseminação epidemiológica, para apreender suas propriedades imunológicas e para desenvolver tratamentos eficazes, incluindo uma vacina.

Os processos políticos, económicos e sociais que moldarão a trajetória da epidemia - podem ser entendidos observando cuidadosamente outras epidemias em busca de lições valiosas. Por exemplo, a Tuberculose (TB), uma doença causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, é uma das mais mortíferas no mundo. Com origens na antiguidade (Lawn e Zumla, 2011)³, esta doença é ainda a principal causa de morte por um único agente infeccioso (muito acima do HIV/SIDA). A TB é transmitida através de pessoas doentes com tuberculose, que expõem bactérias pelo ar, por exemplo tossindo. Estima-se que 10 milhões de pessoas são contaminadas a cada ano, apesar das medidas sanitárias em curso há largos anos (incluindo a vacinação). As projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que um quarto da população mundial

já teve contacto com o *M. tuberculosis* e, portanto, corre o risco potencial de desenvolver a doença da TB (WHO, 2019: 1). Em 2018 a TB ceifou a vida a cerca de 1,2 milhões de pessoas no mundo, incluindo 250.000 pessoas HIV positivas.⁴

Crescentemente, como vários estudos alertam, a TB multirresistente (TB-MR) está em expansão, sobretudo na Índia, China e Rússia. A TB-MR é extremamente difícil de tratar - não responde aos medicamentos de primeira linha - e geralmente é fatal. Os estudos sobre a tuberculose mostram também como questões económicas, culturais e sociais interferem na propagação desta doença.

Estudos realizados sobre o H1N1 ou a chamada 'gripe suína', sobre o SARS, HIV/SIDA,⁵

gripe das aves (HPAI), febres hemorrágicas virais - como Ébola e Marburg -, surtos epidémicos de Zika, dengue, malária, etc., refletem a ameaça de doenças infecciosas. Tal como a Covid-19, mostram-nos a presença de um inimigo antigo, mas familiar, lembrando-nos que ao longo da história, nada matou mais seres humanos do que os vírus, bactérias e parasitas que causam doenças. Manifestando-se como epidemias - ou como pandemias de proporções globais -, a propagação destas doenças - as suas implicações - desafiam abertamente as políticas públicas de saúde contemporâneas.⁶ Estes estudos alertam para a urgência de estudar estas epidemias não apenas como um problema de saúde pública, a ser solucionado ou a ser evitado no futuro, mas também como um fenómeno social, político (Almeida Filho, 2006; Leach, Scoones e Stirling, 2010), potencial gerador de injustiças cognitivas (Anderson e Beresford, 2016).

O reconhecimento da importância da compreensão de um surto epidémico além da sua componente técnica, imediata, requer que cada um destes episódios epidémicos seja avaliado através do prisma da ecologia de saberes (Santos, 2014), combinando as escalas temporais com escalas espaciais. Esta opção implica combinar, por um lado, a análise do surto a curto prazo com o estudo de implicações e condições predisponentes na longa duração e, em paralelo o corpo doente individual até à escala global.

Um dos exemplos recentes desta abordagem está associado à febre hemorrágica Ébola, sendo um estudo dos riscos de uma pandemia global, como destacou em março o New York Times.⁷ Em 2014, o surto de Ébola atingiu vários países da África ocidental que tinham vivido situações de guerra civil há relativamente pouco tempo; como não havia (nem há) vacina contra este vírus hemorrágico tornou-se difícil sustentar a epidemia, que vitimou mais de 11.000 pessoas.

medicamentos que ajudam a controlar e debelar a carga virica, já matou mais de 30 milhões de pessoas e infetou 75 milhões, apesar deste número crescer a cada dia.

⁶ Informação disponível em <https://www.who.int/csr/don/archive/year/en/>, acedida a 26 de março de 2020.

