



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

PEDRO HENRIQUE DA COSTA CARVALHO

**OS LIMITES DA INTERVENÇÃO HUMANITÁRIA:
UMA ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO MÉDICOS SEM
FRONTEIRAS (MSF) NO ENFRENTAMENTO DO EBOLA**

Londrina
2019

PEDRO HENRIQUE DA COSTA CARVALHO

**OS LIMITES DA INTERVENÇÃO HUMANITÁRIA:
UMA ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO MÉDICOS SEM
FRONTEIRAS (MSF) NO ENFRENTAMENTO DO EBOLA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Londrina (UEL) como requisito parcial para obtenção de título de mestre.

Orientadora: Prof^a Dra. Leila Sollberger Jeolás
Co-orientador: Prof^o Dr. Flávio Braune Wiik

Londrina
2019

PEDRO HENRIQUE DA COSTA CARVALHO

**OS LIMITES DA INTERVENÇÃO HUMANITÁRIA:
UMA ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO MÉDICOS SEM FRONTEIRAS
(MSF) NO ENFRENTAMENTO DO EBOLA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Londrina (UEL) como requisito parcial para obtenção de título de mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Leila Soolberger Jeolás
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Jean François-Véran
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Prof. Dra. Martha Ramirez-Gálvez
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 26 de fevereiro de 2019.

Aos
*11.310 mortos pelo Ebola e às 17.300 pessoas que
foram infectadas pelo vírus, devastando famílias e
comunidades, principalmente na Guiné, na Libéria
e na Serra Leoa. Aos milhares de profissionais que
arriscaram suas vidas para enfrentar o medo e a
violência suscitados pelo vírus.*

AGRADECIMENTOS

Finalizo esta dissertação com a certeza de que a sua conclusão só foi possível graças a várias pessoas que estiveram ao meu lado nesses dois anos, acompanhando e apoiando na medida do possível.

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, profa. Dra. Leila Sollberger Jeolás, pela orientação e dedicação à minha pesquisa, mas também pela paciência em ensinar a antropologia para este aluno que veio de uma área acadêmica completamente diferente. Além disso, obrigado por ter demonstrado em todos os nossos encontros a paixão pela antropologia, que despertava em mim uma vontade cada vez maior de me aprofundar nessa pesquisa.

Penso que jamais seria possível a conclusão dessa dissertação se não fosse o apoio e os conselhos dados pela professora Leila nesse período.

Ao prof. Dr. Flávio Braune Wiik, pela oportunidade e as orientações que deram início a esta pesquisa. Também gostaria de agradecer ao prof. Dr. Jean-François Véran, que, desde o primeiro contato, nunca se opôs a tirar dúvidas, além do convite a assistir às suas aulas e a conhecer o escritório dos MSF que, com toda a certeza, foram essenciais para o desenvolvimento da pesquisa. Também agradeço à minha banca de qualificação, profa. Dra. Martha Ramírez-Galvéz e profa. Dra. Maria Carolina de Araújo Antônio, pelas considerações que foram essenciais para a conclusão dessa pesquisa.

Não poderia deixar de estender o agradecimento às professoras Leila e Martha, pelas orientações passadas através do grupo de estudo que, desde antes da qualificação, fizeram apontamentos essenciais para o desenvolvimento dessa pesquisa.

Agradeço também a revisão feita pela profa. Dra. Maria Beatriz Pacca, que certamente deixou o texto mais fluído.

Aos colegas do mestrado em Ciências Sociais, especialmente a Mariana, que me acompanhou desde o início, compartilhando as angústias e vivenciando momentos de estudos, escritas de artigos e apresentação de trabalho, uma parceria que me deu força para concluir esta etapa.

Não poderia deixar de agradecer àqueles que foram fundamentais pela minha formação pessoal, profissional e acadêmica. Em primeiro lugar, meus pais, Maria Tereza e Fernando, pelas lições de amor e perseverança. Eles jamais pouparam esforços para viabilizar os meus estudos. E, nos inevitáveis momentos de desmotivação, estiveram ao meu lado, com palavras de afeto que certamente me fizeram seguir em frente. Esta vitória é nossa!

Aos meus irmãos e cunhadas, João, Vinicius, Alessandra e Franciele, pelas conversas e apoios dados nesse período,

Também ao meu avô Reinaldo, que mesmo sem entender o que o neto faz, sempre fica feliz quando compartilho as minhas conquistas. A minha avó Osmari, pelas conversas compartilhadas. Aos meus tios, Maria Helena e Julio, que sempre me apoiaram e incentivaram a seguir meus sonhos, compartilhando dos ensinamentos deixados pela vovó Helena (*in memoriam*) que, com certeza, tornaram melhores as pessoas da nossa família.

Não poderia deixar de agradecer também ao Hospital do Coração de Londrina, aos amigos que lá formei, em especial a Dra. Izabel Cristina Fantinato Sahão, que nunca mediu esforços para incentivar e apoiar os estudos de todos.

Além desses, gostaria de agradecer aos amigos que me acompanharam e compartilharam as experiências e angústias que o mestrado/doutorado propicia: Aline, Fátima, Eloá, Danilo e Leandro. Mas também aos amigos que nesse período compreenderam as limitações de tempo e, mesmo que eu não estivesse presente em todos os encontros marcados, não desistiram da minha amizade: Rafaela, Raphael, Lu, Humberto, Ana, Vanderlei, Tati, Zé e Andressa.

Também estendo os agradecimentos a Thalita, Gabriela e Barbara que conheci durante esses períodos e já se dispuseram a acompanhar e dar força para superar as angústias que vivenciei.

E não poderia deixar de agradecer aos amigos da família Calsavara: Sr. Juarez, D., Eva, Larissa, Melissa e Vanessa. Desde que eu era criança, eles estão acompanhando as minhas conquistas e me socorrendo nos assuntos pendentes e que deixo para resolver de última hora.

E a Deus, por ter me dado força para ultrapassar todas as barreiras e empecilhos que surgiram nesse período.

CARVALHO, Pedro Henrique da Costa. **Os limites da intervenção humanitária: uma análise da organização Médicos Sem Fronteiras (MSF) no enfrentamento do Ebola.** 113 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, 2019.

RESUMO

O presente estudo tem como objeto de análise a experiência de profissionais da organização Médicos Sem Fronteiras (MSF) face à epidemia do Ebola que afetou a região da África Ocidental, especificamente a região da Guiné, entre os anos de 2014 e início de 2016. A pesquisa foi realizada a partir de documentos e de entrevistas produzidos pela própria organização e o objetivo foi o de analisar as tensões e os impasses da ação dos profissionais da MSF para tratar dos infectados e conter a disseminação da doença. O trabalho se pautou em abordagens teóricas da antropologia da saúde, antropologia humanitária e de discussões sobre biopolítica a fim de demonstrar a complexidade de tal ação, bem como a precariedade da vida daqueles afetados pelo vírus. Os limites e impasses referem-se às condições estruturais, à carência de recursos materiais e humanos, à celeridade e letalidade do vírus, aos medos e angústias suscitados diante da epidemia, aos dilemas das decisões tomadas em situação de emergência, ao ímpeto de salvar vidas e a impotência diante da realidade, à abordagem universalizante do humanitarismo e os modelos e as experiências locais de enfrentamento da doença e do sofrimento. A partir de uma análise documental dos relatos de profissionais que atuaram nesse contexto, são abordados as dificuldades de comunicação e os conflitos de valores que se confrontavam com os princípios, as orientações e os procedimentos estabelecidos pela organização para o controle e tratamento do vírus do Ebola. Pretendi não perder de vista o papel desempenhado e o efeito produzido pelos atores em suas redes de interações e em um contexto político, econômico e cultural específico. Embora pautados pelo modelo médico hegemônico ocidental, os profissionais da MSF veem suas ações confrontadas a outras práticas terapêuticas de cuidado da vida. A isso se acresce o fato de essa experiência se dar em um contexto de emergência de uma epidemia que atualiza e acirra representações de contágio e morte enfrentadas no campo das desigualdades sociais, em uma localidade com histórico de repressão e violência que suscitaram ações de estigmatização diante dos procedimentos protocolizados. A região escolhida para esta análise, a Guiné, se deu pelo fato de ter sido o local em que se iniciou o surto do Ebola, além de representar um alto índice de óbitos de pessoas infectadas, proporcional aos outros países atingidos, como a Libéria e Serra Leoa, além da inércia internacional inicial diante dos apelos para o enfrentamento da situação. A pesquisa foi realizada pela internet, via sites da organização e outros correlatos; através de levantamento do material produzido pela própria organização; do acesso aos vídeos e documentários disponíveis; e de uma visita à sede da organização MSF no Rio de Janeiro.

Palavras-chave: Ebola. Médicos Sem Fronteiras. Biopolítica.

CARVALHO, Pedro Henrique da Costa. **The limits of humanitarian practice: an analysis of Médecins Sans Frontières (MSF) in confronting to Ebola.** 113 p. Dissertation (Master's Degree Dissertation) – State University of Londrina, Londrina, 2019.

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the experience of Médecins Sans Frontières (MSF) in the perspective of their professionals in the course of Ebola epidemic that affected the West African region, specifically the Guinean region, between 2014 and 2016. The research was made from material and interviews produced by the organization and the objective was to analyze the tensions and obstacles in the MSF intervention to care about the infected and contain the spread of Ebola virus. The work was based on theoretical approaches of health anthropology, humanitarian anthropology and biopolitics discussions in order to demonstrate the complexity of such action as well as the precariousness of the lives affected by the virus. Limits and obstacles refer to structural conditions, lack of material and human resources, virus speed and lethality, fears and anxieties raised in face of the epidemic, decisions and dilemmas taken in emergency situation, impetus to save lives and impotence despite of reality to the universalizing approach of humanitarianism and models and local experience in facing disease and suffering. From a documentary analysis and the professional's reports who worked in this context, we intend to analyze the difficulties of communication and the conflicts of values that were confronted with the guidelines and procedures established by the organization for control and treatment of Ebola virus. I intended not to lose sight of the role played and the effect produced by the actors in their networks of interactions and in a specific political, economic and cultural context. Although guided by the Western hegemonic medical model, MSF professionals have to support their actions both in a rationalist and universalistic representation of illness/health in contrast with different representations and practices of these dimensions of life. Add to this problem the fact that the confrontation of such representations and practices occurs in an emergency context: an epidemic that updates and intensifies representations of contagion and death played on the field of social inequalities, in a locality with a history of repression and violence that provoked actions of stigmatization face the protocolled procedures. The chosen region, Guinea, for this analysis was due to the site where the outbreak of Ebola began, in addition to representing a high rate of deaths of infected persons, proportional to the other affected countries, such as Liberia and Serra Lioness. The research was conducted through internet, by the organization's websites and other related information; a survey of the material produced by the organization; access to available videos and documentaries; and a visit to MSF's office organization in Rio de Janeiro.

Key words: Ebola. Doctors Without Borders. Biopolitics.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	O CONTEXTO E OS ATORES: DO MEDO AO ENFRENTAMENTO DO EBOLA NA GUINÉ	18
2.1	O CONTEXTO POLÍTICO, ECONÔMICO E SOCIAL DA GUINÉ: O SURGIMENTO DO EBOLA	20
2.2	A EPIDEMIA DO EBOLA: NÓS EVOLUÍMOS DE INDIFERENÇA GLOBAL PARA MEDO GLOBAL.....	27
2.3	A PRECARIEDADE DA VIDA EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA: UM CONTRASTE ENTRE MOBILIZAÇÃO LOCAL E RECURSOS INTERNACIONAIS.....	32
3	IMPASSES, TENSÕES E CONTRADIÇÕES NA EXPERIÊNCIA DO ENFRENTAMENTO DO VÍRUS: DESCOBRI QUE A MORTE TEM NOME E SOBRENOME: VÍRUS EBOLA	40
3.1	IMPASSES, TENSÕES E CONTRADIÇÕES: NÃO HÁ O QUE FAZER, NÃO TEM CURA E TEM QUE HIDRATAR	41
3.2	IMPASSES, TENSÕES E CONTRADIÇÕES: CUIDAR E EVITAR	50
3.3	IMPASSES, TENSÕES E CONTRADIÇÕES: GERINDO A VIDA E A MORTE - DA BUSCA ATIVA COMPULSÓRIA À PRÁTICA DOS RITUAIS DE SEPULTAMENTO DIGNOS E SEGUROS	59
4	OS PRINCÍPIOS DA AÇÃO HUMANITÁRIA EM CONTEXTO DE EMERGÊNCIA: NÃO É TEMPORÁRIO E VOCÊ NÃO PODE VOLTAR ATRÁS NAS DECISÕES	71
4.1	OS LIMITES DA INDEPENDÊNCIA E DA NEUTRALIDADE: RESPOSTAS A SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA NA PRÁTICA	71
4.2	OS LIMITES DA ÉTICA [MÉDICA]: MEDIDAS EXCEPCIONAIS TOMADAS	75
4.3	OS LIMITES DA IMPARCIALIDADE: FOMOS OBRIGADOS A TOMAR MEDIDAS IMPERFEITAS E SEM PRECEDENTES	81
4.4	O FIM DO EBOLA NA GUINÉ: UMA EPIDEMIA DE EXCEÇÕES?	86
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	90

6	REFERÊNCIAS.....	95
7	FONTES DE PESQUISA.....	98

1 INTRODUÇÃO

O objetivo desta dissertação é analisar as tensões e os impasses na experiência dos profissionais da Organização Médicos sem Fronteiras (MSF) com o ebola na Guiné¹ entre os anos de 2014 ao início de 2016. A análise se deu a partir de documentos e de entrevistas produzidas pela própria organização por ocasião de sua ação humanitária no combate à epidemia. Para tanto, pretendo retratar o início do surto do Ebola, as dimensões nacionais e internacionais que a doença suscitou, desde as interpretações da doença pelos guineenses, até a postura dos governos e das organizações internacionais, bem como as formas de tratamento adotadas no contexto da Guiné que geraram diversos questionamentos e suscitaram tensões e impasses com relação às decisões tomadas pela MSF.

Toda doença e, sobretudo, as transmissíveis afetam as relações sociais em todos os níveis e acionam o imaginário social, causando medo e insegurança, pois remetem à possibilidade de incapacitação e até mesmo da morte, como o Ebola, um pequeno ser vivo, que, em razão de sua capacidade de transmissão, mobilizou pessoas, corpos, relações sociais, leis, políticas públicas, organizações internacionais e nações. O que constitui doença e saúde varia muito entre os diferentes grupos, culturas e classes sociais, bem como a diversidade de soluções que os grupos constroem para explicar e tratar os fenômenos do adoecimento, da perturbação e da fragilização humana. Vários autores ressaltam que toda doença, mal ou infortúnio é percebido e vivido social e historicamente, pois, diante de uma sensação orgânica desagradável e estranha, se buscará compreender e comparar a outras manifestações a fim de lhe atribuir sentido e buscar formas de enfrentamento. Na busca de sentido para o sofrimento, a origem da doença tem papel relevante e, no caso do Ebola, interpretações ligadas a questões históricas e políticas da colonização se reelaboraram de várias formas: um vírus intencionalmente trazido pelos governos ocidentais a fim de testar novas vacinas ou medicamentos ou uma tentativa de diminuir a população para extrair os ricos insumos naturais existentes na Guiné.

A crise epidêmica do Ebola de 2014 demonstrou a gravidade e os níveis de dificuldades enfrentados diante de um vírus com o grau de transmissibilidade como este, sobretudo em países com deficiências estruturais, como os da África Ocidental. Além das dificuldades enfrentadas por parte dos governos, das instâncias de saúde, de organizações internacionais e de outros agentes, a população afetada buscava interpretar e atribuir sentido à doença ou ao infortúnio que os atingia. Diversos relatos de profissionais da organização MSF, que atuaram neste surto de 2014, apontam dificuldades de comunicação e conflitos de valores que se confrontaram com os procedimentos estabelecidos pela organização para o controle e tratamento do Ebola, além dos impasses frente a

¹ Também conhecida como Guiné-Conacri, referindo-se à sua capital, para distingui-la da vizinha Guiné-Bissau.

decisões que precisaram ser tomadas pela MSF, decorrentes da inércia inicial dos governos e organizações internacionais, dos limites de recursos e da situação de emergência² vivenciada.

Pretendo, justamente, analisar tais dificuldades, através dos relatos desses profissionais, bem como os impasses vivenciados frente às orientações e os princípios humanitários da MSF. O objeto de pesquisa trata da tensão existente entre a representação racionalista e universalista de doença/epidemia, hegemônica nas ciências da saúde, própria das sociedades ocidentais contemporâneas, e diferentes percepções da experiência de alguns agentes da MSF no contexto de emergência vivenciado na crise do Ebola na Guiné, um dos países mais afetados pelo vírus decorrente da dispersão geográfica e do alto índice de mortalidade.

No ano de 2014, diversos países foram fortemente atingidos pelo vírus do Ebola. De acordo com Antunes (2015), o surto teve o primeiro caso registrado em dezembro de 2013, no vilarejo de Meliandou, situado na Guiné, região fronteira com Serra Leoa e Libéria. Tendo havido uma disseminação geográfica muito rápida, foi tratado como uma situação sem precedentes, que desencadeou o grande surto no ano de 2014, se estendeu até 2016 e atingiu parte dos países situados na África Ocidental, além de outros casos registrados em países europeus e nos Estados Unidos, a ponto de a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarar a situação epidêmica em 8 de agosto de 2014 e uma emergência em saúde pública de relevância internacional.

De acordo com os dados da OMS (2016), o surto teve um total de 28.616 infectados e 11.310 mortos, principalmente da Guiné, da Libéria e de Serra Leoa, ou seja, um total de 39,52% da taxa de mortalidade. Trinta e seis casos confirmados foram reportados na Itália, no Mali, na Nigéria, no Senegal, na Espanha, no Reino Unido e nos Estados Unidos. Outros 24 pacientes confirmados foram transportados para França, Alemanha, Itália, Holanda, Reino Unido, Estados Unidos, Noruega, Espanha e Suíça em busca de atendimento. Na República Democrática do Congo, também em 2014, foram registrados outros 66 infectados e, desses, 49 foram a óbito.

A propagação do vírus se dá pelo contato direto com pessoas ou cadáveres infectados e com fluidos corporais. O contato com cadáveres era comum nas regiões atingidas, pelo menos no início do surto, o que se dava através dos ritos funerários, considerados pela organização MSF (2014) como uma das práticas comuns nas comunidades afetadas pelo Ebola que envolviam pessoas tocando e lavando o corpo do cadáver. O lugar e a relevância dos rituais na vida social (VAN GENNEP, 1978) se dão pelo fato de que eles acompanham toda as mudanças de lugar, estado, posição social e idade, cumprindo a sua função de representar as mudanças fundamentais da vida em comum. Mas em meio a tal crise e diante de tantas mortes, esse contato foi restringido por meio de práticas e políticas que limitavam o contato com o cadáver, quando o medo diante do desconhecido foi reforçado pelas intervenções médico-sanitárias.

² A distinção de urgência e emergência, de acordo com Giglio-Jacquemot (2005), não se deixa definir de maneira exclusivamente técnica, mas a uma conjunção de múltiplos fatores de natureza variada que incluem questões tanto coletivas quanto sociais. Neste trabalho, será preferida a palavra *emergência*, uma vez que foi a mais utilizada nas falas e discursos dos profissionais da MSF.

Nas análises iniciais do material produzido sobre o Ebola, defini o problema da pesquisa circunscrito aos relatos sobre a transmissão do vírus, relacionado aos ritos funerários, apontado como a principal forma de transmissão, talvez em razão da leitura que fazia à época da antropologia da doença/saúde, na qual se busca o exercício relativizador e comparativo, “o olhar antropológico”, sobre os fenômenos do adoecimento, com o risco, é certo, de reificar as particularidades, especificidades e até mesmo o “exótico” nestes fenômenos.

Entretanto, com o aprofundamento do material, observei que os funerais eram um dentre os tantos fatores que contribuíram para a rápida disseminação do vírus e que os impasses iam além de uma questão unicamente cultural. Sua facilidade de dispersão deve ser compreendida considerando todos os elementos que se fizeram presentes, isto é, que produziram algum efeito na rede que acarretou a crise epidêmica do Ebola, tanto de natureza individual, como social, humana e não humana (o vírus).

Nesse sentido, as várias formas de transmissão ultrapassavam uma prática cultural determinada, como também os princípios dos MSF se reatualizaram no processo, daí a necessidade de ampliar o campo de análise para todos os impasses vivenciados pela organização durante a experiência no enfrentamento do vírus. Portanto, focar em uma das formas de transmissão e reificar uma concepção “culturalista” da doença não parecia à melhor alternativa para a delimitação do objeto de estudo. Mas, como o tempo e a distância geográfica não possibilitavam uma pesquisa de campo, a opção de analisar o material produzido pela organização MSF e o material que expressa a perspectiva de diferentes profissionais que atuaram durante a crise epidêmica do Ebola pareceu mais factível e ajustada às preocupações do projeto inicial.

Iniciei, portanto, a pesquisa em *sites* dos MSF, embora pretendesse também realizar entrevistas com membros da organização que fizeram parte de projetos de assistência em saúde às populações atingidas pelo vírus Ebola. Para isso, por intermédio do antropólogo Jean François Véran, membro da Unidade Médica do Brasil (BRAMU)³, tive a oportunidade de ir ao Rio de Janeiro, em setembro de 2017, visitar o escritório nacional brasileiro da organização MSF, a fim de realizar os primeiros contatos para as entrevistas. Entretanto, enfrentei dificuldades, pois fui informado que esse tipo de pesquisa exigia o envio de uma carta de apresentação, o resumo da pesquisa e seus objetivos, para serem submetidos à análise pelo comitê de ética internacional da organização, localizado em Genebra. Somente após nove meses de espera, obtive a permissão para realizar algumas entrevistas, devendo esclarecer e tornar explícito que se trataria de visões parciais e pessoais dos membros da organização que aceitassem participar, e não de declarações oficiais da própria MSF, não representando, portanto, a posição da organização frente aos projetos organizados durante a crise desta epidemia. Diante desta dificuldade, optei por centrar a pesquisa na análise documental, a qual já

³ Órgão criado pelo escritório dos MSF, em 2007, que tem, dentre suas finalidades, o objetivo de contribuir com estudos científicos, pesquisas, identificação de possíveis melhorias nos protocolos de diagnóstico e tratamento de doenças e treinamento (MSF, 2015).

vinha realizando, mas de maneira ainda incipiente, a partir das plataformas eletrônicas de três escritórios da organização MSF, Brasil, França e Suíça, este último representado por Genebra e responsável pelos projetos sobre o Ebola.

Portanto, a atuação da organização humanitária MSF passou a ser o foco do trabalho, um dos atores fundamentais nos esforços de enfrentamento da epidemia do Ebola na África Ocidental. Com a pesquisa documental mais avançada, a escolha da Guiné se deu em razão de a taxa de mortalidade, percentualmente⁴, ter sido maior entre os infectados do que nos outros dois países mais atingidos, mesmo que o número de infectados tenha sido menor. Além disso, a quantidade de material coletado mostrou-se maior da Guiné em comparação aos demais países, com 203 arquivos, de um total de 437 levantados.

A criação da MSF deve ser contextualizada na história da ajuda médico-humanitária que remonta ao empresário Jean-Henry Dunant, o qual testemunhou a Batalha de Solferino, conflito que envolveu mais de 300 mil combatentes pela independência da Itália, em 1859. O empresário se responsabilizou pela administração dos esforços de ajuda aos feridos que eram deixados para trás pelos comandos militares. A partir desse momento, Dunant passou a defender projetos que garantiam assistência aos combatentes feridos durante o período do conflito, de modo que, em 1863, criou o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) com outros quatro empresários suíços. Em 1864 o CICV, junto a diversos governos europeus, realizou a primeira convenção internacional em Genebra e, a partir de então, foi concedido ao movimento de ajuda humanitária providenciar a assistência a estes feridos. Os Princípios Humanitários desta organização foram lançados em 1995, na XXVI Conferência Internacional da Cruz Vermelha (CICV) e, em resumo, definem a postura que as organizações de ajuda a populações que estão submetidas a riscos e contextos adversos devem adotar: humanidade, imparcialidade, neutralidade, independência, voluntariado, unidade e universalidade (CICV, 1995). Apesar de terem sido lançados apenas na década de 1990, desde 1967 já se defendia uma postura neutra e imparcial em relação aos conflitos existentes. O exemplo dramático do que ocorrera após a declaração unilateral de Biafra à sua independência da Nigéria foi um marco desta discussão para aqueles envolvidos com a ajuda humanitária. A fim de reprimir os rebeldes que lutavam pela separação, o governo nigeriano decidiu suspender as fontes de recursos financeiros, além do bloqueio das linhas de suprimento básico e, com isso, acarretou diversas mortes pelo país, chegando até mais de dois milhões de pessoas.