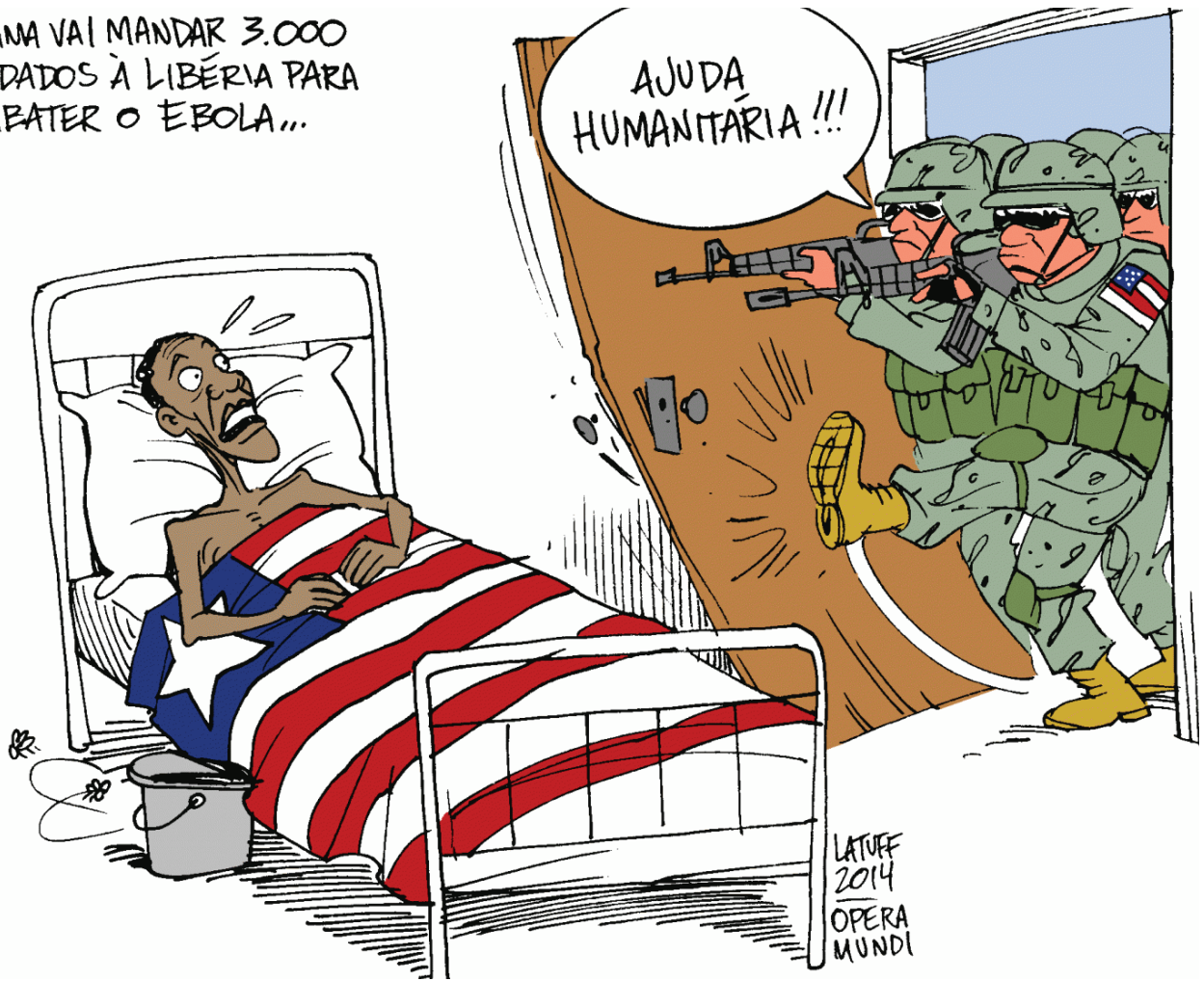
⁷ "Before Virus Outbreak, a Cascade of Warnings Went Unheeded", *New York Times*, edição de 19 de março de 2020, disponível em <https://www.nytimes.com/2020/03/19/us/politics/trump-coronavirus-outbreak.html>, acedida a 25 de março de 2020.

³ A tuberculose foi identificada como doença apenas na segunda metade do séc. XIX. Acredita-se que algumas formas da doença já eram conhecidas na antiguidade (Atenas), senão antes. A vacina foi descoberta no séc. XX.

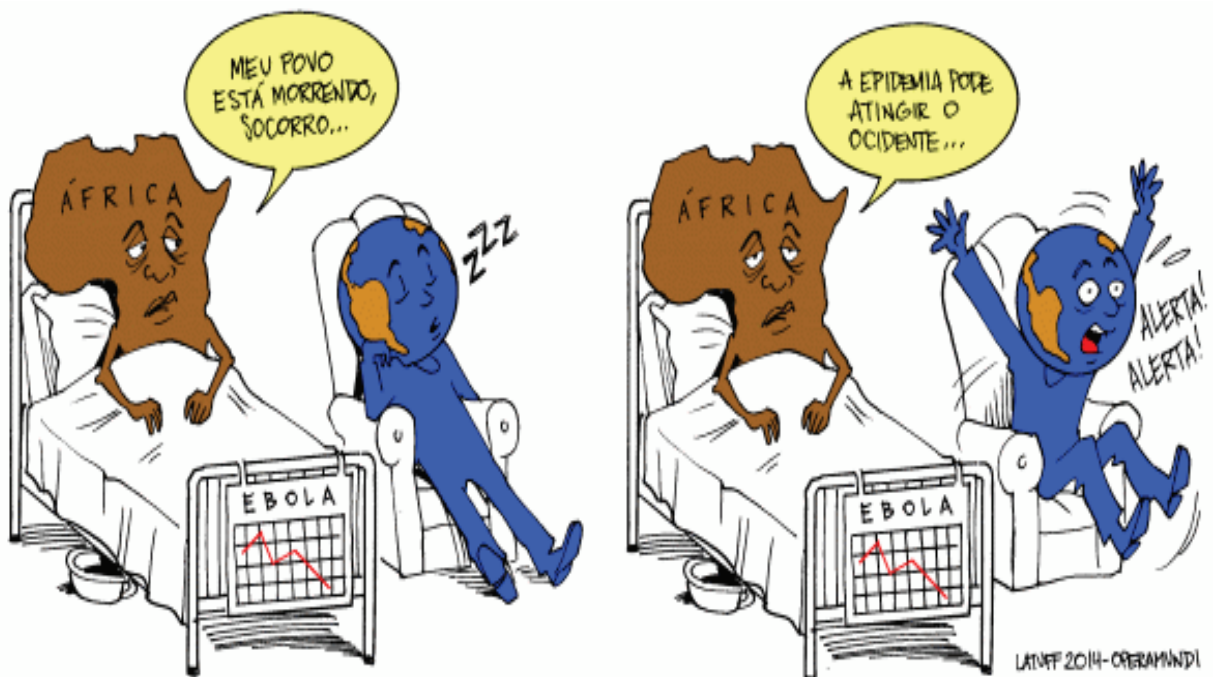
⁴ Dados disponíveis em <https://apps.who.int/gho/data/view.main.57018ALL?lang=en> acedida em 26 de março de 2020.