A partir dessa situação, as organizações de ajuda humanitária evidenciaram os limites dos princípios da neutralidade e da imparcialidade que levavam a uma passividade com relação à falta de

⁴ De acordo com dados da OMS, entre os anos de 2014 e 2016, Serra Leoa foi o país mais atingido pela epidemia, com 14.124 casos entre suspeitos ou confirmados, sendo suspeitos considerados pacientes que apresentaram os mesmos sintomas, mas não foi confirmada a doença; desses, 3.956 foram a óbito. Os outros dois países com maiores número de infectados foram a Libéria, com 10.675 casos entre suspeitos e confirmados e 4.809 mortes, e a Guiné-Conacri, com 3.811 casos também entre suspeitos e confirmados, com 2.543 mortos infectados, ou seja, embora esse último país tenha apresentado um baixo número de pessoas infectadas, foi o país com a maior taxa de mortalidade.

posicionamento, de crítica e de ação com relação às violações cometidas pelo governo da Nigéria, pois tiveram que negociar com eles para que o mínimo de ajuda fosse entregue, sendo aceita apenas com a condição de que todo tipo de ajuda fosse previamente inspecionada e levada através dos aviões do próprio governo nigeriano.

Foi então que, no ano de 1971, contrariando essa postura adotada pelo CICV e defendendo que o silêncio em relação às violações cometidas pelo governo era inaceitável, o francês Bernard Kouchner fundou a organização Médicos Sem Fronteiras (MSF), junto com outros médicos e enfermeiros voluntários na assistência a Biafra. Para ele, a neutralidade não podia mais significar confidencialidade, mas sim o não comprometimento da ajuda com as partes em conflito. Essa interpretação da neutralidade expunha um conceito novo que seria capital para o desenvolvimento da organização MSF, o da liberdade de crítica ou de denúncia (HISATOMO, 2012, p.44).

Muitos analistas e profissionais humanitários questionam a viabilidade de uma ajuda neutra e independente em circunstâncias extremas, como as vivenciadas no período de guerra, ou, objeto deste trabalho, diante de uma crise epidêmica, na qual as ações e as decisões da organização são submetidas a uma pluralidade de fatos que dependem de limites estruturais e contextuais e exigem ajuda de outras organizações internacionais e mesmo de governos envolvidos ou não com a situação. Além disso, questionam as possibilidades éticas da ajuda humanitária frente às violações contra os direitos humanos, à violência no caso das guerras e às desigualdades sociais e decisões sensíveis, no caso das epidemias. Os princípios de atuação dessas organizações humanitárias, sobretudo o de imparcialidade, são alvo de extensos debates em um campo de estudos que vem se delineando como “Antropologia e Humanitarismo”. Na área da Ciência Política, igualmente, despontam estudos, tendo como foco, sobretudo, os conflitos de guerra, o deslocamento de populações, campos de refugiados, dentre outros temas, que colocam à prova os princípios de neutralidade, imparcialidade e independência. Ao expandirem seu campo de ação, as organizações humanitárias se tornaram dependentes de recursos disponibilizados pelos governos e de doações particulares, sendo que essa prática torna-se produto de barganha entre os governos.

Nessa mesma linha de debates e críticas, outras pesquisas (FASSIN, 2010) questionam a questão moral nas ações das agências humanitárias em relação às catástrofes naturais ou ocasionadas pelos homens, através de guerras e genocídios, demonstrando os interesses existentes no enfrentamento destes eventos, argumentando que o humanitarismo se tornou uma força poderosa nas sociedades contemporâneas, onde as desigualdades alcançaram um nível sem precedentes e o humanitarismo suscita a fantasia de uma comunidade moral global que ainda pode ser viável, e com a expectativa de que a solidariedade possa ter poderes redentores.

Tais questões sobre o humanitarismo, aquelas discutidas por Foucault (1985) e relacionadas ao poder sobre a vida, ou melhor, poder sobre o desenrolar da vida, a qual o autor vai chamar de biopoder, demonstraram-se um processo fundamental para o desenvolvimento do capitalismo, uma

vez que a gestão da vida toma um espaço relevante em como o poder sobre a vida *se exerce* nas relações e em de “uns” sobre os “outros”. Tal discussão da relação do poder dos governos sobre a vida da população é também analisada por Aganbem (1998), Butler (2009) e Fassin (2010), para quem os governos impõem práticas e situações que questionam o valor e a precariedade da vida. Os dispositivos que compõem o biopoder produzirão inúmeras consequências para o discurso científico, para as tecnologias políticas, para a atuação da norma com mecanismos reguladores e corretivos para a vida coletiva. É certo que este controle sobre os corpos e sobre a vida tem também o objetivo de prevenir e erradicar doenças evitáveis, com resultados positivos em vários contextos. Mas, muitas delas, apesar de todas as medidas necessárias, continuam afligindo grande parte da humanidade, o que leva Fassin (2005) a falar em “biopolítica bem frágil”, tendo em vista os desafios econômicos - custo das medidas - e políticos - aumento da xenofobia, remetendo a uma hierarquia de valores e de poderes que definem quais “vidas merecem ser vividas” e a um questionamento ético sobre o desvalor das “vidas precárias” (BUTLER, 2009).

No caso do enfrentamento de epidemias, o trabalho de Verán (2013) traz uma análise profunda dos limites e dos dilemas da ação humanitária a partir de sua experiência com a coléra no Haiti. Segundo ele, questões morais, de “alteridade radical” e de “multiculturalismo” perpassam as experiências de lidar com o sofrimento alheio, mas, no pragmatismo da ação de enfrentamento do sofrimento, as questões de origem do vírus, de interpretação e explicação da doença ou do infortúnio são ultrapassadas pelas soluções apresentadas e disponíveis para as suas consequências, quando a prática se impõe às razões teóricas, conforme elucidou Bourdieu (1980).

Se o objetivo da pesquisa foi o de analisar a experiência dos MSF no enfrentamento do Ebola, o problema da pesquisa foram os impasses representados por uma ação pautada em princípios e valores humanitários estabelecidos frente às realidades locais, às especificidades socioculturais, aos recursos disponíveis e à ação dos atores sociais em tal situação de emergência. A legitimidade da ação depende da aceitabilidade da terapêutica proposta no controle e na erradicação das doenças para garantir o objetivo hegemônico nas organizações humanitárias, que é o de “salvar vidas”. Trata-se de analisar como se atualizam os princípios humanitários na prática do enfrentamento do Ebola, uma vez que, como bem questiona Verán (2013, p.2), “[...] como uma organização [MSF] embasada em uma concepção universalista do sofrimento humano funciona em terras de emergência que apresentam frequentemente uma alteridade radical, inclusive na própria conceituação – ou não conceituação – do humano?”. Como enfrentar o paradoxo que é inerente à ajuda humanitária, de contrapor desigualdades socioeconômicas e políticas com prática de solidariedade que contém em si a tensão da assimetria presente neste tipo de intervenção? (FASSIN, 2010). Como enfrentar as tensões e limites tão onipresentes e complexos, quando se submete a população a procedimentos de biossegurança, através de acompanhamento de rumores e rastreamento de contato, limitações dos ritos funerários, mobilizações invasivas com promoção da saúde e reforço das normas precauções estranhas a todos?

Além de outras medidas, por vezes contestadas, por exemplo, a quarentena individual ou maciça e o distanciamento social? (CALAIN; PONCIN, 2017)

São questões difíceis de responder, mas pretendo abordar esses problemas na análise do material pesquisado e à luz dos autores citados, que abriram caminhos para estes questionamentos. O propósito deste trabalho, portanto, não foi emitir interpretações sobre os atores que participaram desse processo ou expressar algum tipo de julgamento, favorável ou não sobre eles, tampouco pretendeu avaliar os resultados da atuação da organização médica humanitária Médicos Sem Fronteiras. Vários atores atuaram neste enfrentamento do Ebola e, como bem indica a abordagem de Latour (2008), dentre outros autores, é possível ressaltar, no caso aqui estudado, que os MSF são um dentre outros atores dessa rede de interações. A compreensão de uma situação social requer analisar atores determinados segundo o papel que exercem, o quanto são ativos, repercussivos e quais as implicações produzidas em sua rede, portanto, isso significa que os profissionais da organização MSF são um dos atores desse processo, na rede da crise epidêmica do Ebola, existindo outros, como o próprio vírus, além de profissionais de saúde locais, políticos do governo, lideranças comunitárias, funcionários e voluntários de organizações internacionais, famílias envolvidas com a doença, entre outros, que formam uma rede de inter-relações e uma junção heterogênea de atores que provocam modificações no processo.

Como já afirmado, no que se refere aos procedimentos metodológicos, optei por buscar fontes secundárias de pesquisa, fontes documentais, a partir de plataformas eletrônicas de três escritórios da organização MSF, Brasil, França e Suíça, este último representado por Genebra e responsável pelos projetos sobre o Ebola. Foi possível localizar um total de 544 arquivos *online*, bastante heterogêneos, ou seja, material de diferentes naturezas, tais como reportagens, declarações, relatórios, entrevistas, diários de bordo, fotos, vídeos, livro e documentário que tratavam, de modo geral, das epidemias do Ebola, incluindo fatos anteriores à crise de 2014. Foquei a análise nos arquivos sobre a Guiné, que trazem depoimentos e narrativas sobre o Ebola a partir dos profissionais envolvidos na ação local.

Relativo à crise de 2014, pude localizar na MSF Brasil, 98 arquivos, sendo 89 reportagens, 5 diários de bordo, 2 galerias de fotos e 2 relatórios produzidos pela MSF internacional e traduzidos para o português; na MSF Francesa, 47 reportagens; e na MSF de Genebra, na Suíça, 282 arquivos, sendo 238 reportagens, 5 diários de bordos, 15 declarações públicas, 10 galerias de fotos, além de 14 vídeos sobre o assunto. A quantidade expressivamente maior da MSF de Genebra é decorrente da responsabilidade pelos projetos que objetivavam a luta contra o vírus Ebola. Além do mais, foram disponibilizados outros 8 relatórios produzidos pela MSF internacional, além de um livro chamado *The politics of Fear*, escrito por Michiel Hofman e Sokhieng Au em 2017, e um documentário chamado *Affliction - O Ebola na África Ocidental*, produzido por Peter Casaer em 2015. Definido o período e o espaço da epidemia do Ebola a ser pesquisado (Guiné, de 2014 a 2016), do total de material levantado, tem-se 58 reportagens e 5 diários de bordo da MSF Brasil, outras 83 reportagens e

10 declarações encontradas no *site* da MSF de Genebra e as 47 reportagens disponíveis na MSF francesa, além do documentário, do livro e dos 8 relatórios produzidos pela MSF, que fazem menção à Guiné.

Para a análise desses arquivos coletados, foi utilizada a análise de conteúdo, buscando atingir três objetivos, conforme defendido por Minayo (1993):

A análise do material possui três finalidades dentro da proposta de investigação social: (a) a primeira é heurística. Isto é, insere-se no contexto de descoberta das pesquisas. Propõe-se a uma atitude de busca a partir do próprio material coletado; (b) a segunda é de “administração das provas”. Parte de hipóteses provisórias informa-as ou as confirma e levanta outras; (c) a terceira é a de ampliar a compreensão de contextos culturais com significações que ultrapassam o nível espontâneo das mensagens (MINAYO, 1993, p. 198).

A autora afirma que a análise de conteúdo relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados), ou seja, articulam os materiais coletados e, a partir da análise, determinam suas características, podendo ser variáveis psicossociais, contexto cultural e/ou processo de produção de mensagem. A técnica a ser utilizada na análise do material coletado é a Análise Temática, ou seja, consiste em descobrir os “[...] núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado [...]” (MINAYO, 1993, p. 209).

Além disso, a descrição de algumas imagens que aparecem no documentário e de algumas fotos acessíveis podem, na opinião de Banks (2009, p. 94), “exerce[r] agência, levando as pessoas a fazerem e pensarem coisas que haviam esquecido [...] elas servem para motivar uma colaboração de pesquisa entre investigador e sujeito” ou seja, elas podem elucidar a realidade e as questões discutidas através das falas dos profissionais da MSF.

A compreensão das experiências vividas no enfrentamento do Ebola pode ser analisada a partir das reflexões de médicos, enfermeiros e técnicos envolvidos em ajuda humanitária e, embora os entrevistados tenham sido provavelmente selecionados pela profundidade e pela clareza de suas narrativas, suas preocupações e opiniões sugerem que um estudo dos profissionais humanitários (não apenas analistas políticos ou administradores) lança luz sobre preocupações-chave, como responsabilidade, poder, compaixão e cuidados. Neste mesmo sentido, várias histórias da MSF foram escritas nos últimos anos por jornalistas ou membros da organização, antigas e atuais, que ofereceram, muitas vezes em termos brilhantes, retratos de indivíduos e de eventos que foram fundamentais para viabilizar os projetos ao enfrentar dificuldades e impasses, como no caso do enfrentamento do Ebola.

Para atingir os objetivos da pesquisa, o trabalho foi dividido em três capítulos, cada qual com suas especificidades. No primeiro, busco retratar o contexto político, social e econômico da Guiné, bem como sua precária estrutura de saúde e estruturas sanitárias, a fim de elucidar os elementos-chave da crise instaurada pela epidemia e as primeiras interpretações sobre sua origem e rápida propagação. O capítulo retrata o início do surto do Ebola, desde que se tem registro, as

dimensões da doença e os diversos atores nacionais e internacionais no enfrentamento do surto. O ponto central dessa discussão é tratar sobre as relações de poder, de biopolítica e da precariedade da vida (Foucault (1985); Aganbem (1998), Butler (2009); Fassin (2010)). Um dos fatos a guiar tal discussão se refere à inércia inicial da Organização Mundial da Saúde (OMS), que tratou o surto como febre hemorrágica, tal como as outras já ocorridas nestas regiões da África, tendo se posicionado apenas após nove meses do início da crise, quando um diplomata e um americano se infectaram pelo vírus. Com retardo a epidemia foi declarada uma emergência de relevância internacional, depois de quase mil pessoas terem se infectado e grande parte ido a óbito. A precariedade da vida se tornou então visível, apesar dos apelos anteriores da MSF quanto às limitações da organização e dos governos locais.

O segundo capítulo foi subdividido em três partes, de forma a analisar o material coletado, e refere-se às perspectivas e impressões emitidas pelos profissionais vinculados à organização MSF que atuaram em projetos de combate ao Ebola. Elas apresentam os impasses e as tensões relacionados à emergência da epidemia e foram organizadas em torno dos seguintes temas: a impotência diante de um vírus agressivo e de fácil transmissão (*não há o que fazer, não tem cura e tem que hidratar*)⁵, expressões próprias dos profissionais atuantes na área relacionadas ao impacto que a crise epidêmica causou frente ao fato de não haver um tratamento efetivo na cura do Ebola; os limites entre o cuidar e o evitar, necessidades e imposições ambivalentes que se referem a tratar, cuidar e acolher os doentes e, ao mesmo tempo, ter que impedir a cadeia de transmissão, o que leva à formas de evitamento, de cuidados no contato físico, acarretando receios e até mesmo estigmatizações; e, por fim, os incômodos e sofrimentos causados na busca ativa de pessoas infectadas, necessária para a prevenção nas comunidades, porém muita invasiva, que representa formas de gerir a vida e a morte. Vale enfatizar como a paramentação de segurança protocolizada pela MSF ativou as tensões existentes entre emoção e razão que se reforçam diante do sofrimento e da morte causados pela epidemia, ressaltando os questionamentos de sentido das ações tomadas e desenvolvidas, não só com relação ao tratamento, mas também à prevenção e ao trabalho de impedir a transmissão, gerando atos de desrespeito e de violência no gerenciamento da vida e da morte.

O terceiro capítulo busca discutir as atualizações dos princípios humanitários (independência, imparcialidade, neutralidade e ética médica) em consonância com as decisões que foram tomadas pela MSF e que acarretaram impasses e aparentes contradições relacionadas aos limites entre razão prática e razão teórica. Neste capítulo, apresento impasses sociológicos e morais que vão desde o pedido de ajuda pela MSF a organismos militares, até a difícil decisão em fazer uso de tratamentos e vacinas experimentais. Além disso, apresento uma discussão vivenciada na Libéria, mas que também colocava em risco a atuação da MSF na Guiné, dada a inércia internacional inicial e a precariedade do governo local no enfrentamento do Ebola. A questão que se colocava então era sobre dever/poder ou

⁵Opto em usar o formato de letra em itálico para destacar declarações dos profissionais da MSF e que serão referenciadas ao final do trabalho na parte das fontes secundárias. As citações sem itálico serão aquelas oriundas de textos acadêmicos.

não atuar nessa região, sabendo dos limites da própria organização. Essa decisão foi relevante para controlar a disseminação do vírus, mas colocou os envolvidos, em alguns momentos, frente à difícil decisão sobre quais vidas mereciam ser atendidas, em razão da falta de recursos e de estrutura para atender a todos que buscavam ajuda, tendo que escolher aqueles que ocupariam os leitos dos pacientes que haviam ido a óbito no dia anterior.

Finalmente, ao problematizar esse conjunto de discursos e práticas dos profissionais da MSF, orientados pelos princípios biomédicos, e em uma rede de relações e de atores locais e internacionais, foi possível analisar as tensões existentes no enfrentamento de um vírus considerado uma ameaça global e observar como a prática humanitária de assistência médica se vê e atua diante de uma epidemia como esta. A contemporaneidade do debate da questão está igualmente atrelada à pertinência da temática, cujos resultados sociais dependem da compreensão dos muitos e diversos fatores e atores envolvidos, inclusive, a prática humanitária, um dentre outros atores no enfrentamento de uma epidemia de tamanha dimensão. Entre os princípios teóricos e abstratos e a prática e ações realizadas em situação e contexto definidos, há distância e complexidade não reduzíveis a uma abordagem fácil e tampouco soluções simples, conforme pretende abordar este trabalho, em diálogo com autores e atores sociais que enfrentaram a epidemia do Ebola na Guiné.

2 O CONTEXTO E OS ATORES: DO MEDO AO ENFRENTAMENTO DO EBOLA NA GUINÉ

Corpos mortos na rua, famílias destruídas, dezenas de profissionais de saúde infectados, hospitais fechados, pânico e desconfiança nos olhos das pessoas nas ruas. Isso é o que os Médicos Sem Fronteiras costumam ver em países devastados pela guerra, mas em Serra Leoa, Libéria e, em menor extensão, na Guiné, é o Ebola que está gerando imensa angústia pública. Até hoje [27/08/2014], mais de 1.427 pacientes sucumbiram à doença viral do Ebola e os centros de atendimento estabelecidos pela MSF estão sobrecarregados. Em 8 de agosto, tarde demais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a epidemia de Ebola uma emergência de saúde pública de interesse internacional. No entanto, está oficialmente declarada na África Ocidental desde março de 2014 (NIERLE; JOCHUM, 2014, tradução nossa).

As discussões sobre os impasses vivenciados pelas agências humanitárias estão presentes desde o surgimento dessas organizações, bem como em projetos mais recentes, como na luta contra o Ebola. Sobre o surgimento da ação humanitária na tradição ocidental, esta é frequentemente associada às tradições cristãs de altruísmo e caridade, a partir da ação de colonialistas e missionários europeus e norte-americanos. Os missionários podiam fazer conexões entre reinos médicos e religiosos, portanto a medicina foi explicitamente descrita como um ponto de entrada para a evangelização, já que o aspecto central da atividade missionária é o de "salvar almas". Nesse sentido, Minn (2007) discorre sobre o trabalho de Fitzgerald (2001), no qual o autor discute como a dor, o sofrimento, a incerteza da vida e a ameaça da morte foram vistos como oportunidades de evangelismo, tornando os corações e as mentes humanas abertas e maleáveis. Além disso, houve a evolução da medicina ocidental, com a capacidade de melhor enfrentar epidemias de cólera e praga e, em particular, com o desenvolvimento da cirurgia. Esta evolução foi parcialmente responsável pela crescente presença de medicina no trabalho missionário. Na opinião de Minn (2007), “[...] como a religião continua a ser uma força motriz para muitos humanitários, a pesquisa nesta área é essencial para a compreensão da natureza de atividades humanitárias contemporâneas” (MINN, 2007, p.3, tradução nossa).

Minn (2007) constata que, desde que se iniciaram os estudos sobre a prática humanitária, foi dada particular atenção à sua relevância no contexto de intervenção militar, relações interestatais, soberania nacional e menos extensão à assistência médica, de infraestrutura, de educação ou de dinâmicas sociais que acompanham a provisão e o recebimento de ajuda. Mas, ao mesmo tempo em que se considera essa delimitação, as discussões apontam para a confluência de grandes temas ao considerar o poder, o sofrimento, o transnacionalismo, a emoção e o desenvolvimento envolvidos em toda ajuda humanitária, por isso os conceitos de neutralidade e imparcialidade, princípios considerados fundamentais para a prática da ação humanitária, são questionados tanto em termos de desejabilidade de operações humanitárias quanto em nível fundamental por aqueles que argumentam que não pode existir uma ação realmente neutra e imparcial. Portanto, define-se o engajamento “[...] defendendo ativamente princípios particulares com as autoridades, bem como discutindo com eles sobre essas questões e construindo, quando apropriado, seus pontos de vista” (MINN, 2007, p.7, tradução nossa). Isso contrasta fortemente com os esforços humanitários anteriores, muitos dos quais

se opuseram à colaboração com agências ou representantes governamentais por medo de comprometer a neutralidade ou a imparcialidade das ações.

Minn (2007) também apresenta o trabalho de Mary Anderson (1993), que tenta corrigir os equívocos na análise sobre o desenvolvimento e a prevenção de emergências humanitárias, através do argumento de que o apoio em curto prazo e o desenvolvimento em longo prazo não são mutuamente exclusivos, de que as motivações e os processos de ajuda nem sempre são harmoniosos e de que a ajuda de qualquer tipo é complexa e tem implicações políticas. Dessa forma, cabe ao antropólogo compreender quando e por quais razões essas intervenções são organizadas, ao invés de buscar identificar uma única definição para explicar as ações dos humanitários ou o surgimento de uma sensibilidade humanitária generalizada. Partindo do pressuposto de que toda ação humanitária é uma prática política, que implica, portanto, relações de poder (FASSIN, 2011), o que se pretende analisar é que os impasses e conflitos que se sobressaem no estudo aqui apresentado são resultados do que Foucault (1985) chamou de biopolítica, discutido por Rabinow e Rose (2006) como sendo as estratégias, problematizações e contestações da vida coletiva - morbidade, mortalidade. Trata-se de formas de conhecimento, regimes de autoridade e práticas de intervenção, dispositivos de controle do governo sobre os sujeitos na vida e na morte.

Neste contexto, é difícil pensar que o tratamento e a prevenção possam se dar como processos dialogados com a população que sofre os efeitos da doença, justamente em razão da estrutura biopolítica da modernidade que permite definir o valor ou o desvalor da vida e reduzir cidadãos de direito a um “simples vivo”, ao refugiado, ao deportado, ao banido em estado de exceção (VÉРАН, 2013) ou ao que Butler (2009) e Fassin (2010) chamaram de “vidas precárias”, implicando, neste sentido, a responsabilização dos sujeitos sobre a doença e explicitando as relações de desigualdades intrínsecas ao processo contemporâneo de vida e morte.

Na epidemia do Ebola, tema deste trabalho, outros fatores estão ainda implicados, como o estado de emergência que toda situação de epidemia impõe, na qual “horas se contam em vidas” (VÉРАН, 2013), e os conflitos culturais entre as concepções hegemônicas do saber biomédico e das tradições locais que definirão as experiências dos profissionais da organização MSF no contexto do Ebola, contribuindo para definir as tensões e os impasses deste processo. Esse estudo e outros que serão mais adiante apresentados influenciaram a análise dos dilemas e das contenciosas questões envolvidas na intervenção humanitária em um mundo cada vez mais complexo de emergências e catástrofes, como o ocorrido na crise contra o Ebola, conforme ficará claro na discussão mais adiante.