⁵ O HIV/SIDA, uma pandemia que ainda está conosco, e para a qual não se possui ainda nenhuma vacina, apenas

BAMA VAI MANDAR 3.000 SOLDADOS À LIBÉRIA PARA COMBATER O EBOLA...



A Libéria, um dos países afectados pelo Ebola em 2014, é simbolicamente apresentada como um enfermo de cama, coberto com um lençol que é a bandeira do país. Os soldados norte-americanos, em traje de combate, e de arma em riste, abrem a porta do quarto enquanto gritam: 'Ajuda humanitária'



A violência com que o Ébola se propagou levou, em setembro de 2014, os Médicos Sem Fronteiras (MSF) a recorrerem à linguagem da segurança para apelar ao apoio dos governos dos países do Norte a enviarem pessoal e equipamento médico, ao mesmo tempo que alertavam para o risco biológico desta crise. Este apelo, controverso dada a abordagem tradicionalmente cautelosa dos MSF face ao envolvimento militar na resposta a emergências humanitárias, moldou decididamente a intervenção internacional em 2014-2015 (Benton, 2017: 27-28). Como apoio, os EUA enviaram quase 3.000 soldados para esta região do continente africano, procurando ajudar a conter a propagação da doença. Este exercício, considerado um sucesso, expôs as fragilidades do sistema de biodefesa norte-americano.⁸

As ‘lições’ aprendidas com o surto de Ébola estão sistematizadas no memorando de Christopher Kirchhoff,⁹ que inclui contribuições de todos os sectores de governação. Estas lições sobre o Ébola, que Kirchhoff descreve como o mais rápido surto epidémico desde a gripe espanhola de 1918, mostraram que na altura os EUA detinham mais capacidade interventiva que a própria Organização Mundial da Saúde (OMS).

Desde então vários estudos sobre os surtos do Ébola sublinham a importância da interpretação da doença em função dos contextos políticos (Anderson e Beresford, 2016), estruturais (Leach, 2015), históricos (Packard, 2016) e socioculturais (Richards, 2016). Mais ainda, revelaram fragilidades e oportunidades para se repensar as formas de luta contra epidemias tão violentas. Ao mesmo tempo, a forma em como o Norte global, os países mais ricos, lidaram com esta crise humanitária foram muito criticados, quer em contextos académicos, quer em artigos de opinião ou mesmo de forma visual. Um dos melhores exemplos são as denúncias do cartunista político Latuff.

Em 2014, vários dos seus cartoons expunham a violência física e a injustiça epistémica gerada por esta intervenção militarizada do Norte, para quem o vírus do Ébola era compreendido como o ‘inimigo’.

Em paralelo, estas imagens expõem cruamente a linha abissal que separa o Norte global do Sul, no campo da saúde. Nos cartoon que se segue, não só o cuidado é distinto – no Norte trata-se, no Sul global, as populações são descartáveis. Qualquer intervenção científica é feita para evitar qualquer contaminação possível do ‘Norte/ocidente’.¹⁰

Na sequência do surto de Ébola de 2014-2015 o Conselho de Segurança da ONU aprovou uma declaração declarando esta epidemia uma ameaça à paz e à segurança internacionais.¹¹ Este contexto, onde a epidemia é vista, numa perspetiva militar, como um ‘inimigo a abater’, trouxe de regresso o paradigma securitário à saúde global, fortalecendo a fratura abissal no campo da saúde. Com efeito, a segurança de saúde significou, de novo, firmeza na proteção do Norte global contra ‘os inimigos externos’. Neste contexto convém lembrar a reflexão de Paul Farmer, com quase duas décadas, sobre a tuberculose na Rússia:

projetar a tuberculose como um tema-chave de segurança nacional [...] é uma abordagem que coloca os médicos e o

⁸ Pouco antes de deixar a Casa Branca, a administração Obama produziu um relatório abrangente sobre as lições aprendidas pelo governo federal ao combater o Ébola, tendo mesmo em 2017, modelado um exercício de resposta a uma pandemia semelhante para o novo governo de Trump.

⁹ O Memorando sobre “NSC Lessons learned study on Ebola”, de 11 de julho de 2016, está disponível em <https://int.nyt.com/data/documenthelper/6823-national-security-council-ebola/05bd797500ea55be0724/optimized/full.pdf#page=1>, e foi acedido em 25 de março de 2020.

¹⁰ Uma exposição intitulada “Fighting Extremes: from Ébola to Isis”, teve lugar em 2014 em Londres, no Museu Imperial da Guerra. No caso do Ébola, a exposição celebrava a participação de mais de 1.500 tropas e médicos britânicos no combate à epidemia de 2014-15 na Serra Leoa; de entre os itens expostos estava um balde com água com lixívia usado para lavar as mãos (um objeto fundamental neste género de ação militar). Estavam também peças de camuflados usados pelos militares e vídeo-entrevistas com cientistas militares e com uma enfermeira que contraiu ébola enquanto ajudava os pacientes. Nas palavras da diretora do museu, “a natureza do conflito está em constante evolução [...]. A exposição é um instantâneo dos papéis complexos que as forças armadas britânicas realizam hoje, trabalhando ao lado de ONGs ajudando no combate a epidemias, ou no combate ao ISIS no Médio Oriente” (Disponível em <https://advisor.museumsandheritage.com/news/fighting-extremes-from-Ébola-to-isis-at-the-imperial-war-museum/> acedido 27 de março de 2020).

¹¹ Declaração S/RES/2177, de 18 de setembro de 2014, disponível em http://www.securitycouncilreport.org/atf/cf/%7B65BF9B-6D27-4E9C-8CD3-CF6E4FF96FF9%7D/S_RES_2177.pdf acedida em 26 de março de 2018.

peçoal da área da saúde na condição de guarda-costas. Só alguns corajosos falam de solidariedade e de apoio (Farmer, 2001a).

Numa perspetiva transescalar, estes ‘cuidados’ de saúde securitários revelam-se ainda mais preocupantes quando presenciamos, 5 anos após o surto de Ébola de 2014-15, os efeitos prolongados do Ébola não só em corpos individuais, mas também nas experiências duradouras de humanitarismo e saúde pública que foram extractivistas, confrontando a compaixão com a apropriação (McKenna, 2019).

Pensar na doença de acordo com suas múltiplas ontologias potencialmente unifica essas diferentes vertentes da análise. Além disso, respostas políticas, políticas e de saúde pública que buscam prevenir ou mitigar epidemias potencialmente desastrosas devem envolver-se com sua pluralidade simultaneamente. As abordagens oficiais em termos de segurança sanitária do Norte global durante a crise do Ébola em 2014-15, juntamente com as preocupações de segurança doméstica, resultaram em estratégias de contenção, coerção e criminalização expressas como violência patrocinada pelo Estado contra comunidades ‘recalcitrantes’ (aquelas que eram percebidas como não cooperando nos procedimentos centralizados de controle de epidemias), bem como na hipervigilância e policiamento da mobilidade transfronteiriça.

As medidas de exceção que a pandemia da COVID-19 tem suscitado obrigam-nos a pensar nas lições do Ébola. O comportamento do novo coronavírus - a compreensão do processo infeccioso e da imunidade -, os esforços contínuos para melhorar quer o atendimento clínico, quer para desenvolver tratamentos e vacinas médicas que respondam a este vírus, são uma parte crítica da história ainda em desenvolvimento. Outra parte desta história são as respostas sociais das pessoas à doença e as interações entre si. A COVID-19 está a expor, reforçar e catalisar novas relações sociais, culturais e políticas; desnuda desigualdades e ansiedades. Como vários artigos recentes denunciam, o modelo global de saúde continua assente, em larga medida, na assistência técnica e capacitação por parte de países do Norte global, sobretudo EUA, Reino Unido, etc. (Leach, 2015;

Dalglisch, 2020; Jones, 2020). Um relatório recente da Global Health 50/50 assinala que 85% das organizações globais na área da saúde estão sediadas no Norte global (Europa e América do Norte), sobretudo na Suíça, Reino Unido e nos EUA. A larga maioria dos dirigentes no campo da saúde global são oriundos de países do G7, principalmente do Reino Unido e dos EUA (Global Health 50/50, 2020: 30, 64). No caso da atual pandemia, a resposta destes países revelou-se inadequada. Como sublinha o relatório da Global Health 50/50, estes dados marcam as assimetrias de poder que continuam a flagelar a estrutura da saúde global, enraizada numa longa herança de relações injustas e desiguais, marcadas por heranças coloniais, imperiais, das estruturas de governança pós-Segunda Guerra Mundial assim como normas e práticas patriarcais (Global Health 50/50, 2020: 16).