2.1 O contexto político, econômico e social da Guiné: o surgimento do Ebola⁶

A República da Guiné é um país da África Ocidental, delimitada pelo Oceano Atlântico, Serra Leoa e Guiné-Bissau. Abrange uma área total de 245.857 km² e sua população é estimada em

⁶ As informações aqui contidas foram extraídas do censo *The World Factbook*, apresentado no *site* da ONU, de 2017.

12.413.867 habitantes, sendo Conacri sua capital, onde que localiza a sede do governo da república. O país é composto por cerca de seis grupos étnicos, sendo os três mais representativos os Fulani (Peul), que representam 31,1% da população, os Malinke, 28,8% e, os Susu, com 19,8%, e cada grupo possui sua própria língua e dialeto, apesar de o francês ser o idioma oficial e principal do país. A religião muçulmana é a predominante, sendo praticada por 86,2% da população, enquanto o cristianismo é professado por 9,7% e as religiões tribais e indígenas são praticadas por 4,1% dos habitantes.

O forte crescimento populacional da Guiné é resultado do declínio das taxas de mortalidade, atualmente em 9 para cada 1.000 habitantes, e da manutenção da fertilidade elevada, com 35,1 nascimentos para cada 1.000 habitantes. Embora a expectativa de vida esteja pautada atualmente em 61 anos e as taxas de mortalidade tenham melhorado, nas duas últimas décadas, a prática quase universal de mutilação genital feminina continua a contribuir para as altas taxas de mortalidade infantil, 50 para cada 1.000 nascimentos, e materna, 679 mortes para cada 100.000 partos. A fertilidade total da Guiné permanece alta em cerca de 5 crianças por mulher, devido à contínua preferência por famílias maiores, baixo uso e disponibilidade de contraceptivos (atualmente, apenas 5,6% da população faz uso), pobreza e falta de formação educacional (apenas 30,4% da população acima de 15 anos sabe ler e escrever). A falta de programas de alfabetização e formação profissional limita as perspectivas de emprego para os jovens, e mesmo aqueles que possuem diplomas universitários, muitas vezes não têm outra opção senão trabalhar no setor informal, visto que, cerca de 60% da população jovem do país está desempregada.

Em relação a sua estrutura política, a Guiné foi colonizada pela França e declarou a sua independência em 1958. Sekou Toure governou o país como presidente desde a independência até sua morte em 1984, quando os militares tomaram o governo e o país foi comandado pelo general Lansana Conte. Nos anos de 1993, 1998 e 2003, o general organizou e venceu as eleições presidenciais, apesar de todas as pesquisas o acusarem de fraudes. Com a morte de Conte em dezembro de 2008, o capitão Moussa Dadis Camara liderou um novo golpe militar, tomando o poder e suspendendo a constituição. Nesse período houve pressões tanto da população quanto internacionalmente para que ele renunciasse, com isso, houve um aumento das tensões políticas que atingiu o auge em setembro de 2009, quando guardas presidenciais abriram fogo contra uma manifestação da oposição, matando mais de 150 pessoas. No início de dezembro de 2009, Camara foi ferido em uma tentativa de assassinato e exilado em Burkina Faso, país localizado próximo ao Mali. Após esse fato, o general Sekouba Konate organizou a transição da Guiné para uma democracia nascente. Em 2010 e 2013 foram realizadas as primeiras eleições presidenciais e legislativas democráticas, livres e competitivas, sendo que, na última, Alpha Conde foi eleito, nomeando os membros da Assembleia Nacional em janeiro de 2014, e reeleito em 2015, considerado o primeiro governo totalmente civil na Guiné.

Contudo, tensões e refugiados se espalharam pelas fronteiras da Guiné com Serra Leoa, Libéria e Costa do Marfim. Durante a década de 1990, a Guiné abrigou meio milhão de refugiados da Serra Leoa e da Libéria, mais do que qualquer outro país africano durante boa parte dessa época. Desses refugiados, cerca de metade procurou refúgio na volátil região do “Bico do Papagaio”, no sudoeste da Guiné, uma área de terra que se projeta para a Serra Leoa, perto da fronteira com a Libéria. Muitos foram realocados dentro da Guiné no início dos anos 2000, porque a área sofreu repetidos ataques transfronteiriços de várias forças governamentais e rebeldes, bem como a violência contra os refugiados. Em decorrência desse fluxo de migrações, a população de Serra Leoa, da Libéria e da própria Guiné frequentemente atravessa a fronteira, para visitar família e amigos, ir a funerais ou até mesmo fazer compras. Esse monitoramento entre os contatos transfronteiriços tem sido um dos desafios apresentados no combate ao vírus Ebola.

Em relação a sua economia, a Guiné possui as maiores reservas mundiais de bauxita e reservas inexploradas de minério de ferro de alta qualidade, assim como ouro e diamantes, mas, mesmo com suas riquezas naturais, o país possui um PIB de 9.183 bilhões de dólares e o PIB per capita⁷ de 2.000 mil dólares, o que o deixa em 207º colocado em uma lista de 228 países, configurando-o como um dos países mais pobres do mundo. O país tem um grande potencial agrícola e hídrico, solo fértil, abundância de chuvas e é a fonte de vários rios da África, o que poderia transformá-lo em grande exportador de eletricidade, mas as principais exportações do país continuam sendo a da extração de ouro, bauxita e diamantes, que se dão em meio a interesses diversos e violentos. Após a morte do Presidente Lansana Conte e o golpe que se seguiu, os financiadores internacionais, incluindo o G-7⁸, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, reduziram significativamente os seus programas de desenvolvimento na Guiné. Somente em 2012 o FMI aprovou um mecanismo de crédito ampliado, que o colocou entre os Países Pobres Altamente Endividados. Além disso, o Ebola paralisou seu crescimento econômico no período de 2014 a 2015 e impediu o início ou a continuidade de diversos projetos, como a exploração de petróleo no mar e o projeto de minério de ferro.

Não apenas a economia relacionada ao fundo internacional sofreu impacto, mas em muitos vilarejos a população foi afetada, de alguma maneira, em sua economia local. Em entrevista publicada pela própria organização Médicos Sem Fronteiras (MSF), Marcos Leitão (2018) relatou que, principalmente em vilarejos agrícolas, as populações não aceitavam pessoas que tivessem sido consideradas suspeitas ou até mesmo que haviam sido curadas do vírus Ebola após o tratamento. Inclusive, chegavam até mesmo a esconder os corpos de pessoas que morreram em decorrência do vírus, pois não queriam que a MSF declarasse que o vilarejo havia sido contaminado, uma vez que tal declaração inibiria seus compradores e colocaria em risco seu negócio a curto e médio prazo.

⁷ O PIB per capita compara o PIB em relação ao poder de compra dividido pela população.

⁸ Agrupamento que reúne os sete países mais poderosos do mundo economicamente, formado por Alemanha, Canadá, Estados Unidos, Itália, França, Japão e Reino Unido.

Portanto, as maiores ameaças à economia da Guiné se devem à instabilidade política, decorrente da corrupção e da falta de transparência do governo, à própria dependência financeira externa e ao alto número de profissionais extrativistas que dependem do rendimento financeiro decorrente do valor das *commodities* (minérios), o que deixa a população dependente de um mercado instável. Somado com a baixa internacional nos valores, registrados entre os anos de 2014 e 2015, durante o período de propagação do vírus, a economia do país sofreu grande queda. Além do mais, sabe-se que conflitos armados, como o de 2009, sempre deixam civis desamparados, não só estrutural como emocionalmente, quando as localidades de conflitos acabam sendo evadidas e destruídas. Soma-se a isso o fato de a Guiné também sofrer da escassez de eletricidade, com estradas, linhas ferroviárias e pontes ruins, e a falta de acesso à água limpa. Logo, um conjunto de fatores propiciou, historicamente, uma economia frágil que se viu ainda mais impactada com a epidemia do Ebola, aprofundando as dificuldades estruturais e financeiras.

Em relação ao sistema de saúde da Guiné, desde 1987, com a Iniciativa Bamako⁹, seus governantes buscaram reorganizar o sistema, aumentando a acessibilidade a medicamentos e serviços de saúde à população a partir de taxas de uso, denominado como “fundos rotativos de medicamentos”, que subsidiam o fornecimento inicial de medicamentos a uma comunidade e, com o resultado das vendas, geram renda para a continuidade do serviço a um custo mais baixo. Houve, também, a implantação de taxas em todos os voos que decolam da Guiné, destinadas ao fundo Unitaïd¹⁰ para apoiar o acesso a tratamento para HIV/Aids, tuberculose e malária. Contudo, às populações que não geram renda suficiente para pagamento dessas taxas, o governo subsidia o tratamento, porém ainda é alta a busca pela medicina tradicional, como o uso de ervas, no enfrentamento de doenças. Em termos de profissionais de saúde, a Guiné possui 0,043 enfermeiros e 0,100 médicos para cada 1.000 habitantes, conforme o estudo “Uma verdade universal: não há saúde sem profissionais”¹¹ da Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo estimado que menos de 2.3 trabalhadores da saúde (médicos, enfermeiros e parteiras) por 1.000 habitantes seria insuficiente para satisfazer as necessidades de cuidados básicos de saúde, portanto pode-se demonstrar que a saúde da Guiné está bem abaixo do que é considerado ideal para a OMS.

Neste contexto, o surgimento do Ebola causou grande preocupação. A grande capacidade de o vírus se transmitir deu início à epidemia, primeiro na África Ocidental, em 2013, expandindo-se para alguns países ocidentais do continente europeu e da América do Norte. O primeiro registro foi no vilarejo de Meliandou, região da Guiné, em dezembro de 2013. No total, foram 28.616 infectados e 11.310 mortos, principalmente na Guiné, Libéria e Serra Leoa, sendo que, até 2013, em nenhum

⁹ Patrocinada pela OMS e pela UNICEF, foi adotada nos países africanos em 1987, e tem como objetivo aumentar o acesso à saúde através do pagamento de uma taxa mensal de 2 dólares por pessoa na Guiné.

¹⁰ A Unitaïd é uma organização de saúde que trabalha com parceiros para enfrentar as epidemias mundiais de tuberculose, HIV/Aids, malária e hepatite C.

¹¹ Divulgado pela OMS durante o terceiro Fórum Global sobre os Recursos Humanos da Saúde, que reuniu 1300 participantes de 85 países, incluindo 40 ministros da saúde.

desses três países havia registros de infecção pelo vírus Ebola, desde que se tem conhecimento do vírus. Além desses, houve a confirmação de 36 casos reportados no Congo, no Mali, na Nigéria, no Senegal, na Itália, na Espanha, no Reino Unido e nos Estados Unidos. Resultado de uma proliferação rápida, tanto em áreas rurais quanto urbanas, atingindo fronteiras e, conseqüentemente, diferentes países, sem que haja precedentes sobre a sua origem.

Os primeiros casos registrados de transmissão do vírus ocorreram no ano de 1976, em Yambuku, região do Zaire, atual República Democrática do Congo, às margens do rio Ebola, fato que atribuiu o nome do vírus (OMS, 2017). De acordo com Nunes (2016), naquele ano foram registrados 318 casos de contaminação com 280 óbitos. Simultaneamente a esse, ocorreu outro surto em Nzara, Sudão do Sul. Os primeiros a serem atingidos foram trabalhadores de fábricas de algodão e, ao final, foi registrado um total de 284 infecções e 151 mortes, ou seja, desde que se tem registro do vírus, ele sempre apresentou uma alta taxa de mortalidade. Acredita-se que a primeira infecção registrada em seres humanos tenha ocorrido através do contato com um animal infectado, mas, por não conhecerem o hospedeiro natural¹², se desconhece de que forma o vírus atingiu os seres humanos¹³. É provável que o contato tenha ocorrido em zonas rurais e vilarejos onde a caça a animais selvagens é muito comum. Lopes e Dunda (2015) sugerem que a falta de experiência com o vírus Ebola tenha sido responsável pela rápida disseminação da doença.

Entre 1976 e 2013 ocorreram outros 33 surtos esporádicos, com um total de 2.344 infectados e 1.546 registros de óbitos em decorrência da doença, ou seja, um percentual de 65,96% de mortos, conforme apresentado a seguir a partir da linha cronológica traçada pelo *Center for Disease Control and Prevention* – CDC:

Tabela 1 – Percentual de óbitos entre 1976 e 2017

Período	País	Número humanos infectados	de Número Mortos Registrados	de Percentual de Mortos
Agosto de 2014 a Julho de 2017	República Democrática do Congo	74	53	72%
Março de 2014 a 2016	Diversos Países (Grande Surto)	28.616	11.310	40%
2000 a Janeiro de 2013	Uganda	592	269	45%
Outubro de 2001 a Novembro de 2012	República Democrática do Congo	567	415	73%

¹² Considera-se hospedeiro o ser vivo que tem a evidência da infecção, mas, por haver uma resposta imune, não apresenta os sintomas da doença (OMS, 2017).

¹³ O desconhecimento inicial referente à origem do vírus persiste ainda hoje; sabe-se apenas que a transmissão para os humanos ocorreu através de um animal infectado, sendo os morcegos frugívoros, da família Pteropodidae, os mais prováveis hospedeiros, já que houve evidência de uma resposta imune ao Ebola. (OMS, 2017).

2004	Sudão (Sudão do Sul)	17	7	41%
1994 a Março de 2002	Gabão	214	150	70%
1996	África do Sul	2	1	50%
1994	Costa do Marfim	1	0	0%
1976 – 1979	Sudão (Sudão do Sul)	318	173	54%
1976 – 1995	Zaire - Atual República Democrática do Congo	633	531	84%

Fonte: o autor, a partir dos dados apresentados pela CDC.

Entre os anos de 1989 a 1996 foram registrados 7 casos de transmissão do vírus fora do continente africano. Os países atingidos foram Rússia, Estados Unidos e Itália, e, nesses dois últimos, as infecções se deram em animais – macacos e porcos – importados das Filipinas que, dada a suspeita da infecção pelos vírus, foram isolados em quarentena ou sacrificados. Nessa conjuntura, quatro pessoas foram infectadas, mas desenvolveram anticorpos e, por isso, não apresentaram os sintomas. Os outros dois registros ocorreram na Rússia, a partir de uma infecção laboratorial, e ambos os indivíduos foram a óbito. Nos anos 2000, grandes surtos voltaram a assolar o continente africano, sendo o primeiro localizado nos distritos de Gulu, Masindi e Mbarara, em Uganda, com 425 pessoas infectadas e 224 mortes e, em seguida, no ano de 2004, o Sudão também foi atingido pelo Ebola concomitantemente com um surto de sarampo. Por essa razão, diversos casos diagnosticados como Ebola foram, posteriormente, reclassificados como casos de sarampo. O total de infectados registrados foi de 17 casos e, desses, 7 foram a óbito.

No caso específico da Guiné, o crescimento do número de infectados e das regiões atingidas pelo vírus Ebola causou uma grande preocupação da organização MSF frente aos limites estruturais e econômicos do país. Além disso, a organização relatou a relutância do reconhecimento do governo local em relação à crise que estava afetando o país e a insegurança inicial dos pacientes em buscar o tratamento proposto pela MSF. A desconfiança e o medo podem estar diretamente atrelados à falta de reconhecimento dos governos sobre a urgência que o combate ao vírus Ebola suscitava. O próprio presidente da Guiné, Alpha Conde, declarou na sede da OMS em Genebra, no dia primeiro de maio de 2014, que o vírus estava controlado e que estavam tomando os cuidados necessários para não registrarem novos casos, mas as tensões e os impasses entre a organização e o governo da Guiné se explicitaram quando, em 10 de maio de 2014, a imprensa local publicou que o presidente do país tinha declarado que a organização MSF estava disseminando pânico a fim de arrecadar fundos. Portanto, questões econômicas, políticas e estruturais, tanto de saneamento, quanto de saúde pública, somadas à falta de conhecimento sobre o enfrentamento do vírus, já que era a primeira vez que ele atingia o país, foram fatores relevantes que dificultaram o enfrentamento e o fim em curto prazo da epidemia do Ebola.

De acordo com a presidente da organização MSF, Joanne Liu (2014), o governo ditatorial, por meio da estigmatização e até mesmo da retaliação de pessoas atingidas pela doença, inibia a busca pelo tratamento. Em suas palavras:

Medidas coercivas, como leis que criminalizam a falta de notificação de casos suspeitos e quarentenas forçadas, estão levando as pessoas à clandestinidade. Isso está levando ao encobrimento de casos e afastando os doentes dos sistemas de saúde. Essas medidas só servem para gerar medo e inquietação, em vez de conter o vírus (LIU, 2014).

De fato, utilizavam da situação do Ebola como um instrumento político de controle da população:

Em alguns casos, o Ebola tem sido utilizado como instrumento político, contribuindo para a confusão e a desconfiança das comunidades. Na Guiné, onde a desinformação e o medo são mais fortes, agentes humanitários e equipes médicas ainda são suspeitos de introduzirem o vírus nas comunidades e são, por isso, violentamente atacados (LIU, 2015).

Calain e Poncin (2015) declararam que a frequente resistência às atividades de enfrentamento ao Ebola decorre, também, de fatores históricos influenciados por circunstâncias nacionais e internacionais, como, por exemplo, os conflitos seculares de longa duração que ainda dividem comunidades e geram desconfiança contra as autoridades nacionais na Região florestal, onde começou a epidemia de Ebola. Além disso, memórias de medidas coercivas de saúde pública durante a era colonial, misturadas com o ressentimento sobre ensaios clínicos internacionais do passado, estimulam rumores sobre a origem intencional da doença, por isso havia tamanha estigmatização relacionada à atuação da organização MSF na região.

Além das resistências aos governos e às ações das organizações humanitárias diante da epidemia, Fassin (2010) elucida também a compreensão de outro aspecto que é constitutivo da relação dos governos com as instituições humanitárias, a partir do olhar da moral, a saber, os interesses existentes em tal relação. A hipótese central que mantém esses mundos (governo e agências humanitárias) é que eles estão inscritos no mesmo processo de governo humanitário¹⁴, conforme será discutido mais adiante no capítulo 2, quer se trate dos pobres e dos indocumentados órfãos do Norte, quer seja nos casos de epidemias, como a do vírus HIV/Aids e o Ebola, com categorizações morais e julgamentos, desenvolvimentos análogos de comunidades morais e exclusões, e consequências equivalentes em termos de negação de vozes e histórias. Para o autor, no prefácio a edição inglesa,

O humanitarismo tornou-se familiar através de eventos catastróficos, cujas imagens foram disseminadas pelos meios de comunicação, mas também tem a ver com situações mais comuns próximas a nós. Na verdade, é um modo de governo que diz respeito às vítimas da pobreza, do sem-abrigo, do desemprego e do exílio, bem como de catástrofes, fome, epidemias e guerras - em suma, toda situação caracterizada pela precariedade, envolvendo

¹⁴ O uso da expressão “governo humanitário” é para designar a implantação de sentimentos morais na política contemporânea. Segundo o autor, em entrevista a Pedro Jaime e Ari Lima, (2011), desigualdades são traduzidas como sofrimento moral, violências em termos de traumatismos e questões políticas em termos humanitários (FASSIN, 2011). O “governo” aqui deve ser entendido em um sentido amplo, como o conjunto de procedimentos estabelecidos e as ações realizadas para gerenciar, regular e apoiar a existência de seres humanos: o governo inclui, mas excede a intervenção do estado, as administrações locais, os órgãos internacionais e as instituições públicas de forma mais geral (FASSIN, 2010).

organizações não-governamentais, agências internacionais, estados e indivíduos (FASSIN, 2010, p. x, tradução nossa).

O argumento do autor é, portanto, que o humanitarismo suscita a ideia de uma comunidade global com pensamentos morais que criam uma expectativa de solidariedade, com poderes de mudanças efetivas. Mas, de fato, este pensamento de comunhão aumenta as desigualdades, principalmente entre as sociedades ocidentais e as demais, uma vez que implica uma passividade entre as que estão sendo ajudadas pelas que estão ajudando. Portanto, por mais efêmera que seja essa consciência, o impacto acarretado será sempre limitado diante dessa realidade.

2.2 A epidemia do Ebola: nós evoluímos de indiferença global para medo global

Como toda doença na história da humanidade, desde o surgimento do Ebola, em 1976, seus sintomas e consequências suscitaram inúmeras reações de medo em todo o mundo, principalmente nos locais em que a epidemia surgiu e se expandiu, somado à infraestrutura precária do sistema de saúde na Guiné. O documentário “Affliction – O Ebola na África Ocidental”, dirigido pelo belga Peter Casaer, em 2015, mostra a realidade da Guiné e as condições do hospital que atendia à população de Gueckedou: o prédio estava desgastado pelo tempo, a ala do hospital que recebia os pacientes era uma sala com azulejos brancos que iam do chão até metade da parede, os quartos dos pacientes com quatro e seis camas enferrujadas e colchões desgastados pelo uso. O diretor do hospital, Kourouma Sidiki, afirma que as vítimas do Ebola do vilarejo de Meliandou foram levadas a esse hospital apresentando diarreia aguda, que resultava em hemorragia interna e febre, sendo que a maioria foi a óbito antes que as amostras recolhidas confirmassem o vírus. Era o início da epidemia e havia muito por conhecer.

Os sintomas apresentados pelos portadores do vírus, de acordo com a organização MSF (2017), podem aparecer de dois a vinte e um dias após a exposição ao vírus, mas o período de tempo médio é de oito a dez dias. Somente será detectável após a manifestação no sangue, o que pode demorar em torno de três dias do início dos sintomas. No geral, a organização Médicos Sem Fronteiras (2017) afirma que

A doença é frequentemente caracterizada por um início repentino de febre, fraqueza, dor muscular, dores de cabeça e inflamação na garganta. Isso é seguido por vômitos, diarreia, coceiras, deficiência nas funções hepáticas e renais e, em alguns casos, sangramento interno e externo. [...] Alguns pacientes podem ainda apresentar erupções cutâneas, olhos avermelhados, soluços, dores no peito e dificuldade para respirar e engolir.

O CDC (2016) confirma tais reações e afirma que as pessoas infectadas também podem apresentar dores no estômago, cabeça e/ou dores musculares, bem como hemorragias ou hematomas e fadiga. Em caso de evolução da doença, as apresentações de erupções cutâneas podem ocorrer em torno de cinquenta dias após a infecção. Assim, não só os cuidados à saúde no enfrentamento do Ebola foram afetados, mas também a disponibilidade de cuidados médicos para pessoas com doenças

e condições de saúde não apenas relacionadas ao Ebola, caso da malária, das doenças crônicas, dos cuidados obstétricos, dentre outros. Nas palavras dos profissionais da MSF, Thomas Nierle e Bruno Jochum (2014),

O desastre está se tornando ainda mais dramático à medida que os sistemas de saúde na região afetada implodiram. Os pacientes estão morrendo de Ebola, mas também de malária, diarreia ou partos complicados devido à ausência de cuidados médicos eficazes (NIERLE e JOCHUM, 2014, tradução nossa).

A própria presidente da organização também reconheceu, em 2014, que não só as pessoas infectadas pelo vírus foram atingidas:

A luta contra esse surto é mais do que o controle do vírus. Na medida em que milhares morreram de Ebola, muitos mais estão morrendo de condições e doenças facilmente tratáveis porque os centros de saúde não estão funcionais. Estruturas de saúde precisam de suporte para começarem a operar novamente e reduzir as taxas de mortalidade e o sofrimento causado por outras doenças. [...] As mulheres grávidas que sofrem complicações não têm para onde recorrer. A malária e a diarreia, doenças facilmente evitáveis e tratáveis, estão matando pessoas. Os hospitais precisam ser reabertos e recriados (LIU, 2014, tradução nossa).

Nesse sentido, além da falta de estrutura dos hospitais e centros de tratamento da Guiné, o fato de os primeiros sintomas, tais como febre, vômito e diarreia não serem específicos do vírus do Ebola, conforme o CDC (2016), dificultou, no início da crise, o controle de infecção na relação médico-paciente e paciente-paciente, de modo que diversos profissionais foram infectados pelo vírus Ebola, suscitando, então, reações de medo relativo à transmissão da doença, inclusive entre os profissionais de saúde, conforme relata Adama Laly Barry (CASAER, 2015), supervisora de instalação de saúde, sobre o alto número de funcionários que morreram, principalmente, nas clínicas privadas, onde havia maior número de pessoas buscando atendimento. Matilda King (CASAER, 2015), superintendente médica de uma clínica privada, relatou que, após atenderem uma pessoa infectada com o vírus Ebola, 12 membros de sua equipe contraíram o vírus e foram a óbito. Essa situação deixou os outros profissionais receosos em trabalhar e, por isso, 10 membros pediram o desligamento da instituição. Além disso, a médica também relatou que o medo perpassava as instalações da clínica; em casa, por exemplo, ela tinha que se isolar dos demais moradores da família, se alocando em diferentes cômodos e sem contato físico, com receio de transmitir o vírus. Nas palavras de Liu,

Na África Ocidental, casos e mortes continuam a aumentar. Revoltas estão surgindo. Centros de isolamento estão sobrecarregados. Os trabalhadores de saúde nas linhas de frente estão se infectando e morrendo em números chocantes. Outros fugiram com medo, deixando as pessoas sem cuidados até mesmo com as doenças mais comuns. Sistemas de saúde inteiros desmoronaram (idem, tradução nossa).

Na visão do coordenador de emergência da MSF, Mariano Lugli (2014), coube à organização lidar com esse pânico entre os profissionais de saúde:

A primeira coisa que fizemos foi tentar reduzir o pânico entre os profissionais de saúde, que muitas vezes são os primeiros a serem afetados pela doença. Trabalhadores de saúde no hospital em Guéckédou foram afetados, assim como quatro médicos em Conacri. Quando um surto acontece, muitos médicos fogem porque temem - em Guéckédou, os pacientes ficaram completamente sozinhos por dois ou três dias (LUGLI, 2014, tradução nossa).

Dessa forma, coube aos MSF combater não somente o vírus, mas toda a estigmatização que ele suscitava. Conforme as palavras do médico Jackson K. P. Naimah,

Tentamos atender, primeiramente, aqueles que estão mais fracos, aqueles que precisam de mais ajuda para comer e beber, ou aqueles que precisam falar com um de nossos conselheiros porque estão muito traumatizados e com medo (NAIMAH, 2014).

Mesmo após um ano da doença, o medo ainda acometia a região atingida,

O medo tem sido fator dominante na epidemia de Ebola. Essa é uma reação normal a um surto letal e sem precedentes. Sim, precisamos reconhecer que, após um ano inteiro, os esforços voltados para a sensibilização comunitária falharam no combate à desinformação. O volume de atividades nesse sentido demanda melhorias urgentes (LIU, 2015, tradução nossa).

De acordo com a organização MSF, no primeiro ano do surto, cerca de 500 profissionais da área da saúde foram mortos em decorrência da infecção do Ebola nos três principais países atingidos e, desses, 14 eram profissionais dos MSF, por isso, ao expor suas preocupações em relação à resposta ao vírus, Joanne Liu declarou em 18 de Agosto de 2014, na ONU em Genebra, que “[...] *precisamos urgentemente de novas estratégias adaptadas para essa realidade [do surto]. Os profissionais de saúde [locais] têm sido infectados e muitos outros fugiram com medo*”. A situação de emergência se configurou rapidamente e diversos setores da cidade foram mobilizados a agir diante das incertezas em torno das situações vivenciadas, de acordo com as circunstâncias, disponibilidades e experiências pessoais de cada um. O medo e a desconfiança se alastram diante do desconhecido.

O documentário já citado (CASAER, 2015) mostra o vilarejo de Meliandou, local em que houve os primeiros registros de infecção pelo vírus na Guiné. Em suas casas de barro e chão batido, três moradores relatam a morte da criança Emile Ouamouno, considerada a primeira pessoa a ser infectada pelo Ebola. Um deles, seu avô, afirma que a morte de Emile foi registrada no dia 25 de dezembro de 2013 e houve uma grande sensibilização de todos da região. A criança apresentava febre e vômitos e, para tratá-la, os mais velhos lhes davam ervas, porém, não houve melhora. Sua morte foi considerada, inicialmente, como uma morte comum, até que, no dia 5 de janeiro de 2014, sua irmã, Philomène Ouamouno, também morreu e, logo em seguida, sua mãe, Sia Dembadouno, que estava grávida de seis meses, passou mal e entrou em trabalho de parto, durante o qual, realizado por mulheres e parteiras da região, ela também foi a óbito. O pai de Sia apresentou o local na mata onde o corpo da filha foi enterrado. De acordo com o médico da MSF, Michel Van Herp (2014):

[...] a criança doente normalmente infectará apenas algumas pessoas. No entanto, um adulto móvel, com um grande papel na comunidade, terá contato com muito mais pessoas, disseminando ainda mais a doença. Assim, o status social ou o papel social de uma pessoa infectada na sociedade tradicional é outro fator crítico na transmissão do vírus (VAN HERP, 2014, tradução nossa).

O avô relata que, inicialmente, a morte das três foi atribuída à feitiçaria, fato que trouxe ao vilarejo a visita de um curandeiro. Este, após seu trabalho, afirmou estar o local livre do mal que o acometera. Mesmo assim, muitos moradores continuavam adoecendo e indo a óbito. Ninguém sabia do motivo das mortes, continuou o avô em seu depoimento no vídeo. Durante o sepultamento, todas as pessoas tocavam os corpos, sem lavarem as mãos em seguida, por isso, afirma um dos moradores, todos ficaram doentes. Além disso, ele relata que a comunidade de Kissi, em Serra Leoa, foi atingida em decorrência da circulação de diversos moradores que transitavam entre Guiné e Libéria, por causa de seus familiares.

Jean-Pierre Lua, funcionário aduaneiro do posto fronteiriço de Nonoca, região da Guiné, relatou, no mesmo documentário (CASAER, 2015), que, antes da ordem de fecharem a fronteira, eles recebiam passageiros viajando em ambas as direções, através de canoas que atravessavam o rio. Destaca que, no dia 30 de Junho de 2014, receberam a ordem do governo para fecharem a fronteira em decorrência do Ebola, entretanto, havia pessoas que faziam a travessia. Raymond Janguino, médico da Unidade de Controle de Saúde da Fronteira - Forças Armadas da República da Guiné, declarou no documentário que, se fosse encontrado alguém com suspeita da doença atravessando a fronteira e que aceitasse o tratamento, eles autorizavam a entrada, caso contrário, a pessoa era impedida de entrar na Guiné. Segundo Jean-Pierre Lua, havia averiguação, de tempo em tempo, da entrada ilegal no país, entretanto, continuou ele, quando o nível das águas estava baixo, existiam outros pontos para entrar sem a necessidade do uso da canoa, o que dificultava o controle e facilitava a disseminação da doença.

No início do surto, portanto, o controle aduaneiro não foi capaz de evitar a propagação do vírus entre as fronteiras. Eugène Mara, prefeito de Fermessadou, região da Guiné, declarou que a doença começou a atingi-los depois que um jovem, sem saber que estava com o vírus, foi visitar a família no vilarejo, após ser contaminado na região da Libéria. Os pais do jovem tentaram de tudo para curá-lo, mas mesmo assim ele foi a óbito e, por não saberem sobre o vírus, muitas pessoas acabaram sendo contaminadas. Hilde de Clerck, profissional da MSF, declarou, em 9 de julho de 2014, o problema de controle da doença entre as fronteiras e os motivos de haver essa migração:

Há apenas algumas semanas, restavam apenas duas aldeias na Guiné em que MSF ainda tinha que monitorar pessoas de "contato" - qualquer pessoa que tivesse estado em contato com casos confirmados ou suspeitos de Ebola. Como resultado, estávamos bastante esperançosos de que estivéssemos testemunhando o fim da epidemia. Mas, de repente, recebemos três ligações diferentes na Guiné. Em cinco minutos tudo mudou. Constatou-se que vários casos também apareceram em aldeias da vizinha Serra Leoa, muito próximas da fronteira guineense. Para as pessoas daqui, a fronteira não existe da maneira que muitos imaginam que seria uma fronteira. Aqui a fronteira é porosa, e as pessoas regularmente cruzam para frente e para trás. Eles têm família em ambos os lados e frequentemente viajam para mercados, ou para funerais, por exemplo. (CLERCK, 2014, tradução minha)

Um medo que atravessou fronteiras, a ponto de atingir também os países ocidentais, o que ficará mais claro no subitem 1.3, “Durante o Ebola, nós evoluímos de indiferença global para medo global” (LIU, 2016). Diante de uma epidemia, muitas são as incertezas que podem fomentar medos

exagerados, dificultar a definição e o cumprimento de políticas públicas e de protocolos e, portanto, retardar o enfrentamento de sua expansão. Ainda mais quando a vida é colocada em xeque, sobretudo coletivamente, como no caso das epidemias, as incertezas proliferam e repetimos erros históricos. O caso da aids, nos anos 1980, foi paradigmático neste sentido. A aids foi vivida como uma sentença de morte até a metade da década de 1990, quando da descoberta do coquetel antiretroviral. O medo irracional e o “pânico moral” (GALVÃO, 2000, p.165) suscitaram discriminações, estigmas e condenação à “morte civil” das pessoas afetadas, como bem colocam Herbert Daniel (1989) e Hebert de Souza – Betinho – (1989) “a aids começou a ser uma espécie de catalisadora de medos, de sentimentos de culpa, de preconceitos, de tudo, uma espécie de Chernobyl virológica, um negócio incontrolável” (p. 48). Biehl (2016) relata a experiência de quando foi pela primeira vez a Caasah¹⁵: ao ser recepcionado por uma pessoa portadora do vírus HIV/Aids, antes de falar bom dia, ela logo disse, “sou portador”. A partir do encontro, o autor fez uma leitura da palavra: “Portador é ambíguo: portador no sentido de ser soropositivo, da pessoa usar esse marcador para se identificar, antes mesmo de dizer seu nome. Mas é também ‘porta/dor’; a porta da dor, pensei.” (BIEHL, 2016, p. 395). A palavra, ao mesmo tempo apontava para uma dimensão humana de dor, abandono, mas também sugeria pertencimento e reconhecimento, diante de uma doença que, mais do que a morte biológica, também propiciava uma morte cível aos infectados pelo vírus.

Só ao longo do tempo, em razão das lutas da sociedade civil organizada (ONGs/Aids, associações de pessoas vivendo com HIV/Aids, movimento homossexual, dentre outros) e da compreensão de que as pessoas não eram responsáveis ou culpadas por um vírus que podia afetar a todos, é que a prevenção, a solidariedade e os direitos humanos foram garantidos. Muito esforço coletivo, em redes nacionais e internacionais, possibilitou que patentes fossem quebradas, medicamentos distribuídos na rede pública de saúde, campanhas de prevenção aconselhando o uso da camisinha fossem lançadas. Movimentos pela diversidade e liberdade sexual entraram em pauta nas ações da área da saúde e da educação. Embora estejamos vivendo um grande retrocesso atualmente, inclusive com aumento do número de novas infecções, os avanços foram muitos ao longo dessas três décadas e deveriam inspirar o enfrentamento de novas epidemias.

No caso do zika vírus, recentemente, Segata (2016) analisou os medos e as incertezas vivenciadas em torno do mosquito que transmite a febre chikungunya, remetendo igualmente ao problema crônico da dengue em nosso país. Para o autor, o mosquito é pensado como uma rede que mobiliza entre políticas sociais, sanitárias, científicas, tecnológicas, além de estratégias de planejamento urbano em favor de seu controle, ou seja, ele “mobiliza e transforma a cidade” (SEGATA, 2016). Neste caso, a pobreza foi o fator explicativo da doença, o que passou a figurar como elemento central nas políticas do governo, responsabilizando apenas as pessoas, e não a falta de infraestruturas urbanas de responsabilidade do estado, conforme as palavras do autor:

¹⁵ Abrigo localizado em Salvador que abrigava pacientes com aids, estigmatizados e sem redes de relações (Biehl, 2016).

A pobreza “problemática” em questão não é aquela das pessoas, mas dos sistemas de serviços básicos - em geral, de responsabilidade estatal. Há um deslocamento de sentidos e de responsabilidades, que vai da infraestrutura ao indivíduo. [...] o fato de que as carências estruturais das cidades são obliteradas pela ênfase que as agências de cuidado dão às práticas da população (SEGATA, 2016, p. 386).

Segata (2016) também apresenta os elementos que constituem o modo complexo com que mosquitos e pessoas vivem no mesmo espaço, em que se produzem controvérsias científicas diante de diversos problemas enfrentados nas ações relativas à saúde pública. Nas palavras do autor:

As políticas da ciência e do Estado aos poucos foram deslocando suas práticas, como aquelas centradas na doença e materializadas nas reformas urbanas, para se concentrarem nos mosquitos e na produção da vulnerabilidade. [...] Ao invés de reformas, ela produziu periferias, morais e geográficas, na medida em que as políticas de controle do mosquito passaram a operar como barricadas que isolam e protegem as porções mais nobres das cidades (SEGATA, 2016, p. 386 e 387).

Uma discussão estrutural que coloca, principalmente, os mais desprovidos financeiramente em uma situação de risco maior, diante de uma situação de emergência. A própria história do humanitarismo e das ações em situações de emergência está pautada na história das adaptações, das ambições de governos, das limitações humanas e dos desafios de diversas naturezas. Os interesses governamentais são parte essencial desse processo, pois as experiências humanitárias nas últimas duas décadas consentiram claramente que a política se tornasse parte inerente do humanitarismo contemporâneo, principalmente com a circulação transnacional entre o Terceiro Mundo e a Europa.

Nesse biopoder¹⁶ em que as agências humanitárias estão alocadas como forças "supracoloniais" que provocam a erosão da democracia, da participação coletiva e da negociação política, não só na sociedade e em grupos onde ocorre a intervenção, mas no próprio aparelho transnacional, o tempo é o elemento central. De acordo com Pandolfi (2002), mesmo que a intervenção ocorra em determinado território, a manipulação do tempo é central no contexto de supracolonialismo, como uma governança móvel em um escala global. A autora elabora o termo "souverainetés mouvantes" (soberania em movimento), usando-o para descrever ONGs e organizações internacionais que, por meio das suas ações e operações, impõem instituições e conceitos de cidadania que são estranhos aos territórios nos quais elas atuam (PANDOLFI, 2002). Nesse sentido, a autora relata que o aparelho humanitário atua em três níveis: o direito de intervir, a temporalidade de emergência e o imperativo de agir, estendendo essas normas de poder como um esforço para efeito do governo da saúde, sem qualquer certeza de controle.

2.3 A precariedade da vida em situações de urgência: um contraste entre mobilização local e recursos internacionais

Inúmeros aspectos da discussão corrente sobre a instrumentalização da ajuda humanitária pelos principais governos doadores já estavam presentes na agenda humanitária dos anos 1990: a

¹⁶ Um poder sobre os corpos desempenhado pelos governos, conceito que será discutido no segundo capítulo.

dependência financeira dessas agências junto aos seus financiadores oficiais, a afirmação de condicionalidades para aplicação dos recursos em campo, a afinidade civil-militar num conjunto de segurança ruim aos agentes humanitários e a repetida conjunção (ou sobreposição) de imputações entre humanitários e outros agentes em campo. Os governos, tradicionalmente, são os maiores doadores¹⁷ de ajuda humanitária, na forma de doações financeiras, de medicamentos, alimentos, médicos, abrigo, segurança, entre outros. Além disso, outras formas podem vir de relações privadas. Com o aumento do fluxo de recursos destinados para ajuda, a atenção dos doadores com a forma como eles eram despendidos pelas agências também passou a ser maior. Esta atenção resultou na construção de políticas e de instrumentos que permitissem o monitoramento da aplicação dos recursos e, em última análise, do desempenho dos agentes humanitários em campo. Embora a análise de Hisamoto (2012) tenha se referido a uma ajuda humanitária em tempos de guerras, parte da crítica pode ser também atribuída à ajuda em tempos de epidemias emergenciais:

Dentro das organizações humanitárias, as externalidades negativas da ajuda em cenários complexos, a desarticulação entre os agentes em campo, a ausência de princípios comuns que pavimentassem o entendimento entre aquela variedade de atores, e a necessidade de racionalizar e profissionalizar suas atividades e de financiar devidamente estes esforços, eram problemas práticos fundamentais, mas eram também apenas aspectos de um problema mais sério: qual era o significado de “ajuda”, quais eram seus propósitos, o que ela deveria focar – ou seja, em meio a estes desafios práticos importantes, muitos dentro do universo humanitário começaram a questionar a identidade do próprio humanitarismo. (HISAMOTO, 2012, p. 127-128).

A principal crítica era a falta de coerência política, ou seja, a falta de coordenação dos atores humanitários. “O ‘álibi humanitário’ era uma saída confortável para os governos e ambígua para as agências, já que, ao mesmo tempo, essa estratégia inundava as organizações com recursos e as abandonava em campo, sem apoio político ou militar” (HISAMOTO, 2012, p. 130). Com isso, a falta de sufrágio político real dos principais governos (doadores) na história das crises convenceu muitos associados às organizações sobre a precisão de tornar suas ações mais politizadas, mesmo que fosse preciso abandonar a tradicional coluna da neutralidade humanitária. Portanto, o humanitarismo foi implantado no contexto de uma estratégia de defesa das nações consideradas potências mundiais, penetrando a conexão entre decisões políticas estratégicas e aplicação dos esforços e dos recursos humanitários em crises prioritárias, angariando e destinando recursos às organizações, aos governos e às populações em meio a conflitos, impasses e interesses divergentes. Se o auxílio humanitário podia ajudar os embates, também serviria para resolvê-los, mas era preciso fazer parte de uma ação

¹⁷ Por exemplo, no caso do Ebola, de acordo com o relatório da *United States Agency for International Development* – USAID (2016), entre 2014 e 2016, os países afetados pelo vírus Ebola receberam um total de \$3.809.344.974 bilhões de dólares, sendo os Estados Unidos o país que mais doou, com um total de \$2.594.884.810 bilhões de dólares. Em seguida aparece a Inglaterra, com \$363.798.934 milhões de dólares, a Alemanha, com \$166.555.655 milhões de dólares. Não só países, mas também instituições fizeram suas doações, como o Banco Mundial, com \$139.598.831 milhões de dólares, e a Comissão Europeia, com \$118.947.563 milhões de dólares. Outros países que também contribuíram foram França, Suíça, Japão, Canadá e Holanda (CDCP, 2016).

integrada e coesa, ou seja, coerência entre os esforços humanitários e os esforços político-militares na resposta a uma emergência complexa.

Thomaz (2010) narra sua experiência durante o período logo após o terremoto que assolou Porto Príncipe no Haiti, um dos países mais pobres do mundo, em 2010. O autor traça as mobilizações sociais diante das situações de urgência que a cidade se encontrou logo após o desastre natural, em que pessoas ficaram submersas em meio a escombros e havia falta de água e comida. “Mas não são só os laços de sangue, as alianças e os afetos também dinamizam a sociedade haitiana; a precariedade do aparato estatal não limita o impressionante associativismo que a caracteriza” (THOMAZ, 2010, p. 34). Ele retrata a mobilização local em contraste com a mobilização internacional, a pobreza extrema *versus* as maiores economias do mundo, que declararam a ajuda de milhões de dólares, além do envio de aviões com remédios, profissionais da saúde, estruturas como tendas, além de água e comida, mas, de acordo com Thomaz (2010) “Não víamos nada. A ajuda internacional não se vê, não se come, não se bebe, só se escuta” (p. 28). O que o autor observou, na realidade local, foi o quadro que se segue:

As associações de médicos e enfermeiras rapidamente começaram a agir pelas ruas, socorrendo os feridos; da mesma forma que freiras haitianas acudiam os aflitos, os escoteiros e outras associações juvenis se mobilizaram no trabalho junto aos escombros. Os jovens organizados em grupo rapidamente colocavam camisetas da mesma cor com o propósito de facilitar sua identificação, o que indica o gosto pelo uniforme do povo haitiano. (THOMAZ, 2010, p. 34)

E mais, o autor relata que, tanto em Pétienville como em Porto Príncipe, via-se distribuição gratuita de água, organizada pelos próprios haitianos, bem como a coleta de lixo e de corpos que haviam se espalhado pela cidade. O autor se pergunta por que a ajuda não chegava à população, ainda mais diante da notícia de que haviam diversos *containers* cheios de remédios, comida e água, além de um acampamento de cooperantes, como médicos, enfermeiros, bombeiros, especialistas em terremotos, cães farejadores. No entanto, essa ajuda não chegava à população atingida, e deixavam sob a responsabilidade dos jovens haitianos a tentativa de organização da cidade, diante de uma calamidade de tamanha magnitude.

Dessa forma, a principal crítica traçada por Thomaz (2010) era saber a razão de essa ajuda internacional não estabelecer uma cooperação com os circuitos de distribuição e ajuda preexistente no Haiti, mas sim, buscar protocolizar uma ajuda que chegará tardia a toda uma sociedade. “O ‘protocolo’ das organizações não prevê este tipo de conexão [...] como ignoram e menosprezam as capacidades da população” (THOMAZ, 2010, p.34). E, continua o autor, os haitianos estavam em um papel secundário, diante de uma paisagem de miséria e caos que parecia distanciá-los de uma vida em sociedade. Coube ao povo haitiano recorrer às suas próprias instituições, que se mostraram mais eficazes, apesar de todas as limitações, do que um aparato que parecia não ter outro propósito além de sua própria autopromoção.

No tocante ao Ebola, o apoio internacional demorou muito a chegar, diversas promessas de ajuda eram declaradas, mas o que, de fato, Joanne Liu (2014) relatou foi a diferença entre as promessas dos governos e a realidade no campo:

Generosas promessas de ajuda e resoluções sem precedentes por parte das Nações Unidas são muito bem-vindas. Mas terão um significado mínimo se não forem traduzidas em ação imediata. Hoje, a realidade em campo é esta: a promessa feita ainda não foi cumprida. As pessoas doentes estão desesperadas, suas famílias e cuidadores, nervosos, e os agentes de saúde, exaustos. Manter a qualidade dos cuidados oferecidos é um desafio extremo (LIU, 2014, tradução nossa).

Era claro que o auxílio humanitário não tinha condições de responder sozinho a crises extremamente complexas, como no caso do enfrentamento do vírus Ebola. Por diversas vezes a organização MSF foi a público declarar a preocupação que os assolava e o fato de se sentirem sozinhos na luta contra o Ebola. Em 23 de Junho de 2014, a MSF emitiu uma declaração, assinada por Bart Janssens, diretor de operações, informando que a epidemia estava fora de controle e por isso a organização chegava ao seu limite. No material analisado nesta pesquisa, foram localizadas 16 vezes em que membros do alto escalão da organização MSF emitiram publicamente pedido de ajuda aos países desenvolvidos, bem como às organizações internacionais, como a OMS, a ONU e ao G-7. Nesse mesmo período, Brice de La Vingne, Diretor de Operações da MSF, demonstrou, em 28 de agosto de 2014, profundo descontentamento em relação ao conteúdo publicado, bem como às ações práticas da OMS:

Este roteiro da OMS é bem-vindo, mas não deve dar uma falsa sensação de esperança. Um plano precisa ser cumprido. Existem muitas perguntas sobre quem implementará os elementos do plano: quem tem o treinamento correto para a variedade de tarefas que são detalhadas, por quanto tempo será necessário treinar organizações para criar e administrar um centro de gerenciamento de Ebola, quanto tempo antes que qualquer novo centro se torne operacional, quem realizará a educação de saúde vitalmente importante, o rastreamento de contato e o trabalho de enterro seguro nas comunidades afetadas? (DE LA VINGNE, 2014, tradução nossa).

Janssens também demonstrou insatisfação e criticou a insuficiência do ato:

Declarar o Ebola uma emergência internacional de saúde pública mostra quão seriamente a OMS está tomando o atual surto; mas declarações não salvam vidas, agora precisamos dessa declaração traduzida em ação imediata no terreno. Durante semanas, MSF tem repetido que uma enorme resposta médica, epidemiológica e de saúde pública é extremamente necessária para salvar vidas e reverter o curso da epidemia. Vidas estão sendo perdidas porque a resposta é muito lenta (JANSSENS, 2014, tradução nossa).