A ideia do ‘controle’ sobre a doença assumiu grande visibilidade a partir da década de 1970. É assim que Frank Macfarlane Burnet e David White afirmaram: “para o presente retemos um otimismo básico e assumimos que não haverá catástrofes de grande magnitude e que as guerras serão mantidas em ‘lume brando’”; no seu prognóstico sobre o futuro das doenças infecciosas apenas anteviam “a emergência inesperada de alguma doença infecciosa nova e perigosa”, prognosticando que no futuro estes episódios epidémicos seriam contidos (Burnet e White, 1972: 263). Este relegar das pandemias para o passado histórico não se verificou. Apesar do governo britânico ter insistido, durante as primeiras semanas de propagação da COVID-19 que era possível fazer frente à pandemia e salvar a economia britânica, esta perspetiva foi severamente criticada pelo relatório produzido por investigadores do Imperial College de Londres (Ferguson et al., 2020). Este relatório, enviado ao governo britânico, levou a uma alteração profunda da política de saúde pública face ao novo coronavírus. Da opção de um contágio gradualmente de grande parte da população através de medidas de mitigação - de modo a obter a chamada ‘imunidade de grupo’ - passou-se à opção da contenção. De acordo com a previsão apresentada no relatório, com as medidas adotadas (isolamento de sete dias para quem apresentava sintomas, 14 dias de quarentena aos núcleos familiares e recomendação de isolamento social) o Reino Unido fará face à pandemia com

cerca de 260.000 mortos (quer pelo coronavírus, quer por outras doenças que o serviço nacional de saúde não teria capacidade de tratar).

As críticas a esta opção surgiram de vários contextos. Na opinião de alguns epidemiologistas, importa compreender as causas estruturais da pandemia como elementos fundamentais para planejar as estratégias de emergência. Integrar as interpretações e experiências comunitárias ajuda a descobrir a melhor forma de responder à crise pandémica, avançando além de apenas reiniciar a relação colonial-capitalista e patriarcal que gerou o dano (Wallace et al., 2020). Outros investigadores defendem que os erros cometidos e as falhas no projeto civilizatório têm a sua origem nas propostas políticas de Bretton Woods, visando a privatização e a monetarização dos bens comuns da saúde pública. Modelos como o Imperial College, que assentam sobretudo em análise probabilística, limitam a possibilidade de análise a questões tratadas no modelo, e que espelham a ordem social dominante (Shen, Taleb e Bar-Yam, 2020), eliminando da equação o impacto das forças do mercado na gestão dos surtos e das decisões políticas subjacentes às intervenções. Como vários dos exemplos analisados sugerem, um país capturado por um regime de epidemiologia individualizada - uma contradição absoluta -, é incapaz de reunir os recursos necessários para desafiar a COVID-19.

O modelo de expansão epidemiológica do COVID-19 pelo mundo, produzido pelo Imperial College é exemplo de uma monocultura do conhecimento, onde apenas a biomedicina - e as suas projeções estatísticas são tidas em linha de conta, e onde o saber e a experiência do Norte global continuam a reafirmar a relação centro-periferia. O centro pensa e vive os problemas, como o relatório refere explicitamente: “nenhuma intervenção pública com impactos tão profundos e por um lapso de tempo tão longo foi alguma vez tentada” (Ferguson et al., 2020: 16). À periferia cabe a aplicação deste modelo. Desafiando esta posição várias investigadoras inglesas trouxeram os exemplos das experiências vividas pelos habitantes da Guiné Conacri, Serra Leoa e Libéria, que foram surpreendidos em 2014-2016 pela epidemia do Ébola.¹² Os relatos do Ébola apontam

semelhanças próximas às vividas no passado um pouco por todo o mundo, indicando que é possível aprender das histórias destas epidemias para lidar com a COVID-19.

As experiências de epidemias recentes, desde a doença dos legionários na década de 1970, até à SIDA, o Ébola, a síndrome respiratória aguda grave (SARS) até à COVID-19, continuam a ameaçar e perturbar a humanidade. As ciências sociais e as humanidades, que também trabalham sobre os impactos das epidemias, têm muito a oferecer. O enfoque apenas na COVID-19 como uma emergência de saúde pública durante o surto pode eclipsar, como aconteceu noutras crises anteriores, a atenção à contaminação fruto de uma crise de longo prazo da infraestrutura de saúde pública precipitada por uma crise político-económica de curto prazo, como várias avaliações apontam (Legido-Quigley et al., 2020).¹³

Compreender a COVID-19 exige ter em atenção fatores históricos e político-económicos, que ajudam a explicar as origens e as escalas de impacto dos grandes surtos epidémicos no mundo. A exploração histórica dos surtos epidémicos, em contextos geopolíticos específicos, permite uma análise mais fina das razões epistemológica e políticas que caracterizam as várias regiões do mundo que sofreram estes surtos, revelando, de forma explícita, o entrelaçamento co-constitutivo do contexto material e dos arranjos sociais (como as pessoas participam, gerenciam e negociam o uso dos espaços) através da história. Por outro lado, ao explorar as respostas de diferentes formas de organização (instituições), a várias escalas (do individual, passando pela comunidade, pela dimensão nacional e internacional) face às epidemias, torna-se possível explorar, a partir de exemplos concretos, como uma epidemia dá origem a várias situações críticas distintas, expressas através de múltiplas experiências do surto,

em 26 de março de 2020.