Além de Janssens, Nierle e Jochum consideraram que:

[...] a resposta internacional é lenta e irrisória. Pode igualmente ser definido como irresponsável. Hoje, apenas um punhado de atores internacionais está envolvido na luta contra o Ebola. Mas isso não está nem perto do suficiente. Esta é uma crise excepcional, o número de novas infecções ainda está aumentando e o vírus tem um sério potencial para se espalhar para outros países. Promessas de financiamento e declarações políticas não são suficientes - a ação decisiva é necessária agora. Isso exige uma abordagem prática e operacional. A situação só pode ser revertida se houver um comprometimento significativo dos Estados com a capacidade efetiva de resposta a desastres - seja por meio de mecanismos de proteção civil, apoio de unidades de medicina militar, de pessoal médico ou de logística

que esteja acostumado a trabalhar com rigorosa prevenção de infecções (NIERLE e JOCHUM, 2014, tradução nossa).

O que a MSF busca, nas palavras de Liu, “*Não se trata de modelos de preparo e resposta a crises, ou de investimentos massivos e sistemas paralelos. Trata-se de colocar as necessidades de pacientes, comunidades e profissionais de saúde do país em primeiro lugar.*” (LIU, 2015). Dada à facilidade de dispersão do vírus e a falta de conhecimento e de apoio das clínicas particulares da região, as pessoas que suspeitaram estar infectadas buscaram ser atendidas pelo MSF. Decorrente dessa demanda, Liu reconheceu as limitações da organização, e, por isso, fez um apelo a OMS e à comunidade internacional, além das organizações não governamentais, para que ampliassem suas respostas e enviassem mais equipes a campo. De acordo com as palavras da presidente da organização MSF:

MSF é limitada no que pode fazer. Mais ajuda se faz necessária nesses países para melhorar o acompanhamento das comunidades, a vigilância epidemiológica e a assistência de pacientes. Mais profissionais para colocar a “mão na massa” são essenciais para ajudar a implementar e desenvolver novas abordagens e estratégias. Não se trata apenas de ter mais epidemiologistas, médicos e especialistas em Ebola, mas há também uma demanda por pessoas que tenham experiência em desastres e resposta a emergências, mesmo com pouca ou nenhuma experiência com o Ebola. Essas pessoas são extremamente necessárias para cobrir as enormes lacunas existentes, como a prestação de apoio hospitalar em geral, o controle de infecção, o contato e o monitoramento da comunidade, além de prover ferramentas, como kits de desinfecção doméstica, às pessoas. (LIU, 2014).

Nesse aspecto, pela limitação da MSF em prestar o suporte necessário para atender essa demanda, no dia 02 de Setembro de 2014 a organização emitiu uma declaração pública reiterando sua preocupação com o posicionamento dos governos e das organizações internacionais em relação à resposta à epidemia que assolava os países africanos. Nas palavras de Liu,

Médicos Sem Fronteiras tem tocado sinais de alarme há meses, mas a resposta foi muito pouco, muito tarde. O surto começou há seis meses, mas só foi declarado “Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional” em 8 de agosto. Embora financiar anúncios, roteiros e encontrar vacinas e tratamentos sejam bem-vindos, eles não deterão a epidemia hoje (LIU, 2014, tradução nossa).

Logo em seguida, Liu vai novamente a público para pedir ajuda, em discurso sobre o Ebola na ONU, proferido em 16 de setembro de 2014:

[...] apenas alguns países fizeram promessas de envio de mais capacidades práticas aos países afetados, como os Estados Unidos da América, o Reino Unido, a China, a França e Cuba, ou a União Europeia. Sabemos que o presidente Obama vai anunciar ainda hoje um plano de envio de assistência militar e médica à África Ocidental. Se isso for verdade – não temos ainda detalhes reais acerca das implicações desse envio e do quão rápido isso será executado –, os EUA estão dispostos a dar o exemplo que outros países precisam seguir (LIU, 2014).

Esse mesmo pedido é reiterado em outras oportunidades, como no discurso de Jackson K. P. Naimah no Conselho de Segurança das Nações Unidas, em 18 de setembro de 2014: “*Não posso ficar de lado, assistindo meu povo morrer. Mas eu, assim como meus colegas daqui, não posso combater o Ebola sozinho. Vocês, a comunidade internacional, precisam nos ajudar*”. Em 25 de setembro, na

Assembleia Geral das Nações Unidas, Joanne Liu falou novamente “*Hoje, a realidade em campo é esta: a promessa feita ainda não foi cumprida*”. Portanto, a resposta estava sendo lenta e fragmentada, as condutas e os procedimentos estavam sob responsabilidade de populações e governos locais, além de organizações não governamentais como MSF e, até o momento, não havia sido enviada ajuda internacional.

Somente em 26 de Janeiro de 2015, Jerome Oberreit, Secretário Geral dos MSF, relata que “*Desde setembro, mais atores chegaram ao local e hoje assistimos a uma redução substancial no número de pessoas infectadas pelo ebola. No entanto, não podemos dizer que a epidemia esteja sob controle*” (OBERREIT, 2015, tradução nossa). Assim, as declarações emitidas a partir de então vão de encontro com outras questões, como a falta de um tratamento efetivo que oportuniza a cura do Ebola, bem como pesquisas sobre o assunto. Em 3 de Março de 2015, Liu faz esse apelo na Conferência Geral sobre o Ebola, em Bruxelas:

Um plano prático para subsidiar pesquisas acerca de vacinas, tratamentos e ferramentas para diagnóstico precisa ser desenvolvido. Os resultados dessa pesquisa pertencem primeira e principalmente às comunidades afetadas, então, precisamos garantir que estejam voltados, prioritariamente, para seu benefício (LIU, 2015).

A razão humanitária pensada nos efeitos de um discurso, na concepção de Boltanski (1993), pode propiciar uma política de piedade, ou seja, a partir da miséria daqueles que sofrem e a apresentação de um espetáculo dessa miséria¹⁸, pode inspirar o sentimento de pena nos espectadores, contempladores do sofrimento do infeliz de longe, um indivíduo incógnito, portanto, não é nem parente, nem amigo, nem mesmo um inimigo. Pode ser que esta seja a única testemunha capaz de compor um dilema moral designadamente a alguém exposto a ele. O espectador pode adotar uma posição, pode manter sua integridade, face a face com o sofrimento, tomar uma posição, discursar, tornar público, conforme feito pela MSF por diversas vezes.

Boltanski (1993) levanta uma questão inicial: “Confrontado com o espetáculo de um sofrimento infeliz à distância, o que pode um espectador moralmente receptivo fazer quando ele é condenado, pelo menos para o momento, a inatividade? [ao que o autor responde:] Ele pode ficar indignado” (*idem*, 1993, p. 5, tradução nossa). A pena é transformada pela indignação, adquire poder, não é desarmada, adquire as armas a partir da raiva. Podemos dizer que a ação a partir da raiva é motivada pela emoção dos atores, ou seja, uma denúncia emocional que simula o compromisso em uma situação em que poderiam ser realizadas as ações. Assim, sem qualquer contato físico, a raiva está condenada a continuar verbal, a ação de fala que proclama é uma acusação que não está apontada ao que sofre, pois a

¹⁸ Não que o espetáculo da miséria conduza necessariamente a uma política de pena, uma vez que a miséria do outro pode ser simplesmente ignorada. Quando um espectador é desafiado com qualquer outro show, ele tem a alternativa fácil de retirar sua atenção, sair da sala, parando a leitura, ligando a televisão etc. Mas quando ele se encontra com sofrimento, seu comportamento não é evidente, porque, neste caso ele poderia ser acusado, ou poderia se acusar de indiferente (BOLTANSKI, 1993).

transformação da pena em indignação implica precisamente o redirecionamento da atenção para longe desta estima do sofrimento, na procura de um perseguidor de quem se desvincular. Há, portanto, uma linha tênue entre posições morais e políticas na discussão sobre a situação de outro que está em sofrimento.

Enquanto que, para Fassin (2010), a linguagem da “emergência” é utilizada na elaboração dos programas de assistência humanitária e refletem, em grande parte, uma condição de pobreza crônica, ou seja, trata-se de uma posição mais política do que social. Para ele, Boltanski (1993) está deixando de considerar outros atores presentes na prática humanitária:

O impasse no qual se encontrava a sociologia era o de se ver obrigada a escolher entre o olhar de cima, daquele que sabe o que os agentes sociais ignoram, em razão de estarem submetidos pela dominação ideológica; e a adesão à perspectiva dos atores sociais, ao ponto de conceber a análise como um exercício redundante ou mais precisamente uma simples tradução do que eles sabem melhor do que ninguém (FASSIN, 2011, p.263).

Somado a isso, para Fassin, as próprias reivindicações das organizações humanitárias, no que tange às suas ações práticas, são realizadas com base em quatro fatores: necessidade - factual e quantificável; compaixão, levando a uma empatia para o requerente e à satisfação de prestar assistência; justiça, com erros descritos, muitas vezes em um tom vingativo; e mérito, com base em esforços para melhorar a condição de uma pessoa e a renúncia à delinquência ou ao desvio social. Ao descrever inconsistentes avaliações de casos, Fassin (2010) observa que a caridade é sempre discricionária. Ele contesta a divisão tradicional entre sentimento de caridade e justiça, dizendo que o primeiro complementa o último e que a multiplicidade de critérios, utilizados para avaliar afirmações indica a forte presença de justiça em vez de sua ausência. Fassin considera necessário fazer um exame do “[...] funcionamento da justiça em práticas de caridade” (FASSIN, 2010, p. 473, tradução nossa).

Para Butler (2009), a estrutura do discurso investido de autoridade é importante para entender como se introduz e se assegura a autoridade moral sobre as vidas precárias, ou seja, aquelas que sofrem:

A estrutura do discurso é importante para a compreensão de como a autoridade moral é introduzida e sustentada se concordarmos com o fato de que o discurso está presente não apenas quando nos reportamos ao Outro, mas que, de alguma forma, passamos a existir no momento em que o discurso nos alcança, e que algo de nossa existência se prova precária quando esse discurso falha em nos convencer (BUTLER, 2011, p. 15).

Portanto, quando falamos apenas para nos dirigir aos outros e não expressamos algo sobre sua existência, a vida precária se instaura como prova da falha de tais demandas feitas através do discurso. A autora remete à Interpelação Ética, discutida por Emmanuel Levinas, cuja análise é sobre a representação e a humanização que o discurso pode trazer. Butler analisa que Levinas,

[...] nos fornece uma maneira de pensar a respeito da relação entre representação e humanização, uma relação que não é assim tão direta quanto poderíamos gostar de pensar [...] Quando consideramos as formas comuns de que nos valemos para pensar sobre humanização e desumanização, deparamo-nos com a suposição de que aqueles que ganham representação, especialmente autorepresentação, detêm melhor chance de serem humanizados. Já aqueles

que não têm oportunidade de representar a si mesmos correm grande risco de ser tratados como menos que humanos, de serem vistos como menos humanos ou, de fato, nem serem mesmo vistos. (BUTLER, 2011, p. 23 e 24)

No tocante ao enfrentamento do Ebola, os próprios membros da organização que se colocaram no lugar de fala pelos que sofriam, mas o discurso investido de autoridade que, de fato, deu voz a eles ocorreu somente com o evento (e o *status*) de um diplomata e de um americano infectados pelo vírus, ao ponto de a própria OMS declarar que o surto do Ebola era uma emergência de importância internacional. Fica evidente a discussão da precariedade da vida quando Liu persistiu em reafirmar a falta de ajuda inicial ao enfrentamento do vírus no Fórum Global de Parceiros, promovido pela Fundação Bill & Melinda Gates, em 12 de maio de 2015.

Desde o início do surto, ONGs mantinham programas no país. O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC, na sigla em inglês), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e pesquisadores internacionais estavam fazendo monitoramento na região. Mesmo os Institutos Nacionais de Saúde (NIH, na sigla em inglês) publicaram sobre o Ebola. Mas naqueles primeiros meses mortais, ninguém soou o alarme e ninguém estava preparado para atender os pacientes diretamente. Foi apenas quando um diplomata infectado voou para a Nigéria em julho e quando um americano ficou doente em agosto que o mundo acordou e tomou medidas para impedir a chegada do Ebola a seus países. Mas milhares de pessoas já estavam mortas ou morrendo. Muito pouco, muito tarde (LIU, 2015).

Até que a OMS fizesse essa declaração, perto de mil pessoas já haviam ido a óbito, além de outras milhares que se encontravam na situação de infectadas. Pode ser que o diplomata e o americano infectados tenham dado voz aos outros que estavam sendo atingidos pela doença, portanto, puderam se autorrepresentar e por isso tiveram mais chances de serem humanizados e não foram tratados como os outros que também foram atingidos pelo vírus e acabaram sendo tratados como “menos humanos”. Por isso, a discussão suscitada é sobre: quais vidas devem ser vividas? Por esta razão, para a autora “parece mais importante nos perguntar sobre as cenas de dor e sofrimento do que ser imagens que cobrem e desrealizam. Com efeito, todas essas imagens parecem suspender a precariedade da vida” (BUTLER, 2009, p. 180, tradução nossa).

Para Butler (2009) deveríamos pronunciar algo mais que uma linguagem para pensar a precariedade da vida que está em jogo e, assim, induzir-nos a pensar efetivamente o projeto intelectual de criticar, questionar, chegar a entender as dificuldades e as exigências das traduções culturais, criando uma oportunidade para que as vozes não sejam intimidadas ou depreciadas. De fato, o que está em discussão é a governabilidade entendida como um modo de controle de poder relacionado com a manutenção e o controle dos corpos e indivíduos. No contexto em estudo, a própria organização MSF é um dos atores que agiu sobre outros, uma das ações sobre outras ações e sobre a população que se encontrava na condição de afetados pelo Ebola.

3 IMPASSES, TENSÕES E CONTRADIÇÕES NA EXPERIÊNCIA DO ENFRENTAMENTO DO VÍRUS: *DESCOBRI QUE A MORTE TEM NOME E SOBRENOME: VÍRUS EBOLA*

[...] descobri que a morte tem nome e sobrenome: vírus Ebola. Sem o menor pudor, o Ebola se impõe entre as pessoas, impedindo-as de se tocarem, de cuidarem de seus entes queridos e, mais concretamente, dentro dos corpos que perecem dia a dia, enchendo cemitérios e mantendo acesa a chama dos crematórios. Pude conhecer, em minha passagem por Conacri, o centro de tratamento de MSF. Por ser psicóloga, busquei saber mais sobre como atua a equipe psicossocial nesse centro, composta por uma supervisora guineana com anos de experiência no aconselhamento de pessoas com HIV, uma conselheira e dois promotores de saúde. Eles são o que convencionamos chamar de “sobreviventes”. São pessoas que foram tratadas pela equipe de MSF e conseguiram sobreviver ao ataque furioso desse vírus tão letal. [...] Do lado de fora da zona de isolamento, o protocolo: lavar as mãos a cada entrada e saída de alguma área ou tenda, passar spray nos sapatos (botas, de preferência) e, como sempre, ser criativo para saudar as pessoas sem tocá-las. No portão de entrada, testemunho por detrás da cerca que garante a distância necessária para evitar o contágio, uma cena que me choca, mas que, para aqueles que já estavam ali há algum tempo, era mais uma de tantas: uma menina de cerca de dez anos foi largada por sua família na frente da porta. A família partiu, deixando-a para trás. Como um último gesto de cuidado, deixaram ao lado dela um pouco de comida e uma garrafinha d’água. Uma atitude que parece difícil de

aceitar, mas que é preciso entender, levando-se em conta um contexto onde a comunidade desesperada pede que as famílias se desfaçam de seus doentes. Algum tempo depois, veio um membro da equipe médica em sua veste de proteção e conduziu-a até a zona de triagem, tocando-a com sua mão protegida por uma grossa luva verde de borracha (BARTSCH, 2014).

3.1 Impasses, tensões e contradições: não há o que fazer, não tem cura e tem que hidratar

Antes da crise do Ebola em 2014, a organização MSF já havia tido experiência nesse tipo de situação, em menor escala, em Uganda, no Sudão e na República Democrática do Congo (RDC) em 2012. Nesse sentido, a organização havia estabelecido um protocolo de tratamento, mesmo sabendo que não garantia a cura aos infectados. Em suma, o tratamento era de apoio intensivo, através de internações hospitalares, com o tratamento dos sintomas conforme apareciam, sendo as principais formas de terapêutica: o fornecimento de líquidos intravenosos (IV) e eletrólitos de equilíbrio (sais corporais), além de manter o estado do oxigênio e a pressão sanguínea do paciente e tratar outras infecções, se elas ocorressem¹⁹. Segundo a Organização Médicos Sem Fronteiras (2017),

O tratamento padrão para a doença limita-se à terapia de apoio, que consiste em hidratar o paciente, manter seus níveis de oxigênio e pressão sanguínea e tratar quaisquer infecções. Apesar das dificuldades para diagnosticar o Ebola nos estágios iniciais da doença, aqueles que apresentam os sintomas devem ser isolados e os profissionais de saúde pública, notificados. A terapia de apoio pode continuar, desde que sejam utilizadas as vestimentas de proteção apropriadas até que amostras do paciente sejam testadas para confirmar a infecção.

Mas a possibilidade de cura também dependia da resposta imune do paciente e, mesmo assim, de acordo com a CDC (2016), não se sabe se as pessoas que se recuperam são imunes para a vida toda ou se podem se infectar com uma espécie²⁰ diferente de Ebola. Além disso, mesmo após a recuperação, sabe-se que o vírus pode ser encontrado em alguns fluídos corporais, incluindo o sêmen. De fato, o que a CDC (2017) relata é que as pessoas que se recuperaram da infecção, normalmente desenvolvem anticorpos que podem durar 10 anos ou mais, mas não há evidências definitivas sobre isso. Armand Sprecher, especialista em saúde pública dos MSF, declarou que esse regime clínico padrão para pacientes que sofrem de Ebola está de acordo com a OMS e explica-os:

O protocolo clínico da MSF para pacientes com Ebola consiste no seguinte:

- *Atendimento sintomático: a equipe médica de MSF fornece medicação para febre e dor, bem como medicamentos para reduzir o vômito e a diarreia, em um esforço para evitar a perda de líquidos e deixar os pacientes mais confortáveis. Medicação para ajudar a controlar a ansiedade, agitação ou confusão também é dada.*
- *Cuidados de apoio: além disso, a hidratação é um componente crucial do cuidado; sem fluidos suficientes, o corpo pode entrar em choque e os rins podem parar de funcionar. Se o paciente estiver alerta, capaz de participar de seus cuidados e não estiver vomitando, são*

¹⁹ De acordo com a CDC (2017), vacinas e tratamentos experimentais para Ebola estão em desenvolvimento, mas ainda não foram totalmente testados quanto à segurança ou eficácia, por isso não há disponível nenhum tratamento que garanta a cura do paciente, como medicamentos antivirais.

²⁰ Desde a origem do vírus, já foram descobertas cinco espécies diferentes: vírus do Ebola (Zaire ebolavirus), que foi o responsável pela epidemia de 2014 e 2015, mas também há o vírus do Sudão (Sudan ebolavirus); o vírus da floresta Tai (Tai Forest ebolavirus); o vírus Bundibugyo (Bundibugyo ebolavirus); e o vírus Reston (Reston ebolavirus), sendo que o último atinge apenas primatas não humanos, como gorilas, chimpanzês e macacos (CDC, 2017).

administrados fluídos de reidratação oral para reabastecê-lo. Aos pacientes com ingestão oral insuficiente, diarreia grave ou vômitos, são administrados fluídos intravenosos (IVs).

- *Cuidado Presuntivo: pacientes com Ebola também podem estar sofrendo de outras doenças comuns ao mesmo tempo, como malária, febre tifoide ou shigelose, que podem interferir em sua capacidade de construir uma resposta imunológica para ajudar a combater o Ebola. Antibióticos e medicamentos antimaláricos são fornecidos a todos os pacientes para evitar deixar essas infecções sem tratamento.*
- *Apoio nutricional: vitaminas e alimentos terapêuticos são dados para apoiar a resposta do paciente ao vírus.*
- *Aconselhamento psicossocial: pacientes com Ebola sofrem por muitas razões, e nem todas são consequências físicas da doença. O apoio psicológico é fornecido para ajudar tanto os pacientes como suas famílias para enfrentarem essa doença (SPRECHER, 2015, tradução nossa).*

Ocorre que o tratamento por fluidos IV precisa de monitoramento profissional, tanto pela hidratação do paciente quanto no controle de infecção, o que poderia aumentar os riscos para esses pacientes. Porém, Sprecher (2015) esclarece que, para a organização, não há debate sobre a importância dos IVs, pois ela busca atender às necessidades dos pacientes, por isso, quando havia um grande número de internações, a administração desses fluidos era temporariamente suspensa ou restrita. Contudo, ele declara que as experiências anteriores da organização com surtos hemorrágicos demonstraram que o bom atendimento clínico poderia reduzir as taxas gerais de mortalidade entre 10% e 15%.

Para MSF, não há debate sobre a importância dos IVs; é claro que é um componente crucial do tratamento. Atualmente, fornecemos aos pacientes em necessidade em todos os nossos projetos na África Ocidental, bem como nos surtos nos quais respondemos nos últimos 14 anos. No entanto, como o surto cresceu, nossa capacidade foi esticada, levando a muitos desafios em nossa resposta. Em momentos específicos, não dispúnhamos de pessoal suficiente para administrar a hidratação IV com segurança, quando havia um grande número de internações de pacientes. Isso significava que a administração de fluidos IV tinha que ser temporariamente suspensa ou restrita [...]. Não foi apenas uma questão de realizar isso com segurança, mas também de ter membros suficientes para realizar o monitoramento necessário, o acompanhamento da hidratação dos fluidos para os pacientes e o bom controle da infecção. Quando um membro da equipe foi infectado, o medo apareceu e, às vezes, levou a um tratamento mais restritivo logo em seguida. As equipes de MSF se esforçaram para superar rapidamente essas barreiras e voltaram aos níveis normais de atendimento individualizado com o mínimo de atraso. Não sabemos quanta redução de mortalidade os fluidos IV podem oferecer, mas sabemos que esse é um elemento-chave do cuidado. A nossa experiência de surtos anteriores demonstra que um bom atendimento clínico pode reduzir as taxas gerais de mortalidade entre 10% e 15%. Ainda há muitas incógnitas sobre o Ebola e como melhor combatê-lo clinicamente (SPRECHER, 2015, tradução nossa).

A epidemiologista Kamile Kalahne (2014) reconhece que não há um tratamento específico para o Ebola, “Uma vez que as pessoas estejam infectadas, não há tratamento específico que possamos dar e, geralmente, há uma taxa de mortalidade muito alta, então muitas pessoas infectadas morrem” (KALAHNE, 2014, tradução nossa). Dessa forma, cabe à organização tomar medidas que possam aliviar os sintomas; nas palavras de Kalahne (2014, tradução nossa) “[...] quando a pessoa perde a consciência e sangra copiosamente, não há esperança. Nesse ponto, aliviaremos a dor do paciente e ficaremos com ele até o final”. Ao ser questionada sobre o porquê de admitir pacientes para tratamento, se não havia cura, Kalahne (2014) declara que,

Eu disse que não há tratamento "específico". Se você tivesse uma infecção no peito, você poderia tomar um antibiótico que mataria essa bactéria em particular. Mas neste caso, para o filovírus chamado Ebola, não há nenhum comprimido específico que possamos tomar. No entanto, em uma ala de isolamento, podemos tratar as pessoas, através do alívio da dor e dar-lhes fluidos. Acreditamos que isso faz diferença e os ajuda a combater a infecção. Também é importante que as pessoas com sintomas procurem o centro de tratamento para que possam ser cuidadas, com segurança, pela equipe de saúde com experiência no manejo desses casos e que possam oferecer o tratamento correto com o equipamento certo, para que outras pessoas não corram o risco de serem infectadas (KALAHNE, 2014, tradução nossa).

De fato, Sprecher reconhece que o ebola não é uma doença facilmente tratável, “*Quase 2.300 pacientes sob nossos cuidados sobreviveram até hoje na África Ocidental. O Ebola não é uma doença facilmente tratável, como a cólera, onde a simples hidratação é a diferença entre a vida e a morte. Há muito sobre o comportamento do vírus, epidemiológica e medicamental, que ainda é desconhecido*” (SPRECHER, 2015, tradução nossa). Para ele, alguns fatores podem garantir a sobrevivência do paciente; são eles: “[...] *gravidade da infecção na admissão (carga viral), idade do paciente, estado geral de saúde anterior, infecções coexistentes, estado nutricional, cuidados intensivos de apoio ou uma combinação de todos*” (2015, tradução nossa). O autor continua:

Já vimos alguns pacientes aparentemente se recuperando, andando, conversando e comendo, que depois ficam tristes e inexplicavelmente, uma hora depois, vão a óbito. Não se sabe quais fatores permitem que algumas pessoas se recuperem, enquanto outras sucumbem (SPRECHER, 2015, tradução nossa).

O médico infectologista Michel Van Herp declarou que, nesse estágio terminal, “*pacientes que são profundamente afetados pela doença não têm muita energia para se comunicar. O humor pode ser muito sombrio para aqueles em estágio terminal, que têm apenas algumas horas restantes antes de morrer*” (VAN HERP, 2014, tradução nossa).

No início da epidemia, a organização deu preferência pelo envio de profissionais que já haviam trabalhado nesse contexto, bem como com outros tipos de febre hemorrágica, semelhantes ao Ebola. Uma delas foi a médica, Esther Sterk, especialista em doenças tropicais pelo MSF. Para Sterk (2014), o Ebola era doença rara e, em razão de suas limitações, criou-se pânico decorrente do alto índice de mortalidade dos casos confirmados. Ela relata as fases do vírus:

[...] a doença é transmitida pelo contato com os fluidos de pessoas infectadas ou animais, como urina, suor, sangue ou leite materno. [...] Após um período de incubação de 2 a 21 dias, o vírus causa febre, dores de cabeça, dores musculares, conjuntivite e fraqueza geral. A próxima fase envolve vômitos, diarreia e, às vezes, erupção cutânea. O vírus se espalha no sangue e paralisa o sistema imunológico. É particularmente avassalador porque o corpo não detecta esses vírus imediatamente. Quando o organismo responde, muitas vezes é tarde demais. [...] Os vírus podem criar coágulos sanguíneos, que bloqueiam órgãos vitais e causam grandes hemorragias. Por isso, os pacientes podem ter sangramento intenso, inclusive do nariz ou da urina (STERK, 2014, tradução nossa).

Sprecher (2015) relata que o protocolo desenvolvido nas experiências anteriores da organização MSF sofreu diversas alterações, por conta das particularidades existentes nas regiões atingidas, evoluindo bastante desde o seu início, em 2014.

No início da epidemia, todos os centros de MSF implementaram os protocolos existentes para oferecer o melhor atendimento possível aos pacientes, e esses protocolos evoluíram desde então. O aumento da observação à beira do leito, bem como o monitoramento dos eletrólitos dos pacientes e a análise da química do sangue para corrigir anormalidades estão ocorrendo atualmente nos centros de MSF em Conacri [...] Além disso, novos protocolos para mulheres grávidas e crianças foram desenvolvidos. Antes deste surto, pensava-se que o Ebola era uma sentença de morte para mulheres grávidas, pois muito raramente sobreviviam. Mas agora, o atendimento especializado conseguiu curar 19 mulheres nos centros de MSF na África Ocidental. Equipes de MSF também estão considerando o uso de outras modalidades de apoio, como o uso de vasopressores, nutrição parenteral, oxigênio e acesso parenteral alternativo (SPRECHER, 2015, tradução nossa).

Entretanto, Sterk (2014) declara que, independentemente do protocolo, ao identificar um caso de infecção, é necessário agir o mais rápido possível. Às vezes o Ebola ocorre em áreas isoladas e leva tempo para ser identificado, pelo fato de os primeiros sintomas se assemelharem aos de outras doenças, como a malária. Segundo ela, “[...] *embora não haja cura para esta doença [o Ebola], podemos reduzir sua mortalidade muito alta, abordando os sintomas*” (STERK, 2014, tradução nossa), ou seja, acompanhar a hidratação dos pacientes que apresentarem diarreia e vômito, confirmar se eles não estão com outras doenças, como a malária e a febre tifóide, e administrar vitaminas e remédios para dor. Em decorrência disso, ela relata o quão assustador foi o início da epidemia, inclusive para os profissionais de saúde, “[...] *a alta taxa de mortalidade e o sangramento são tão assustadores que os profissionais de saúde frequentemente fogem, abandonando os pacientes*” (STERK, 2014, tradução nossa). Outros depoimentos demonstram o quadro de desamparo que afetou, principalmente, os profissionais de saúde no início do surto do Ebola, como o relato de Mariano Lugli, coordenador de emergência dos MSF, “*A situação lá estava confusa, os casos ainda não haviam sido confirmados, mas tudo indicava ser Ebola*” (LUGLI, 2014, tradução nossa).

Lugli (2014, tradução nossa) também declara que “[...] *é muito estressante trabalhar nessa situação, porque você conhece a doença, sabe quais são os riscos, sabe que não pode cometer erros e precisa manter o foco o tempo todo. Ao mesmo tempo, você dá o máximo, em termos de recursos humanos, e fica cansado*”. Em um relato mais longo, feito pelo coordenador de emergências, Luis Encinas (2014), é possível observar a mistura de sentimentos extremos vivenciados pelo profissional durante o atendimento ao paciente em uma ala de isolamento:

[...] desde esta tarde, há [no quarto da ala de isolamento] dois dos nossos três pacientes - um casal admitido há quase uma semana. Lembro bem deles. Eu os encontrei antes quando fui à casa deles para ajudá-los a lavar o corpo do último filho sobrevivente. Emoções são pesadas, o silêncio é como chumbo. Eu tento me concentrar no momento atual. Olho para o marido, estendido na cama. Ele parece estar sorrindo para mim. Imagino que tenha me reconhecido e eu sorrio de volta para ele. De repente, percebo que ele só consegue ver a forma dos meus olhos e temo que na semi-escurecimento ele mal possa me reconhecer. Falo com ele devagar e ele me responde em francês quase incompreensível, dizendo que está bem. Ele se sente sem ajuda, mas tem dificuldade em permanecer sentado. Nós lhe damos medicação, água fresca e lhe trazemos sua refeição. Eu teria gostado de sentar e falar com ele, ouvi-lo, acalmá-lo. ‘Não tenho mais força. Eu perdi tudo’, diz ele. Come a comida e fica olhando para a esposa. O tempo está passando ... tic, tac, tic, tac. Eu não tenho noção do tempo, mas acho que uma dúzia de minutos já passou. Vamos até a esposa dele, que eu tinha visto parecendo tão digna, tão forte no primeiro dia em que chegou. Ela me garantiu que nada aconteceria com ela, e levou muito tempo para convencê-la de que, clinicamente, sua condição era preocupante. Veio para acompanhar o marido, para alimentá-lo. ‘Estou chegando para não deixá-lo

sozinho’, ela me disse naquele dia. Hoje, ela não tem forças e tem dificuldade em erguer o braço para que possamos medir a temperatura com um termômetro. Seu corpo é pesado. Nós tentamos sentá-la na cama. Kathleen fala com ela o tempo todo e checa o gotejamento do soro. Nós mudamos sua linha de infusão porque o sangue coagulou. Ela não fica parada um minuto, está febril, fraca e suada. Recebemos toalhas e sabão e começamos a lavá-la. O marido olha para nós, impotente, a poucos metros de distância. Ele fala com ela em Toma, mas ela não responde. E o tempo não para - aqueles ponteiros parecem me acelerar, me enlouquecer. Eu os imagino virando a uma velocidade louca. Coloco uma toalha na cabeça dela. Organizamos o quarto um pouco, tentamos dar a ele uma aparência mais humana. [...] Ela murmura algo para nós, mas temos dificuldade em entender, assim como o marido. Sua condição se deteriorou tanto que em menos de 48 horas tenho dificuldade em reconhecê-la. Tento uma última vez fazer contato com o marido. Tenho a impressão de que ele sobreviverá. Espero que sim. De repente, digo a mim mesmo que posso estar enganado, que ele é velho, que, embora ele já tenha perdido e enterrado cinco membros de sua família, pode ter apenas uma dor nas costas, um pouco de febre, diarreia comum. Minha cabeça de repente se torna um quebra-cabeças chinês e perco minha linha de pensamento. Foco novamente. De qualquer forma, esta noite finalmente teremos os resultados laboratoriais. Fecho a porta com um olhar simpático. Tento dar-lhes todas as minhas forças. Não consigo parar de pensar neles. O calor lá fora é insuportável. Sinto como se eu tivesse o Loffa, um rio na Guiné-Libéria, escorrendo pelas minhas costas, e meu rosto parece o mesmo, mas são lágrimas, não suor, que estão correndo por ele. São lágrimas que expressam minha impotência e minha frustração (ENCINAS, 2014. Tradução nossa).

Na continuação da fala de Encinas (2014), podemos observar que a postura do profissional se diferencia diante de um paciente em uma condição de saúde melhor:

Vamos em direção ao último quarto, o segundo tendo sido desocupado pelo paciente ontem. Nós alcançamos um jovem. Assim que entramos na sala, ele se elevou orgulhosamente à altura de seus 22 anos. Sorri para nós e fala em francês compreensível. Faz muitas perguntas. Tenho a impressão de que sua sorte mudou. Ele não está com a temperatura elevada e parece estar em boa forma. Dizemos que estamos aguardando os resultados do laboratório às 18h30. Ele se segura com paciência. É hora de partir. Caminhamos em fila única. O ‘controlador e pulverizador’ chega e começamos a tirar a roupa, a adrenalina e a concentração estão no auge. Eu deixei Kathleen ir primeiro. Finalmente nós saímos. A brisa e o contato direto com o mundo exterior nos revivem. Nossas blusas e calças estão encharcadas e aderem à nossa pele. Um detalhe, finalmente. Meus pensamentos ainda estão lá dentro, no quarto número um, com o marido e a esposa. O sorriso do marido e a determinação da esposa de tentar se levantar estão gravados na minha memória. Voltamos à entrada principal, onde o gerente do hospital se junta a nós. ‘Tenho os resultados de laboratório’. Silêncio mais uma vez. Somos empurrados de volta para a realidade. Três positivos e um negativo entre os últimos quatro pacientes. De repente, nós entendemos (ENCINAS, 2014. Tradução nossa).

Um contato que restringia até mesmo os sentimentos que perpassavam os profissionais, conforme fala de Encinas (2014), as *emoções [eram] pesadas* e só poderiam ser transparecidas pelo olhar, *percebo que ele só consegue ver a forma dos meus olhos* e, por isso, ele tenta fechar a porta *com um olhar simpático* no intuito de *dar-lhes todas as minhas forças*. Restrições que iam além das escolhas dos profissionais, mas também uma forma de evitar a infecção que atrapalhava o contato usual que esses profissionais teriam com os pacientes em uma situação completamente diferente.

Além disso, nos Centros de Tratamentos do Ebola (CTE) também havia uma equipe que oferecia apoio psicossocial às pessoas afetadas pela doença. Reconhecendo que havia altas taxas de mortalidade, decorrentes de uma doença sem um protocolo estabelecido de cura, Reine Lebel, psicóloga, relata que: “[...] *Então, nos concentramos nas necessidades de cada pessoa. São as pequenas coisas pessoais que precisamos descobrir para fazê-los querer lutar contra a doença, continuar a beber, comer e tomar a medicação.*” (LEBEL, 2014). Além disso, “*muitos pacientes*

morrem, incluindo crianças. Cuidados paliativos para esta doença são difíceis, pois os pacientes estão aterrorizados”. Van Herp (2014) também confirma essas situações:

Dentro do centro, tentamos fazer com que os pacientes fiquem o mais confortável possível. Às vezes, trazemos os pais de uma pessoa doente para visitá-los. Eles têm que usar um traje de proteção com uma máscara e óculos de proteção e luvas. Os familiares são supervisionados, portanto não há possibilidade de contato com os fluidos corporais de um paciente (VAN HERP, 2014, tradução nossa).

Para a médica Hilde de Clerck: “nós confortamos os pacientes sempre que possível” (CLERCK, 2014, tradução nossa). Nesse mesmo sentido, o logístico Pascoal Piguet (2014) relata que uma de suas atividades era atender aos pedidos dos pacientes, desde a simples compra de escova de dente, até pedidos que, aparentemente simples, eram difíceis de serem atendidos, dadas as condições das zonas de isolamento:

Sabemos que a maioria das pessoas que estão em isolamento não sairá dali. Fazemos o que podemos por elas, então, tudo o que o paciente quer, ele tem. Até o momento, os pedidos foram razoáveis: comida especial, roupas... São coisas fáceis de fazer e que fazem bem a eles. Nós tentamos fazer todo o possível por esses pacientes. Dentro das zonas de isolamento, há até um terraço onde os pacientes podem ver a luz do dia. Mas para aqueles que não têm mobilidade e não podem ir até a área, é muito difícil – a única coisa que eles podem ver são nossos olhos. Tivemos pacientes, por exemplo, que queriam tomar café com leite pela manhã. A equipe passou horas quebrando a cabeça – como levaríamos um recipiente térmico novo para lá [ala de isolamento] todos os dias para destruí-lo no dia seguinte? No final das contas, decidimos que alguém com as vestimentas de proteção ficaria do lado de dentro com as garrafas térmicas e alguém mais levemente vestido chegaria por fora com outras garrafas. Dessa forma, seria possível decantar a água quente e inseri-la na área de isolamento sem fazer contato (PIGUET, 2014).

Tal esforço fica claro na fotografia 1, em que, mesmo em meio à emergência que a luta contra o Ebola suscitou, a falta de pessoas experientes nesse tipo de atuação e a sobrecarga que esses profissionais tiveram, soluções eram encontradas na busca por um tratamento mais humanizado. Um cuidado que ia além do tratamento biomédico, mas também voltado a atender os desejos mais simples, que dada à situação, necessitava de uma análise logística para serem atendidos.



Foto 1: autoria de Tommy Trenchard, feita em julho de 2014.

Outro exemplo é relatado por Lebel (2014), sobre um paciente que não estava, a princípio, aderindo ao tratamento, decorrente de uma violência sofrida que o tinha deixado frágil:

Algumas semanas atrás, Sebastian [paciente] chegou sozinho ao centro de tratamento de MSF após sua esposa e duas irmãs terem morrido de Ebola. Como enfermeiro, ele foi acusado de envenenar as pessoas de seu vilarejo e foi basicamente expulso dali. Em nosso primeiro contato, ele estava com raiva, dizendo 'O que vocês querem de mim? Eu não quero nada!'. Ele estava deprimido e havia convencido a si mesmo que merecia morrer. Então, nós descobrimos sua fraqueza: refrigerante! Nós trouxemos uma lata após a outra e, lentamente, ele começou a comer para acompanhar seu refrigerante. Ele se recuperou e recebeu alta (LEBEL, 2014).

Pode-se observar a busca pela origem da doença, ao acusar o paciente Sebastian de envenenar a comunidade, uma vez que havia sido infectado pelo vírus. Essa referência à transmissão e à responsabilização de alguém é mencionada por outros profissionais. Kalahne (2014, tradução nossa) afirma que as “[...] *pessoas que ficam doentes quase sempre sabem como ficaram doentes: porque cuidavam de alguém da família que estava muito doente - que tinha diarreia, vômito e sangramento - ou porque eram profissionais de saúde que tinham muito contato com um doente*”.

Entretanto, para Maria Cristina Menca, promotora de saúde dos MSF, pelo fato de ter sido a primeira vez que a Guiné estava enfrentando o Ebola, as atividades dos MSF eram questionadas pela população, principalmente dentro dos CTEs “[...] *vários boatos circulam - que os europeus trouxeram essa doença, que nós [MSF] 'abríamos' as pessoas nos CTEs para remover seus órgãos, ou que retirávamos seu sangue para enviá-lo para a Europa. Há muita confusão*” (MENCA, 2015, tradução nossa). E não só os profissionais dos MSF, mas também os pacientes que haviam sido curados, “*alguns os acusam de não terem estado doentes e de terem sido comprados [pela MSF]*” (MENCA, 2015, tradução nossa).

As percepções populares também interpretaram a epidemia como uma forma de instituir o próprio poder estatal. Segundo Au e Hofman (2017), uma das interpretações está relacionada com a má gestão dos sucessivos governos e a manipulação, que resultaram em estratégias de extração predatória pelas grandes potências. Além disso, eles relatam que a epidemia poupou KanKan, região de origem do presidente Alpha Conde, garantindo assim sua vitória nas eleições e legitimando o uso das forças armadas. Outra interpretação usual, de acordo com os autores, refere-se à observação de que, como eram as mulheres que estavam morrendo nos CTEs, reforçava a ideia de controle populacional pelas potências estrangeiras, no intuito de atingir os recursos naturais da Guiné. De fato, as explicações são consistentes com a interpretação da história da Guiné como uma “vítima” dos termos de sua independência, o desejo de seus recursos minerais e as aspirações dos seus políticos.

A alta taxa de mortalidade remete à morte e suscita medo e angústia nas comunidades afetadas, conforme Clerck (2014)

[...] quando as pessoas ouvem sobre Ebola, pensam imediatamente na morte. Isso gera níveis intensos de medo, e para algumas pessoas aqui, o Ebola é algo semelhante à magia. Elas acreditam que dizer "Ebola" em voz alta é fazer com que apareça; com o inverso também acreditam ser verdade - negar que o Ebola existe significa que ele não será capaz de afetá-lo. Esse medo e superstição são compreensíveis, se você pensar como os pacientes com câncer nas sociedades ocidentais às vezes lidam com a doença. Por exemplo, às vezes os pacientes com câncer se recusam a aceitar seu diagnóstico para tentar evitar as consequências do que esse diagnóstico significa (CLERCK, 2014, tradução nossa).

Por isso, cabia também à equipe da área psicossocial orientar não apenas os pacientes, mas a comunidade como um todo. Nas palavras de Menca (2015),

Estamos também trabalhando arduamente nesta questão da estigmatização das pessoas que se recuperaram [do vírus]. Em Guéckédou, um jovem que se recuperou deixou o centro na noite anterior ao exame para concluir seus estudos. Ele tinha um certificado confirmando que ele havia se recuperado, mas seus professores ainda não queriam que ele estivesse lá. Fomos conversar com eles e convencê-los de que ele não representava mais nenhum perigo. Ele terminou em primeiro lugar na sua turma! (MENCA, 2015, tradução nossa).

Esse sentimento de angústia em relação à morte também é vivenciado pelos profissionais da MSF. Conforme declaração de Clerck (2014, tradução nossa), o trabalho é bastante extremo, uma vez que “[...] nós somos as últimas pessoas a tocá-los [os pacientes], e muitos deles nos pedem para segurar suas mãos. Esses momentos são difíceis e emocionalmente intensos”. Ao mesmo tempo, também havia casos de pacientes que haviam se curado do vírus, o que deixava a organização confiante em relação à reação da comunidade sobre o trabalho desempenhado por eles. Conforme relato da psicóloga Julia Bartsch (2014):

[...] quando esses nossos sobreviventes [pacientes curados] saem da área de isolamento para estar de novo entre nós, são recebidos com roupas novas, um certificado que atesta sua imunidade ao vírus Ebola, dança e música. A felicidade se espalha a cada vez que isso acontece entre sobreviventes, equipe nacional e todos aqueles que foram até essa parte do mundo fazer o melhor possível. E isso dá a força necessária para continuar. [...] A morte aqui tem nome sim e ela não distingue nacionalidades, fronteiras e posições sociais. O vírus Ebola tenta impedir pequenas ações que nos fazem seres humanos essencialmente baseados na coletividade. Mas ele também passa a mensagem de que, para combater esse impedimento, é preciso ter uma força comum, ações humanas conjuntas. O Ebola obriga, enfim, que todos o combatam de maneira coletiva e nos leva a tentar entender nossas responsabilidades individuais como parte da humanidade (BARTSCH, 2014).

Van Herp (2014) relata a história de Thérèse, de 35 anos, e Rose, de 18. Ambas fazem parte da mesma família e foram tratadas no CTE da MSF. Após uma extensa quantidade de pessoas mortas em sua família, em decorrência do Ebola, elas foram curadas e voltaram para aldeia, que as recebeu com uma grande festa. Sua família era composta por curandeiros locais e, para Van Herp, “[...] a notícia de que elas foram curadas se espalhará para outras aldeias, e espero que isso crie mais confiança” (VAN HERP, 2014, tradução nossa). Outras histórias de pacientes também ficavam marcadas e foram relatadas pelos profissionais, conforme o médico Paulo Reis (2015) nos conta:

Tem sempre uns pacientes que a gente lembra mais. Algumas histórias mais felizes, outras nem tanto. Teve uma criança que a gente chamava de “bebê na caixa”, porque os pais morreram e ela ficou sozinha. Arranjamos uma caixa de gerador, a forramos, colocamos alguns brinquedos ali e o bebê ficava na caixa. Uma menina de um ano e meio mais ou menos. Isatta é o nome dela. Morreram pai, mãe e avó e, até o momento em que eu saí de lá,

não tinham encontrado mais ninguém da família. Estavam tentando encontrar. Ela ficou doentinha por um tempo, mas começou a se recuperar. Então, quando se recuperou, conseguiu sair da caixa, tentou escapar do isolamento, forçando a passagem por baixo da cerca, porque ela é pequenininha. Saiu todo mundo desesperado, gritando. Ela não entendeu muito, mas voltou. Ela já tinha tentado isso antes. Depois, fez amizade com outras crianças mais velhas, oito, nove anos, e as próprias crianças passaram a cuidar dela. Quando eu saí de lá, o último exame dela estava ótimo, com uma carga viral muito baixa, praticamente pronta para sair mesmo. Eles iam testá-la novamente para dar alta, mas com certeza ela se curou. [como os pais dela morreram] A organização Save the Children está atuando lá e estavam tentando encontrar a família da menina (REIS, 2015).

Adam e Herzlich dissertam que “[...] para interpretar os fenômenos orgânicos, as pessoas apoiam-se em conceitos, símbolos e estrutura de referências interiorizadas, conforme os grupos sociais e culturais a que pertencem” (ADAM; HERZELICH, 2001, p. 93), ou seja, a doença pode ser representada como “exógena” - derivada de uma invasão real ou simbólica - a partir de elementos nocivos no organismo, materializando-os a fim de prejudicar algum membro da comunidade. Buchillet (1992) defende que a busca de sentido é indissociável das questões fisiológicas ou orgânicas, porque suscita perguntas do tipo “por que eu?”, “por que agora?”, “como?”, “que ou quem?”, podendo ser atribuída a intervenções de agentes humanos ou não humanos, como espíritos, divindades, fantasmas, entre outros, na busca do agente e da origem para definição do diagnóstico e do tratamento.

Ocorre que esses questionamentos suscitados não são discutidos pela biomedicina ocidental, uma vez que ela pauta o sentido da doença na “anomalia de estrutura e/ou de função de um órgão ou de um sistema orgânico determinado” (BUCHILLET, 1992, p.25), sendo a doença, portanto, similar de um indivíduo para outro, qualquer que seja seu suporte (a pessoa) e independente do contexto sociocultural no qual o doente está inserido, distanciando-o tanto da sociedade, como da magia e da religião. Por exemplo, a explicação da transmissão do Ebola se dar através da ingestão de animais silvestres é prática habitual nas regiões afetadas por meio da caça. Se essa é uma explicação facilmente aceita pela biomedicina, para o contexto local, é difícil atribuir a um vírus a capacidade de afetar vidas através de suas principais fontes alimentícias. Dessa forma, nem sempre as explicações biomédicas são suficientes na busca pelo sentido da doença ou na busca da explicação de uma epidemia.

Justamente essa discussão de atribuir sentido à origem da doença já foi vivenciada pelo MSF em outros contextos, como, por exemplo, a experiência dos MSF com relação ao surto de cólera no Haiti, retratada pelo antropólogo Véran (2013). Ele relata que a cólera tem cura fácil, através do soro de hidratação, mas, se não tratada, pode matar em até três horas. O dilema vivenciado por Véran (2013) referiu-se à necessidade de produzir uma nova significação da origem da doença pelos haitianos. Para eles, o sentido da origem da cólera era uma forma de dominação política instituída pelas Nações Unidas para manter a tutela sobre o país. Além do mais, consideravam que esse mal atingia as pessoas através de rituais de vodu. O mesmo ocorreu no caso do Ebola, em que a origem da

doença/epidemia foi atrelada à magia e, também, como uma dominação institucional, no caso, do próprio MSF.