¹³ Veja-se, igualmente Davies e Bennett (2020), *Global Health 50/50 (2020)*, assim como “*Out of Control: Crisis, Covid-19 and Capitalism in Africa*”, disponível em <https://roape.net/2020/03/26/out-of-control-crisis-covid-19-and-capitalism-in-africa/> e “*India Cannot Fight Coronavirus Without Taking Into Account its Class and Caste Divisions*”, disponível em <https://www.theindiaforum.in/article/india-cannot-fight-coronavirus-without-taking-account-its-class-and-caste-divisions>, ambos acedidos a 27 de março.

¹² Veja-se <https://www.ids.ac.uk/opinions/covid-19-a-social-phenomenon-requiring-diverse-expertise/>, acedido

muitas vezes concorrentes, bem como múltiplas formas de enfrentá-lo.

Na primeira década do séc. XX os espaços urbanos - um ambiente propiciador à disseminação rápida de infeções - abrigavam já mais e metade da população global, comparado com 30% em 1918 (Smil, 2011). No contexto atual, marcado pela promiscuidade entre o poder político e o grande capital global, o tráfego de mercadorias (incluindo animais vivos e outros produtos agrícolas) e de pessoas é muito mais volumoso e rápido do que no início do séc. XX (Santos, 2018). Ao mesmo tempo, é uma condição ideal para espalhar infeções pelo mundo, como nos ensinam as lições das pandemias na história.

Como a pandemia da Covid-19 nos mostra, mais uma vez, as doenças infecciosas não desapareceram, num desafio aberto à posição assumida, como referido anteriormente, por Frank Macfarlane Burnet e David White (1972), para quem as doenças infecciosas eram quase sinónimo de passado ou de países em vias de desenvolvimento. A ideia de que o conhecimento científico controlava a vida sugeria implicitamente que a exportação do modelo de saúde existente garantia, por si só, a saúde do planeta. Porém, hoje existem muitas mais novas doenças infecciosas, onde se inclui o SARS, o HIV e a COVID-19. No conjunto, o seu número quase quadruplicou no último século (Smil, 2011). Aqui se esboça uma linha abissal ténue, entre a afirmação do controle das doenças, e a ignorância sobre o futuro da saúde do mundo.

Outro tema recorrente nas análises históricas das epidemias é que as intervenções médicas e de saúde pública geralmente não cumprem as promessas a que se propõem com a velocidade necessária. No contexto europeu, a tecnologia necessária para erradicar a varíola - a vacinação - era já conhecida em finais do séc. XVIII, mas levou quase 180 anos para obter sucesso na sua disseminação enquanto prática de saúde pública (Jones, 2020). Por outro lado, a coerção usada para impor a vacinação, sobretudo nos espaços coloniais onde por vezes a varíola existia como uma alternativa indígena viável (caso da Índia) levou a reações de fuga e recusa da vacina (Apffel-Marglin, 1990).¹⁴ A sífilis, um dos grandes flagelos

do início do século XX, poderia ter sido erradicada com mais facilidade quando a penicilina se tornou disponível; porém, como vários médicos alertaram contra o seu uso amplo, por temerem que essa medida contribuísse para aumentar a promiscuidade, a penicilina tardou a ser utilizada de forma ampla (Brandt, 1985).

Por outro lado, um elemento crítico das políticas coloniais, a preocupação da medicina colonial centrou-se na proteção da saúde dos colonos europeus, em garantir a superioridade militar e apoiar a natureza extrativa da relação capitalista-colonial (Arnold, 1993). Apesar dos médicos e cientistas coloniais terem contribuído substancialmente para o avanço da biomedicina, o seu trabalho centrou-se quase que exclusivamente na saúde dos colonos, e periféricamente dos colonizados, na medida em que era importante assegurar a manutenção e reprodução desta força de trabalhos (Schiebinger, 2005; Tilley, 2016). Esta opção reflete por um lado, uma competição por conhecimento e influência usando material indisponível nas colónias, extraindo o conhecimento local enquanto 'informação' apenas (Santos, Menezes, Nunes, 2005). Desta forma criou-se a ideia que o foco das doenças infecciosas se encontrava unicamente nas colónias - um tema que continua a permear os estudos em saúde no presente. A medicina colonial (ou tropical, em contextos pós-coloniais), enfatizou a malária, a cólera, a febre amarela, a doença do sono e outras doenças específicas, passando a concentrar-se em abordagens tecnológicas estreitas na busca do controle da doença (Ruxin, 2006; Tilley, 2011; Chigudu, 2020). As consequências adversas do encontro colonial espelham as consequências da 'violência estrutural' do modelo colonial-capitalista (Farmer, 2001b). A estrutura política e económica em que se apoiou o domínio colonial não só interrompeu a vida e as formas de subsistência das pessoas, como foi geradora de desigualdades duradouras, que lançaram as bases para a reprodução dessas formas de violência (Tilley, 2016). Mesmo no caso de pessoal biomédico que trabalhavam em espaços coloniais, e que procuraram levar a sério o princípio ético de 'não causar dano' tiveram que enfrentar os problemas de saúde gerados pela governação colonial, como Franz Fanon (1965) destacou, quer estivessem conscientes de seu papel em produzi-los ou não.

¹⁴ A varíola mantém-se uma opção válida seja por questões de índole religiosa, seja pelas dimensões tecno-económicas, e disponibilidade nas áreas rurais.

O enfoque no controle de doenças reduziu a necessidade de garantir a cooperação e o diálogo com outros sistemas de saúde. Esta perspectiva extractivista continua a predominar entre grupos de interesse de especialistas do Norte global, e procurando usar a sua influência para identificar que doenças merecem ser estudadas e que medicamentos devem ser desenvolvidos (Feierman, 1985). Da mesma forma, a maioria das principais empresas farmacêuticas são resultado ou evoluíram de empresas que forneciam medicamentos para sustentar o colonialismo.

As informações que nos chegam todos os dias sobre a COVID-19 direta ou indiretamente examinam o impacto das reformas neoliberais no campo da saúde, nos tempos que correm transformada num espaço de (re)produção de capital. Não interessa se a pessoa está ou não doente; interessa saber se tem seguro de saúde ou tem acesso a um fragilizado sistema nacional de saúde (no caso dos países mais ricos) e, nos países do Sul global se tem acesso a centros e hospitais com fracas condições, fruto da combinatória neoliberal combinada entre as elites políticas locais e as agências internacionais, como o Banco Mundial ou o FMI. Nas palavras de Paul Farmer (2014: xvi), os arquitetos e implementadores de programas e projetos de saúde global, manipulados pelos políticos neoliberais do Norte global, defendem que os cuidados de saúde, para serem sustentáveis, devem ser vendidos como uma mercadoria, mesmo quando e onde a maioria de seus potenciais beneficiários não a pode comprar. A humanidade, as pessoas, nesta hora de crise global em que são pacientes enfermos, buscam o apoio dos serviços de saúde do Estado, mas é-lhes exigido serem clientes. E assim se afirma uma linha abissal: quem não pode pagar não tem acesso à saúde em condições de epidemias. Como Achille Mbembe (2020) destaca num texto recente, não podemos permitir que o direito a respirar nos continue a dividir entre cidadãos (que podem respirar) e os outros. O direito a respirar, a viver, é sinónimo do direito fundamental à existência. Como Mbembe enfatiza, trata-se de um direito originário de habitar a Terra, um direito específico da comunidade universal dos habitantes da Terra, humanos e outros. Dos que integramos e compomos os territórios. E esta é a grande indagação que a COVID nos deixa. Seremos capazes de redescobrir a nossa li-

gação inquebrável ao território, ao sentido amplo da vida? Essa pode ser a pergunta, a última, antes que a o portal se encerre de vez.

REFERÊNCIAS

- Almeida Filho, Naomar (2006), "A Saúde e o Paradigma da Complexidade", *Cadernos do Instituto Humanitas Unisinos*, 4 (15), 4-45.
- Anderson, Emma-Louise; Beresford, Alexander (2016), "Infectious Injustice: The Political Foundations of the Ébola Crisis in Sierra Leone", *Third World Quarterly*, 37 (3), 468-486.
- Apffel-Marglin, Frédérique (1990), "Smallpox in two systems of knowledge", in Frédérique Apffel-Marglin e Stephen A. Marglin (org.), *Dominating Knowledge: Development, Culture and Resistance*. Oxford: Clarendon Press, p. 102-144.
- Arnold, David (1993), *Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteen Century India*. Berkeley: University of California Press.
- Benton, Adia (2017), "Whose Security? Militarization and Securitization During West Africa's Ébola Outbreak", in Michiel Hofman e Sokhieng Au (org.), *The Politics of Fear: Médecins sans Frontières and the West African Ébola Epidemic*. Oxford & New York: Oxford University Press, p. 25-50.
- Brandt, Allan M. (1985), *No magic bullet: a social history of venereal disease in the United States since 1880*. New York: Oxford University Press.
- Chigudu, Simukai (2020), *The Political Life of an Epidemic: Cholera, Crisis and Citizenship in Zimbabwe*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dalglis, Sarah L. (2020), "COVID-19 gives the lie to global health expertise", *The Lancet*, 26 de Março de 2020, DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30739-X.
- Fanon, Frantz (1965), *A Dying Colonialism*. New York: Grove Press.
- Farmer, Paul (2001a) "Russia's Tuberculosis Catastrophe", *Project Syndicate*, disponível em www.project-syndicate.org/commentary/russia-s-tuberculosis-catastrophe, acedido a 26 de março de 2020.
- Farmer, Paul (2001b), *Infections and Inequalities: the modern plagues*. Berkeley: University of California Press.
- Feierman, Steven (1985), "Struggles for Control: The social roots of health and healing in modern Africa", *African Studies Review*, 28 (2/3), 73-147, DOI: 10.2307/524604.
- Ferguson, Neil M. et al. (2020), *Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand*, de 16 de março, disponível em <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/>

ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-NPI-modelling-16-03-2020.pdf, acessado em 27 de março de 2020, DOI: <https://doi.org/10.25561/77482>.