A organização pode vivenciar a tensão com relação à busca pela significação da origem da doença pelos haitianos e ao paradigma do relativismo cultural: “[...] as organizações internacionais pensavam que a ‘cultura local’ era então um obstáculo ao tratamento e que havia a necessidade de restabelecer uma verdade profilática sobre crenças religiosas” (VÉRAN, 2013, p. 07). Mas, Véran (2013) considera que não caberia às organizações internacionais produzirem um discurso sobre a origem da doença não aceitável ou sujeito a dúvidas e resistências quanto ao tratamento proposto. Para o autor:

[...] Qualquer consideração sobre a diferença cultural mostrou-se contraprodutiva. A solução era curto-circuitar o pensamento e o tratamento da diferença para encontrar o caminho mais curto. Entre o “não querer morrer” e o “não deixar morrer”, este caminho pode ser muito curto (VÉRAN, 2013, p.7).

Para ele, em um contexto emergencial, tanto no caso da cólera como no enfrentamento do Ebola, não importa as origens que as pessoas infectadas atribuem à doença, mas sim o seu enfrentamento. Ou seja, na avaliação de Véran (2013), em consonância com uma “razão prática”, pelo menos não iriam morrer pela doença e esse era o objetivo da organização. Portanto, mesmo diante de uma epidemia avassaladora, cuja letalidade era altíssima, o que colocava todo mundo diante da possibilidade da morte, como pôde ser observado pelas declarações dos profissionais da organização MSF, a busca pela origem da doença tem como finalidade atribuir a responsabilização do mal que acomete a sociedade. Mas, tanto na análise de Véran (2013), como na epidemia do Ebola, cabe às organizações, como MSF, buscar medidas que possam garantir o objetivo principal desse enfrentamento, pautado no “salvar vidas”, evitando entrar em conflito com a população local, discutindo a origem da doença, focando na apresentação dos principais meios de se evitar a transmissão e, diante de uma doença sem tratamento específico, prezando pelo cuidado como única medida possível.

3.2 Impasses, tensões e contradições: cuidar e evitar

Não apenas a falta de um tratamento que garantisse a cura aos pacientes infectados, mas também as questões relacionadas às estruturas e aos protocolos de tratamento foram desafiadores para os profissionais dos MSF e suscitaram tensões, impasses e contradições, conforme será discutido a seguir, deixando para o próximo subcapítulo as questões relacionadas ao rompimento da rede de transmissão do Ebola, ou seja, à prevenção. Conforme Sterk (2014), “*os membros da família e os profissionais de saúde que tratam os pacientes correm grande risco de infecção*” (STERK, 2014, tradução nossa). Kalahne também afirma que

A razão pela qual as pessoas têm medo disso é que quando há contato entre humanos e animais da floresta doente, as pessoas podem se infectar - embora isso não aconteça com frequência. Mas quando as pessoas são infectadas, elas ficam muito doentes e podem transmitir a infecção para suas famílias e para a equipe de saúde (KALAHNE, 2014, tradução nossa).

Por essa razão, couberam alguns protocolos de segurança relativos à prevenção. Lugli declarou que *“Por isso, colocamos medidas de proteção para garantir nossa segurança desde o início”* (LUGLI, 2014, tradução nossa), A doença, de fato, não era de fácil transmissão: *“o ebola não é como a gripe. Você não pega sentando ao lado de alguém no ônibus”* (KALAHNE, 2014, tradução nossa). Mas o medo suscitado não deveria interferir no atendimento prestado, por isso, Piguet (2014) relata que

[...] sempre priorizamos a segurança da equipe, e, na medida em que avançamos, melhoramos as soluções de forma que fiquem cada vez mais apropriadas e apresentem menos riscos. Tentamos levar em consideração as preocupações das equipes para que eles fiquem tranquilos quando dentro das instalações e para que possam se concentrar no trabalho médico que estão fazendo sem ter de pensar em segurança. É preciso atenção constante a todos os detalhes que geralmente não são considerados. Particularmente, eu não tenho medo de entrar na área de isolamento. Acho que você ganha mais confiança quanto mais faz isso. Na realidade, devo ser a pessoa que melhor conhece a estrutura e estou sempre muito concentrado quando entro (PIGUET, 2014, tradução nossa).

Reis (2015) também declara não sentir medo: *“Basta seguir todos os protocolos e tomar todas as precauções estabelecidas pelos Médicos Sem Fronteiras para evitar o risco de contaminação”*. Clerck (2014) afirma que *“Embora o trabalho das nossas equipes para ajudar a conter o Ebola não seja muito sofisticado em termos médicos, há, no entanto, procedimentos muito rigorosos que absolutamente devem ser seguidos para evitar colocar as pessoas em risco de infecção”* (CLERCK, 2014, tradução nossa). Portanto, o fato de os pacientes internados ficarem em alas de isolamento divididas entre casos *suspeitos* e *confirmados*, em relação à infecção do vírus Ebola, gerava muita angústia e dificuldade. Lugli (2014) relata sobre a divisão mencionada:

Há muito estigma associado ao Ebola, então temos psicólogos que ajudam os pacientes e suas famílias. Colocar alguém em isolamento é uma grande decisão, e isso é especialmente difícil com os pacientes que estão limitados em termos de sintomas e histórico de contato com pacientes infectados. Assim, estabelecemos zonas separadas dentro da ala de isolamento para casos confirmados e aqueles que ainda não tiveram a infecção confirmada por testes laboratoriais. Agora existe um laboratório que pode testar em 12 horas se as pessoas têm ou não a doença (LUGLI, 2014, tradução nossa).

Van Herp (2014, tradução nossa) declarou que *“[...] para a equipe de saúde, é normal sentir algum tipo de medo quando você entra na área de isolamento pela primeira vez, mesmo se estiver bem protegido. [...] pouco a pouco, você ganha confiança”*. A logística apresentada por Reis (2015) relata que, ao identificarem um caso suspeito,

[...] o pessoal já vai buscá-la vestido com a roupa protetora, fazem a internação na tenda de suspeitos e tiram seu sangue para encaminhar para teste no laboratório. Se for negativo e ela já estiver com os sintomas há dias, certamente é outra doença – malária, por exemplo – e a pessoa recebe alta. Se for positivo, ela é transferida para a parte de casos confirmados e ficará ali até que seja curada ou venha a óbito (REIS, 2015).

Sterk (2014) descreve que, entre os pacientes isolados e o ambiente externo, havia as câmaras de descontaminação, local em que os profissionais se paramentavam para entrar na ala de isolamento, gerando desconforto, mas ao mesmo tempo, mais *segurança*. Por outro lado, a paramentação de segurança afastava o profissional no cuidado do doente, como se houvesse uma barreira entre eles que, o tempo todo, suscitava a insegurança da relação e a possibilidade de novas infecções. No caso de doenças transmissíveis, a relação do cuidado médico-paciente muda completamente e pode se transformar em uma relação de desconfiança. A intenção era levar segurança ao profissional, por isso medidas como as declaradas por Van Herp (2014) foram estabelecidas:

Você nunca entra na área de isolamento sozinho - você sempre entra em pares. E você só entra por curtos períodos, porque está muito quente na Guiné e ainda mais quente dentro dos trajes de proteção amarelos (VAN HERP, 2014, tradução nossa).

Ercinas descreve a sua visita a uma ala de isolamento de um CTE:

[...] entramos no longo corredor para chegar ao primeiro quarto. É um quarto grande e escuro com dez camas, onde estão dois dos nossos três pacientes. As luzes elétricas suspensas, apressadamente instaladas de modo a permitir o acesso aos pacientes à noite, definitivamente não estavam preparadas para mim. Eu tenho que ser um contorcionista para passar de um lado do paciente para o outro (ERCINAS, 2014, tradução nossa).

Além disso, segundo Reis (2015),

O maior desafio é tentar oferecer o melhor tratamento sem ter muitos recursos pra isso. É muito difícil ter de lidar com os pacientes com tanta limitação. Limitação de trabalhar fora de uma estrutura de hospital, de tempo com o paciente, porque não conseguimos ficar muito tempo com a roupa que é muito quente, de estrutura para fazer exames laboratoriais. É muito complicado fazer exames. Não podemos levar equipamentos para dentro do centro porque não dá para levá-los para nenhum outro local depois (REIS, 2015).

Portanto, tanto o fato de trabalharem fora de uma estrutura hospitalar, devido à urgência na construção de uma estrutura para tratar as pessoas infectadas pelo Ebola, quanto os rígidos protocolos de proteção dificultavam o relacionamento médico-paciente. Piguet relata todo o processo para poder construir os espaços, para gerenciá-los e para atender os pacientes suspeitos e infectados pelo vírus Ebola. A passagem a seguir permite perceber quão detalhado é o processo:

No início, você está fazendo gerenciamento de crise; está descobrindo coisas novas todos os dias e tem que improvisar. Tudo fica mais complicado e você precisa se atentar aos mínimos detalhes que seriam irrelevantes em qualquer outra resposta de emergência. Nada é temporário e você não pode voltar atrás nas decisões. Você não pode, por exemplo, reduzir o tamanho de uma área de tratamento de casos confirmados – uma vez que a área estiver infectada, não pode ser desfeita. Você precisa pensar em tudo isso de antemão. Em uma resposta a uma doença comum, em contrapartida, você pode mudar de rumo de acordo com o desenrolar da situação. Então, quando construímos uma unidade de isolamento, colocamos algumas placas extras de concreto para o caso de haver um aumento no número de pacientes. Isso nos permitiu agir rapidamente para aumentar o espaço sem ter que trabalhar usando as vestimentas de proteção. Instalamos a unidade de isolamento no centro de tratamento de cólera que já existia ali, mas o espaço é pequeno e o chão inclinado. Essas são as limitações que você precisa considerar. Além disso, tivemos de pensar sobre como nos livrariamos da água contaminada. O Ebola não se prolifera pela água, mas precisávamos nos assegurar que a água não carregaria objetos contaminados, por exemplo. Para construir

a instalação, tivemos que trabalhar em conjunto com o pessoal médico, para levar em consideração suas avaliações acerca do fluxo de pacientes etc. Meu trabalho é transformar situações ideais colocadas por eles em algo real. Sou a pessoa que coloca seus pés no chão e tem de fazer de seus sonhos realidade. [...] uma preocupação relativa a estoque na administração de equipamentos é a de que é preciso garantir que tudo o que entrar na área de isolamento não saia dali. Hoje cedo, minha fita adesiva rolou para dentro da área de isolamento e, por isso, não posso mais usá-la. Estamos a 800 km da capital, o que significa que a cadeia de suprimento já é bastante longa. Aqui, usamos muito mais coisas do que em um projeto normal de MSF. [...] Cada vez que entramos, precisamos planejar tudo nos mínimos detalhes: as vestimentas de proteção são tão sufocantes que é difícil ficar com elas por mais de 30 ou 40 minutos, e só podemos entrar na unidade três ou quatro vezes por dia. Quando a equipe médica nos pede para mover um paciente, lá se vão 15 minutos de discussão sobre qual exatamente é o paciente, para onde a cama precisa ir, entre outras coisas, para garantir que vamos fazer tudo certo. Para preparar a nossa entrada, temos 30 minutos de discussão sobre o que vamos fazer e deixamos todo o equipamento pronto do lado de fora (PIGUET, 2014, tradução nossa).

A MSF construiu espaços improvisados de tendas com lona, devido ao pouco tempo de atendimento com cada paciente, decorrente da paramentação de segurança, além das dificuldades de acompanhamento clínico através de exames, já que os equipamentos que levam para dentro da ala de isolamento deveriam ser incinerados. Na realidade, Reis (2015) relata que esses equipamentos poderiam ser higienizados, mas que não queriam assumir os riscos de causarem uma nova infecção pelo reuso, mesmo sabendo que as chances de o vírus permanecer vivo após o banho de cloro eram pequenas. Por isso, as macas, estruturas de madeira, estetoscópios, aparelhos de medir pressão e termômetros são incinerados. Apenas as tendas eram totalmente pulverizadas com cloro por dentro e por fora e depois deixadas um dia inteiro para secar no sol. Além de regras estruturais, havia orientações comportamentais, principalmente entre os profissionais de saúde:

Não apertamos a mão de ninguém em nenhuma situação. Dependendo de onde vamos, pulverizamos os pés com cloro. A orientação de não ter contato físico não é só por causa do Ebola, porque o risco de se pegar o vírus por um aperto de mão é muito pequeno. E se a pessoa não estiver doente não vai ter risco algum. A precaução é também para não pegarmos uma gripe, uma infecção comum, que vai dar febre, sintoma que indica a infecção com Ebola. Então, é uma precaução dupla, já que ajuda na prevenção contra o Ebola e evita o estresse entre pessoas da equipe, que ficariam preocupadas se alguém estivesse com febre (REIS, 2015)

A médica Raquel Esteves Soeiro (2014) relata que “o problema com essa epidemia é que, se não isolamos o paciente, ele continua a contaminar os outros” e apresenta sua impressão inicial, tanto antes de começar suas atividades, quanto em seu primeiro dia de trabalho em um CTE na Guiné:

[...] Ontem, quando conversava com a outra médica, ela me disse que tínhamos 16 pacientes internados e que era muita coisa. Não levei muito a sério, porque quem já teve 450 pacientes internados, como na época da malária no Níger, só pode achar graça ser difícil o manejo de 16 pacientes. Estamos utilizando um centro de saúde do Ministério da Saúde a 13 km, cerca de 40 minutos, de onde estamos hospedados, porque nessa região é que foram notificados os casos suspeitos. Ali montamos nosso isolamento, que são divididos entre casos suspeitos e confirmados. O centro de tratamento foi montado há 13 km daqui – 40 minutos pela estrada de terra –, onde já tinha um hospital do Ministério da Saúde guineano. Quando cheguei, já havia o isolamento com 16 casos confirmados e 2 suspeitos. Durante toda a semana, vi a equipe de logística trabalhando duro para melhorar a estrutura física do isolamento e para fornecer água e energia. Já conseguimos um gerador e nossa logística já o colocou para funcionar, iluminando o isolamento. O técnico responsável pela construção já terminou

nosso vestiário – onde colocamos as famosas roupas de ‘astronauta’ e nossa farmácia, para guardar os medicamentos. O técnico responsável por água e saneamento já colocou uma bomba para puxar água e se encarrega de treinar os higienistas, que são os responsáveis por lavar as nossas roupas do hospital, a louça dos pacientes, limpar o espaço das enfermarias e nos desinfetar quando saímos da visita ao isolamento [...] Entre conhecer o trabalho e examinar os pacientes, eu entrei no centro de tratamento quatro vezes hoje. Em todas elas é preciso se paramentar e na saída tem uma pessoa só para nos jogar cloro em cada etapa em que nos livramos das peças de roupa todas. Entendi porque 16 pacientes num centro de Ebola é algo bem difícil (SOEIRO, 2014).

No documentário *Affliction*, já citado, são apresentados dois profissionais da MSF ajudando outros dois profissionais a se paramentar para entrar na ala de pessoas suspeitas de estarem infectadas dentro de um CTE, localizado na região de Guenkedou. A roupa cobria todo o corpo, e, em algumas partes, há mais de uma camada de proteção. Além disso, eles escreveram na roupa o horário em que os profissionais entram nas instalações. De acordo com Tamba Kalas Milli Mouno, higienista supervisor do CTE, é para que ninguém fique tempo demais lá dentro, já que o tempo máximo que poderiam ficar com a roupa é de quarenta minutos a uma hora. Além disso, eles sempre entram em dupla, trabalhando em pares, no intuito de um verificar o outro para saber se está tudo bem, como medida de segurança. Após deixarem a ala, borrifavam nos profissionais uma espécie de desinfetante ou cloro, além de tirarem a vestimenta com cuidado e, a cada peça, o supervisor instruía que os profissionais lavassem as mãos com água corrente e com atenção para não encostar na pele. Por fim, essa roupa é colocada em um recipiente com água e desinfetante.

De acordo com Sprecher et. al. (2015), essa roupa protetiva cobre o rosto, a cabeça e o corpo para proteger o usuário da infecção por filovírus. O revestimento é de tecido de polietileno, com capas que cobrem completamente a cabeça e o pescoço, máscaras que não tocam a boca, complementado com botas de borracha, um avental de borracha, um segundo par de luvas e proteção para os olhos (óculos). Além disso, segundo os autores, esse material permite pouca troca de gás, o que prejudica o resfriamento evaporativo, que é uma questão trivial no ambiente tropical onde ocorreram os surtos, limitando o tempo de contato entre os profissionais de saúde e seus pacientes.



Imagem 1 – Fotografia explicativa retirada da plataforma virtual da organização MSF

Essa paramentação foi objeto de discussão e era constantemente assemelhada a diversos personagens, como alienígena, conforme Ivan Quentin (2015), especialista em água e saneamento dos MSF, declarou no documentário *Affliction*, devido ao fato de as vestimentas os cobrirem dos pés a cabeça. Piguet (2014) compara essa paramentação ao de astronautas, em razão dos movimentos ficarem mais lentos. Além disso, diz que, quando entra na ala de isolamento, fica constantemente checando para ver se não há nada nem ninguém ao seu redor, uma vez que uma barra de metal poderia facilmente fazer um buraco na vestimenta e colocá-lo em perigo. Van Herp (2014) diz que o fato de o calor na Guiné ser muito forte e ficar ainda mais quente dentro das roupas de proteção limita a avaliação dos pacientes e a permanência nas alas de isolamento. “[...] *é cansativo, especialmente se você estiver fazendo um trabalho físico. Nós sempre escrevemos nossos nomes na frente de nossos aventais para que os pacientes saibam quem está na frente deles*” (VAN HERP, 2014, tradução nossa).

Clerck (2014) declara que as crianças os comparavam a super-heróis ou algo do gênero, o que facilitava convencê-los a se separar das mães e entrarem na ala de isolamento. Na fotografia 2, podemos observar um olhar de curiosidade, que suscita algumas interpretações, como por exemplo, o fato de os super-heróis serem representados por pessoas que “salvavam” as populações em perigo e se “escondiam” através de roupas que escondiam sua verdadeira identidade.



Foto 2: Fotografia retirada de plataforma *online*, sem os créditos ao fotógrafo.

Ele também compara as roupas de proteção a um equipamento de mergulho e relata que é muito desconfortável e difícil de usar, devido às altas temperaturas da região da África Ocidental, onde a Guiné está localizada:

Equipes que trabalham nos centros de tratamento devem usar equipamento de proteção de mergulho de corpo inteiro, que é intensamente desconfortável e difícil de suportar em altas temperaturas. Como há muitos pacientes, devemos ter cuidado para evitar a hipertermia e a desidratação (CLERCK, 2014, tradução nossa).

Na declaração do coordenador de emergência, é possível avaliar as dificuldades e tensões vivenciadas na visita ao paciente, incluindo os desafios da paramentação e a locomoção até iniciar o atendimento:

Depois de nos obrigar a beber meio litro de água, colocamos botas, blusas e calças verdes. Seguimos o protocolo estrito de roupas de proteção: luvas hospitalares, máscara número um, macacão completo, capuz a ser amarrado em três lugares com nós simples, nem muito apertado nem muito frouxo, só assim, depois de fazer cuidadosamente uma abertura para deixar o rosto passagem de máscara. Sentimos a temperatura do corpo, que mede décimos de graus. Um segundo par de luvas, desta vez cirúrgico. Questiono a necessidade de ter luvas estéreis. Imagino que são as únicos no mercado. Depois fechamos o macacão com dois pedaços de fita adesiva e colocamos os óculos, chamados de óculos de esqui porque são muito grandes. Verificamos o aperto do ar de nossas roupas. Após um ajuste final, estamos prontos para entrar na unidade de isolamento, levando medicamentos, comida e água. Entramos no longo corredor para chegar ao primeiro quarto. [...] Minha colega me diz que ela está lentamente começando a se sentir quente. Eu olho para ela. Seus óculos de proteção estão se enchendo de condensação e gotas de transpiração estão se formando em sua máscara. Nós nos apressamos (ENCINAS, 2014, Tradução nossa).

A descrição de Soeiro (2014), semelhante à declaração de Encinas sobre a paramentação de proteção, permite perceber como é árduo o trabalho, diante das condições estruturais, para proteger o profissional do vírus Ebola frente ao clima da região da Guiné:

[...] Foi então que eu me paramentei pela primeira vez: luva, uma roupa de borracha amarela e quente, máscara, uma touca como o véu das muçulmanas, outra luva, um avental e óculos de proteção. O calor que faz dentro dessa roupa é quase insuportável – a gente sente o suor escorrendo por debaixo dela. Em todas elas é preciso se paramentar e na saída tem uma pessoa só para nos jogar cloro em cada etapa em que nos livramos das peças de roupa

todas. [...] ter que se vestir a cada vez que precisamos entrar [na ala de isolamento] é cansativo, o calor que sentimos dentro de toda a vestimenta é enorme e mesmo os mais experientes não conseguem ficar uma hora direto lá dentro. Todos saímos encharcados. Eu já comecei a tomar soro de hidratação oral porque senão não vou aguentar o mês todo (SOEIRO, 2014).

Reis (2015) relata que, dentro dessa roupa, chega a fazer mais de 40 graus e por isso os funcionários podem se desidratar um pouco, mas reconhece que, devido à proteção, são os que menos correm risco de adquirirem a doença.

O aspecto físico fica debilitado porque trabalhamos muitos dias, muitas horas por dia. E tem todo o preparativo para ficar na área de isolamento. É preciso estar muito atento a todos os detalhes. Dentro da roupa chega a fazer mais de 40 graus. Desidrata um pouco. Eu sempre fui magrinho, então é difícil perder peso, mas algumas pessoas perdem bastante. Também é complicado do ponto de vista psicológico. Não é fácil assistir a tanta gente morrendo. O apoio da equipe e os pacientes que sobrevivem é que nos dão força (REIS, 2015).

Ele se lembra do caso de um enfermeiro que buscou a organização para saber se poderia trabalhar com eles “[...] quando a gente faz a entrevista e pergunta ‘Por que você quer trabalhar aqui?’, a resposta é ‘Porque aqui ninguém fica doente, ninguém é infectado’. Eles sabem que a gente se protege muito” (REIS, 2015). Mas essa realidade é um desafio para a equipe de apoio psicossocial, uma vez que também precisam usar esses equipamentos. Nas palavras de Lebel, psicóloga,

[...] O que torna essa tarefa difícil é a distância visual e a falta de contato entre nós e o paciente, em outros contextos, eu carrego crianças em meus braços e posso segurar a mão de pacientes. Eles veem meu rosto. Aqui, nós temos de achar outros meios de nos relacionarmos com os pacientes (LEBEL, 2014).

Nem sempre todas essas precauções podem ser observadas e isto por diversas razões. O documentário *Affliction* mostra a saída de uma pessoa, suspeita de estar infectada, da ala de isolamento, com sua própria roupa, depois de ter borrifado apenas a sola do chinelo com o mesmo líquido usado pelos profissionais na saída da ala, além de ter lavado a mão em água corrente. Na cena do documentário, uma das profissionais abraça a paciente, chamada Finda e, logo em seguida, encaminham-na a uma sala onde entregam um certificado de alta para provar às pessoas que ela teve Ebola e estava curada, não podendo infectar mais ninguém. Além disso, passavam orientações, através de figuras, sobre as formas de transmissão, para que ela se precavesse e orientasse as pessoas de seu vilarejo. Essa prática de abraçar o paciente ao considerá-lo curado também foi vivenciada e descrita por outros profissionais.

Soeiro (2014) relata que “[...] na saída, sempre tem nossa promotora de saúde com a psicóloga para poder abraçar o paciente que tem alta: como ele já está negativo, podemos tocá-lo sem risco de contaminação e assim mostramos para a família e para a comunidade que ele não é mais contagioso”. A médica também relata o momento em que a paciente chamada Lama teve alta. Ela havia cuidado de um bebê infectado e, por isso, contraiu a doença. No momento em que o teste deu negativo para o Ebola, Soeiro (2014) diz que toda equipe vibrou e na saída ofertaram alguns presentes, como roupas novas e um hidratante para pele. Em suas palavras,

[...] *A outra médica se encarregou do procedimento do banho e eu fiquei do lado de fora para abraçá-la. Foi superemocionante, assim que ela saiu do banho, ela já estava chorando e eu com lágrimas nos olhos. Foi muito bom poder abraçá-la quando ela passou pela cerca que separa o isolamento. Nem ela acreditava. Todos nós fizemos muita festa.* (SOEIRO, 2014)

Portanto, essa prática de contato dos profissionais da MSF com o paciente suspeito ou infectado e curado, após o banho de cloro e água corrente, para recebê-lo e abraçá-lo, está inversamente ligada a toda precaução que a paramentação de segurança demandava, uma vez que o medo de entrar em contato com pacientes e objetos, que estavam nessas alas delimitadas por lona, era constantemente declarado pelos profissionais. Além disso, conforme já explicitado, não se sabe, ainda hoje, se os pacientes estão realmente curados, apenas se conhece as formas de transmissão. E evitar o contato direto com essas pessoas era a principal recomendação que o protocolo dos MSF demandava, além do contraste existente entre a orientação do banho de segurança entre os profissionais que entravam na ala e da saída do paciente com *status* negativo para o Ebola.