Frankenburg, Frances R. (2017), "Sexually Transmitted Disease Experiments in Guatemala", in Frances R. Frankenburg (org.), *Human Medical Experimentation: From smallpox vaccines to secret government programs*. Santa Barbara: Greenwood, p. 226-229.

Global Health 50/50 (2020), *The Global Health 50/50 Report 2020: power, privilege and priorities*, de março de 2020, disponível em <https://globalhealth5050.org/2020report/>, acessado a 26 de março de 2020.

Jones, David S. (2020), "History in a Crisis - Lessons for Covid-19", *The New England Journal of Medicine*, de 12 de março de 2020, DOI: 10.1056/NEJMp2004361.

Lawn, Stephen D.; Zumla, Allimuddin I. (2011), "Tuberculosis", *The Lancet*, 18 de março de 2011, DOI: 10.1016/S0140-6736(10)62173-3.

Leach, Melissa (2015), "The Ebola Crisis and Post-2015 Development", *Journal of International Development*, 834, 816-34.

Leach, Melissa; Scoones, Ian; Stirling, Andrew (2010), "Governing epidemics in an age of complexity: Narratives, politics and pathways to sustainability", *Global Environmental Change*, 20 (3), 369-377.

Legido-Quigley, Helena et al. (2020), "The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic", *The Lancet*, de 18 de março de 2020, DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30060-8.

MacFarlane Burnet, Frank; White, David O. (1972), *Natural History of Infectious Disease*. Cambridge: Cambridge University Press.

Mbembe, Achille (2020), "Le droit universel à la respiration", AOC, edição de 6 de abril de 2020, disponível em <https://aoc.media/opinion/2020/04/05/le-droit-universel-a-la-respiration/>, acessado a 30 de junho de 2020.

McKenna, Maryn (2019), "Colonialists Are Coming For Blood-Literally", WIREd, edição de 3 de março de 2019, disponível em <https://www.wired.com/story/Ébola-epidemic-blood-samples/>, acessado em 26 de março de 2019.

Packard, Randall M. (2016), *A History of Global Health: Interventions into the Lives of Other Peoples*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues (PCSBI) (2011), *Ethically Impossible: STD Research in Guatemala from 1946 to 1948*. Washington DC., disponível em https://law.stanford.edu/wp-content/uploads/2011/09/EthicallyImpossible_PCSBI_110913.pdf, acessado a 6 de abril de 2020.

Reverby, Susan M. (2012), "Ethical Failures and History Les-

sons: *The U.S. Public Health Service Research Studies in Tuskegee and Guatemala*", *Public Health Reviews*, 34 (1), DOI:10.1007/bf03391665.

Richards, Paul (2016), *Ébola: How a People's Science Helped End an Epidemic*. London: Zed Books.

Ruxin, Josh (2006), "How has the Global Fund affected the fight against AIDS, tuberculosis and malaria?", *American Medical Association Journal of Ethics*, 8 (12), 839-842.

Santos, Boaventura de Sousa (2014), *Epistemologies of the South. Justice against Epistemicide*. Abingdon: Routledge.

Santos, Boaventura de Sousa (2018), *Esquerdas do mundo, uni-vos!* S. Paulo: Boitempo.

Santos, Boaventura de Sousa; Meneses, Maria Paula; Nunes, João Arriscado (2005), "Para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistémica do mundo", in Boaventura de Sousa Santos (org.), *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p. 25-68.

Schiebinger, Londa (2005), "Forum introduction: The European colonial science complex", *Isis*, 96 (1), 52-55.

Shen, Chen; Taleb, Nassim Nicholas; Bar-Yam, Yaneer (2020), "Review of Ferguson et al. 'Impact of non-pharmaceutical interventions...'", *New England Complex Systems Institute* de 17 de março de 2020, disponível em <https://static1.squarespace.com/static/5b68a4e4a2772c2a206180a1/t/5e70eb32b16229792eb14836/1584458547530/ReviewOfFerguson.pdf>, acessado a 4 de abril de 2020.

Smil, Vaclav (2011), *Global Catastrophes and Trends: The Next Fifty Years*. Cambridge, MA: MIT Press.

Tilley Helen (2011), *Africa as a Living Laboratory: Empire, Development, And The Problem of Scientific Knowledge, 1870-1950*. Chicago: University of Chicago Press.

Tilley, Helen (2016), "Medicine, Empires, and Ethics in Colonial Africa", *AMA Journal of Ethics*, 18 (7), 743-753, Doi: 10.1001/journalofethics.2016.18.7.mhst1-1607.

Wallace, Rob et al. (2020), "COVID-19 and Circuits of Capital", *Monthly Review*, edição de maio de 2020, disponível em <https://monthlyreview.org/2020/04/01/covid-19-and-circuits-of-capital/>, acessado a 4 de abril de 2020.

World Health Organization (2019), *Global Tuberculosis Report 2019*. Geneva: WHO.