Toda a paramentação, a falta de contato para demonstrar cuidado, nos remete à discussão de Véran (2013), que constrói sua reflexão sobre a ação humanitária de emergência, a partir do trabalho de Boltanski (2007), no qual o autor defende que os sentimentos de sofrimento e compaixão funcionam à distância como operadores políticos, suscitando nos outros o que foi e está sendo vivenciado em presença. Para Véran (2013), esses sentimentos precisam ser distanciados do agente humanitário em presença, uma vez que seu engajamento está atrelado à irrupção de “comunidades de emoção” que surgem decorrentes de causas repentinas, recorrentes na prática humanitária, suscitando uma “política de piedade” complementando com a questão do regime de “interpelação ética”, conceituado por Lévinas, e complementada por Corcuff, ou seja, “[...] a interface entre o reconhecimento do sofrimento de outrem como operador deste sofrimento de responsabilidade e de entrega total, e a violência que suscita ao mesmo tempo a presença deste outrem sobre a tranqüilidade pessoal e o próprio sentido de justiça” (VÉRRAN, 2013, p. 4). E, complementa, a partir da experiência no Haiti e que pode ser assemelhada ao enfrentamento do Ebola:

Toda a questão era então responder constantemente a uma injunção paradoxal. De um lado, dedicar-se sem limite ao caso particular de tal pessoa contaminada, do simples fato – irrecusável – que ela estava em situação de *frente-a-frente* e em risco de vida. Do outro, correr contra o relógio para implementar uma solução de acesso ao soro de reidratação para populações isoladas nas montanhas. Corcuff mostra como o regime de “interpelação ética” não é compaixão *strictu sensu*, mas também “blindagens”, “distâncias”, “bloqueios” contra a compaixão para resolver esta tensão entre a “atenção exclusiva à singularidade e as exigências comuns de justiça”, e para proteger a integridade pessoal contra os riscos de desagregação (VÉRRAN, 2013, p. 5).

Nesse sentido, o que ele defende é que as práticas da ação não estão reduzidas a conceitos como “humanismo” ou “humanitarismo” e, sim, uma “interpelação ética”, consequência dessa suspensão reflexiva das práticas na experiência da humanidade e da corporeidade do outro. Nas palavras do autor, “Como se, em bons termos existencialistas, a experiência antecedesse o sentido” (VÉRRAN, 2013, p. 5). O relato acima está se referindo a uma questão paradoxal no Haiti, mas, no

contexto do Ebola, a prática denominada “ritual do abraço” foi uma maneira encontrada de resolver a tensão entre a estigmatização que os pacientes curados sofriam ao retornarem as suas comunidades, uma forma de garantir a todos que essa pessoa não apresentava mais risco e poderia voltar à sociedade, com menos chance de sofrer algum tipo de exclusão, além de legitimar a ação de prevenção e tratamento da própria MSF.

3.3 Impasses, tensões e contradições: gerindo a vida e a morte - da busca ativa compulsória à prática dos rituais de sepultamento *dignos e seguros*

Desde o início da crise, a MSF realizou atividades de informação e sensibilização como forma de prevenção e ajuda para conter a propagação do vírus. Além da vigilância em localizar novos casos para definir e monitorar possíveis cadeias de transmissão, também mapeava os contatos que as pessoas suspeitas de terem adquirido o vírus poderiam ter tido antes de buscar ajuda. Sterk (2014), relata que

Para limitar a epidemia, é essencial traçar toda a cadeia de transmissão. Todos os indivíduos que tiveram contato com pacientes que podem estar contaminados são monitorados e isolados ao primeiro sinal de infecção. As comunidades afetadas também devem ser informadas sobre a doença e as precauções a serem tomadas para limitar os riscos de contaminação. Higiene básica – como lavar as mãos – pode reduzir significativamente o risco de transmissão (STERK, 2014, tradução nossa).

Lugli diz que essa busca acontece a partir da identificação das pessoas que tiveram contato com os pacientes e seu acompanhamento por 21 dias, mas, “[...] se elas não apresentassem sintomas durante esse período, poderiam ser declaradas não contaminadas” (LUGLI, 2014, tradução nossa). Também era realizada a vigilância epidemiológica e atividades de "sensibilização" com a mídia local, para fornecer informações básicas à população em geral. As orientações à população estavam relacionadas à manutenção da higiene pessoal, de forma mais cuidadosa, ou seja, lavar as mãos constantemente com água e sabonete ou utilizando álcool para desinfetá-las. Além disso, orientavam as pessoas a evitar qualquer tipo de contato com sangue ou outros fluidos corporais, também a não manusear objetos que tiveram contato com fluidos de alguém infectado, evitar funerais ou rituais fúnebres de pessoas que foram a óbito em decorrência do vírus, evitar o contato com animais hospedeiros do vírus, como os morcegos e os primatas (macacos, chimpanzés e gorilas), bem como o consumo de suas carnes, além, também, de evitar a circulação em unidades de tratamento do vírus e, caso houvesse suspeita de infecção, ficar atento aos sintomas em até 21 dias e buscar a assistência médica. Sobre a busca ativa, Soeiro descreveu como ela se dava:

[...] o pessoal do Ministério da Saúde passa todos os dias nas casas das pessoas que estão na lista de contato (todos aqueles que tiveram contato com a pessoa positiva para Ebola), medem a temperatura e checam se eles não têm nenhum problema de saúde, em caso de febre ou de terem algum sintoma nos chamam e nós partimos para checar e, se a suspeita é forte, trazemos a pessoa para o hospital. A diferença é que, como se trata de um ambiente aberto ou da casa de uma pessoa, precisamos estar atentos para nos protegermos bem e não correremos risco de nos contaminar (SOEIRO, 2014).

Van Herp explica os principais desafios das buscas ativas:

O que torna esta doença diferente é a sua distribuição geográfica, sem precedentes. Há casos em pelo menos seis cidades na Guiné, assim como na fronteira com a Libéria. O problema é que todos se movimentam - pessoas infectadas mudam de uma aldeia para outra enquanto ainda estão bem o suficiente para andar; até os cadáveres são movidos de um lugar para outro. Então, como um epidemiologista que acompanha a doença, é como fazer um trabalho de detetive. O outro problema é que o ebola nunca foi confirmado antes na Guiné, então você pode ser culpado por ser o mensageiro - você é o cara que traz a má notícia de que a vila foi tocada pelo ebola. Para eles, isso significa morte, então as pessoas muitas vezes se recusam a acreditar na realidade (VAN HERP, 2014, tradução nossa).

Clerck (2014) também considera os pontos críticos e as justificativas para a realização das buscas ativas:

Há apenas algumas semanas, restavam só duas aldeias na Guiné que MSF ainda tinha que monitorar pessoas de "contato" - qualquer pessoa que tivesse estado em contato com casos confirmados ou suspeitos de Ebola. Como resultado, estávamos bastante esperançosos de que estivéssemos testemunhando o fim da epidemia. Mas, de repente, recebemos ligações de três lugares diferentes na Guiné. Em cinco minutos tudo mudou. Constatou-se que vários casos também apareceram em aldeias da vizinha Serra Leoa, muito próximas da fronteira guineense. Para as pessoas daqui, a fronteira não existe da maneira que muitos imaginam que seria uma fronteira. Aqui a fronteira é porosa, e as pessoas regularmente cruzam para cá e para lá. Eles têm família em ambos os lados e frequentemente viajam para mercados, ou para funerais, por exemplo. Além do alerta para essas aldeias na Serra Leoa, também houve novos alertas dentro da Guiné - em Télimélé, uma região montanhosa a 200 km ao norte da capital, Conakry, e também na própria capital. Todos esses novos alertas juntos significaram que somente na região de Guéckédou, uma das áreas mais afetadas no sul da Guiné, MSF passou de monitorar apenas duas aldeias até a necessidade de monitorar 40 aldeias e mais de 500 pessoas de "contato". Quando você realiza uma análise epidemiológica usando registros das pessoas de "contato", você pode ver onde os casos provavelmente aparecerão. Existem muitas aldeias afetadas. Esta se tornou a maior epidemia que já enfrentamos, em termos de duração e número de casos (CLERCK, 2014, tradução nossa).

O autor ainda complementa:

Falta de conhecimento entre a população sobre o Ebola, as pessoas de alta mobilidade nesta área do mundo e a ampla disseminação geográfica dos casos, todos se combinam para dificultar o controle dessa epidemia. É a primeira vez que Guiné, Serra Leoa e Libéria tiveram que lidar com o vírus Ebola. As pessoas têm medo e acham difícil acreditar que a doença exista mesmo. Certos aldeões próximos a Guéckédou (Guiné) até acusaram MSF de trazer a doença para sua área. Um aldeão nos perguntou: "Nossos ancestrais nunca falaram sobre essa doença, então por que isso teria mudado hoje?" As comunidades aqui não estão familiarizadas com esta doença, por isso trabalhamos com antropólogos como parte da nossa resposta ao surto. Esses antropólogos trabalham / tentam nos ajudar a entender melhor as populações daqui e facilitar nosso relacionamento com pacientes e comunidades. [...] O alto nível de mobilidade da população é outro fator agravante na disseminação da doença. As pessoas nessas áreas da África Ocidental são mais móveis do que aqueles que MSF havia tratado em surtos anteriores de Ebola em Uganda ou na República Democrática do Congo. Por exemplo, um paciente que tratamos viajou por cinco aldeias em uma única semana antes de chegar ao nosso centro de tratamento. Isso significa que ele teria infectado outras pessoas em cada uma das aldeias pelas quais passou (CLERCK, 2014, tradução nossa).

Quentin, durante o relato sobre o atendimento a uma suspeita de infecção pelo vírus no documentário *Affliction*, disse que considera bastante invasiva e violenta a forma adotada pela organização MSF no atendimento ao suspeito de estar infectado pelo vírus, já que eles transportam o paciente sem que este possa opinar sobre a situação, e o levam a um CTE. Para ele, há outras formas de agir, mas ele não menciona, em sua opinião, qual seria a ideal. Menca (2015) reconhece que é

impossível erradicar a doença sem o apoio da população e mudanças no comportamento das pessoas, a alternativa menos agressiva é através da busca de uma intermediação entre os casos suspeitos e a organização. Para isso, ela relata que a primeira prioridade é analisar o contexto antes de planejar as atividades, ou seja, a compreensão da situação e a coleta de informações sobre a vida nas cidades e aldeias, os idiomas falados, os movimentos populacionais e as autoridades. Menca (2015) usa como exemplo a estrutura de Conakri, capital da Guiné,

Conakry é caracterizada por comunas, setores, vizinhanças e famílias. Existem pessoas chave dentro de cada entidade. Temos que identificar as autoridades formais e informais para que possamos alcançar profundamente a população. Fazemos isso através de reuniões e discussões (MENCA, 2015, tradução nossa).

E complementa relatando que é necessário ouvir a população também:

Quando entramos em campo, nosso objetivo é fornecer informações sobre o Ebola. Mas criar consciência dentro de uma população requer mais do que apenas levar nossas mensagens. Nós temos que ouvir. Isso significa ser flexível para que estejamos sempre preparados para adaptar nossa abordagem. Podemos modificar nossas mensagens com base nas perguntas que os membros da comunidade fazem, nos rumores que podem estar circulando ou nas preocupações das pessoas. Fazemos isso diariamente, com base no feedback que nossas equipes fornecem (MENCA, 2015, tradução nossa).

Mas nem sempre esse projeto de informação e sensibilização é bem recebido nas comunidades:

Em alguns lugares, somos muito bem-vindos e as pessoas querem que estejamos lá. Mas em outros, nos atiraram pedras. Isso geralmente acontece em locais onde já existem problemas, como conflitos intergeracionais entre jovens e líderes. Por isso é tão importante entender o contexto. Então o trabalho é identificar as fontes dos rumores e os líderes que podem convencer as pessoas que são a fonte da hostilidade. Tivemos que voltar a algumas áreas quatro ou cinco vezes antes que as pessoas nos abrissem as portas (MENCA, 2015, tradução nossa).

Clerck (2014) considera que havia uma necessidade urgente de aumentar o número de recursos humanos a ser disponibilizado para lidar com esta situação. Segundo ele,

[...] além da enorme carga de trabalho, é extremamente desafiador, tanto física quanto emocionalmente, para nossa equipe. As equipes de divulgação costumam viajar longas jornadas para alcançar as comunidades afetadas. Muitos também conhecem as próprias famílias afetadas e são testemunhas de momentos dolorosos, em que as pessoas devem ser levadas de sua família ou comunidade para o centro de tratamento [...] Mesmo que seja uma emergência, tentamos ser o mais humano e gentil possível (CLERCK, 2014, tradução nossa).

Nesse sentido, coube aos MSF reconhecer que não apenas os funcionários que tinham experiência com doenças semelhantes a essa, mas também, pacientes curados poderiam proporcionar um relacionamento mais fácil com a população, por isso alguns foram contratados como promotores de saúde, como Malik, conforme o relato de Soeiro (2014): “[...] ele fala bem francês e estava o tempo todo preocupado com os outros pacientes internados. Então, ele foi contratado como promotor de saúde – ninguém melhor para explicar à população sobre o Ebola do que alguém que já teve a doença!”. Lebel (2014) também ressalta o fato de contratarem pacientes que foram curados pelo Ebola: “[...] um sobrevivente pode enfrentar o estigma, a dúvida e o medo de sua comunidade. Os

sobreviventes trabalhando em nossa equipe desempenham um papel importante em ajudar as famílias a entender que um sobrevivente não representa mais risco de contágio”.

A história de Sofiatou²¹, agente de sensibilização, a exemplo das contratações para atuarem junto a MSF, elucida a discussão. Logo no início da epidemia, em março de 2014, Sofiatou e sua família buscaram ajuda dos MSF, uma vez que ela e outros cinco membros de sua família estavam febris e sentiam fortes dores de cabeça. Durante seu tratamento, Sofiatou relatou que não sabia qual doença estava enfrentando “[...] *a questão nem sequer me ocorreu. Tudo o que eu sabia era que queria sair dali viva, se eu soubesse que estava com uma doença para a qual não existe tratamento nem vacina, e a maioria das pessoas doentes morrem, não sei se teria sobrevivido*” (SOFIATOU, 2014). Dos seis membros infectados, apenas três sobreviveram. Mas ela também sabia sobre a estigmatização da doença que estava afetando comunidades inteiras: “[...] *sofri muito quando minha mãe me disse que, ao menos, nós estávamos lá dentro do isolamento, que não tínhamos sido vítimas de rumores e insultos aos quais outras famílias afetadas pelo Ebola tinham sido submetidas*” (SOFIATOU, 2014). Após sua recuperação, a organização MSF a convidou para atuar como agente de sensibilização, justamente por poder contar com a sua própria experiência: “[...] *por vezes, eles demoram algum tempo para acreditar em mim, depois passam a ter confiança, em saber que os compreendo e que posso encorajá-los.*” (SOFIATOU, 2014).

Para Alexie (2015), supervisor da equipe de psicossocial em Guéckédou, na Guiné, “[...] *muitos sobreviventes agora trabalham em nossa equipe e a contribuição deles é preciosa. Quando descrevem suas próprias experiências a um paciente e às suas próprias famílias, as percepções sobre o Ebola e sobre o centro de tratamento podem mudar.*” Entretanto, Menca (2015) relata que até mesmo os promotores de saúde locais, que conhecem os códigos e os idiomas culturais, são hostilizados em algumas comunidades: “[...] *alguns deles são considerados traidores e são estigmatizados [...] muitos dos nossos promotores de saúde, portanto, têm que esconder o fato de que estão trabalhando conosco*” (MENCA, 2015, tradução nossa), uma vez que a própria organização MSF estava sendo culpada pela origem da doença.

Conforme é explicado por Reis (2015), a população que ainda não conhecia os MSF ou que estava começando a ser afetada pelo vírus tinha uma desconfiança muito grande. Clerck (2014, tradução nossa) reforça que informações precisas sobre a doença precisavam ser disseminadas rápida e amplamente e que isso era essencial para combater o medo que envolvia esta doença, conforme afirmou: “[...] *espalhar o conhecimento e incutir confiança na população será vital, se quisermos controlar a cadeia de transmissão do vírus*”. O infectologista Van Herp (2014) relatou que, pelo fato de o ebola ter sido confirmado pela primeira vez na Guiné os membros da organização que tentavam fazer contato nas comunidades foram considerados culpados de serem os transmissores: “[...] *você é o cara que traz a má notícia de que a vila foi infestada pelo Ebola. Para eles, isso significa morte,*

²¹ O nome da Profissional foi alterado.

então as pessoas muitas vezes se recusam a acreditar na realidade” (VAN HERP, 2014, tradução nossa). Van Herp (2014) relata ainda uma de suas experiências na busca por pessoas infectadas:

Estávamos procurando um paciente e finalmente o encontramos com outros membros de sua família, em uma aldeia muito pequena. Ele era um homem educado - um professor. Havia se infectado enquanto cuidava de um colega, que havia contraído a doença cuidando de seu tio doente - quando alguém está doente na Guiné, eles são sempre cuidados por pessoas do mesmo sexo. O professor percebeu que provavelmente era melhor para ele vir conosco para o centro de MSF, mas seu sobrinho e uma parenta idosa, de repente, apareceram e levaram o paciente doente para a floresta. Eles não tinham confiança no sistema de saúde e acreditavam que pessoas eram mortas em nossos centros, então decidiram manter seu parente na floresta e curá-lo com folhas e ervas. Eu os segui para dentro da floresta. Eles eram muito agressivos - o sobrinho pegava um pau grande e batia no chão -, mas por trás da agressão ouvia-se a dor em sua voz. Conseguimos uma amostra do sangue do homem doente, para fazer um diagnóstico adequado. No dia seguinte, ele nos pediu para ir buscá-lo (VAN HERP, 2014, tradução nossa).

Soeiro (2014) relata que alguns pacientes encontrados pela busca ativa chegavam em estado muito grave:

Enquanto uma parte de nós cuidava do corpo e fazia a consulta dos pacientes internados, outra parte da equipe saiu cedo para procurar um contato de outra paciente internada e, quando voltaram, trouxeram uma senhora em um estado bem comprometido: não conseguia ficar em pé nem tomar o soro de hidratação pela boca. Fizemos o teste da malária para excluir e, claro, foi negativo. Em menos de duas horas depois de sua chegada, a senhora foi a óbito. Lá fomos nós novamente preparar o corpo (SOEIRO, 2014).

Em outra declaração, Soeiro (2014) descreve a chegada de outra paciente, suspeita de portar o vírus, encontrada através da busca ativa:

O caso em questão era a cunhada de um motorista de táxi que transportou Mariama para o hospital. Essa senhora cuidou do motorista de táxi assim que ele adoeceu antes de ir para o hospital e agora ela se sente bem cansada e está com febre, por isso a trouxemos para o hospital, a isolamos no quarto para os suspeitos e já fizemos o teste para Ebola, amanhã teremos o resultado. Se for positivo, ela passa ao isolamento na parte dos casos confirmados; se negativo, ela recebe alta. Também estamos recebendo muitas crianças que tiveram contato longínquo com pacientes com Ebola positivo com febre (SOEIRO, 2014).

Entretanto, nem sempre a organização conseguia levar os pacientes, conforme o relato de Clerck (2014):

[...] Em Macenta [Guiné], uma família perdeu 15 pessoas para o vírus Ebola. A MSF conseguiu tratar o chefe da família e sua esposa, que sobreviveram. Como resultado, estávamos confiantes de que esses dois pais tratados com sucesso teriam muita influência sobre o restante da família sobre a necessidade crítica de procurar tratamento imediatamente se alguém experimentasse sintomas semelhantes aos do Ebola. No entanto, alguns dias depois, um menino dessa mesma família ficou doente. Sua tia fugiu com ele para outra aldeia e a criança morreu alguns dias depois. Muitas vezes, convencer um membro da família simplesmente não é suficiente. Para controlar a cadeia de transmissão de doenças, parece que temos que ganhar a confiança de quase todos os indivíduos de uma família afetada. Esta é uma tarefa gigantesca, e é por isso que um maior envolvimento das autoridades religiosas e políticas na conscientização sobre a doença é crucial.

A necessidade de uma articulação entre instituições, governos, associações locais e a organização é fundamental para o enfrentamento dessas dificuldades, conforme continua Clerck (2014):

Hoje, enfrentamos a hostilidade da população em algumas áreas. Ainda há 20 aldeias ao redor de Gueckedou que continuam a negar o acesso a equipes médicas, mas continuaremos dialogando com as autoridades locais para tentar mudar isso. Informações precisas sobre a doença precisam ser disseminadas rápida e amplamente pelos países afetados. Isso é essencial para combater o medo que envolve esta doença, mas também para aumentar a conscientização sobre várias coisas: a necessidade de as pessoas virem para o tratamento rapidamente; não viajar nem colocar-se em contato com outras pessoas, se suspeitarem que possam estar infectadas; e proceder de maneira correta ao conduzir os funerais daqueles que morreram da doença. Disseminar informações confiáveis é apenas parte da batalha para conter este surto. Pacientes e comunidades também precisarão aceitar completamente essas informações. Espalhar o conhecimento e inculcar confiança na população será vital, se quisermos controlar a cadeia de transmissão do vírus (CLERCK, 2014, tradução nossa).

Portanto, para Clerck (2014), o controle da cadeia de transmissão de doenças só é possível à medida que a organização ganha a confiança da comunidade e de quase todos os indivíduos de uma família afetada, não apenas de um membro, por isso é crucial um maior envolvimento das autoridades religiosas e políticas na informação e na interação com a comunidade.

É compreensível a hostilidade da população, e a dificuldade de compreensão e abordagem interativa e intercultural se intensifica em situação de emergência, levando a um embate moral entre a ética individual, no sentido de autonomia, e a ética comunitária no sentido de pertença coletiva, frente a um risco coletivo que suscita ações como a de busca ativa compulsória quando o indivíduo se encontra em situação de “suspeito” de ser portador do vírus. Esse dilema tem contornos difíceis de serem resolvidos, os quais dependem do contexto e das características da epidemia. No caso da aids, por exemplo, cuja diferença fundamental em relação à emergência foi a maior demora e extensão no tempo do desenvolvimento da síndrome causada pelo HIV, uma busca ativa envolvia procurar os parceiros sexuais das pessoas portadoras do vírus e a necessidade de respeitar o sigilo médico e o respeito à vida íntima das pessoas afetadas. Esbarra-se nos limites da intervenção dos governos na vida das pessoas.

No caso das ações humanitárias, o argumento de Fassin (2010) é o de que, nas sociedades contemporâneas, onde as desigualdades alcançaram um nível sem precedentes, o humanitarismo suscita a fantasia de uma comunidade moral global que ainda pode ser viável e a expectativa de que a solidariedade possa ter poderes redentores. Este imaginário secular de comunhão e redenção implica uma consciência súbita da condição humana, fundamentalmente desigual entre sociedades ocidentais e as demais, e uma necessidade ética de não permanecer passivo em relação a isso em nome da solidariedade, por mais efêmera que seja essa consciência e o impacto sempre limitado desta necessidade.

Tais questões sobre o humanitarismo, problematizadas por Fassin, remontam àquelas discutidas por Foucault (1985) e relacionadas ao poder sobre a vida. Esse poder sobre o desenrolar da vida, o autor vai chamar de biopoder, processo fundamental para o desenvolvimento do capitalismo, a partir do século XVII, e composto de técnicas e disciplinas sobre os corpos (anátomo-política dos corpos), além de intervenções e regulações sobre a população (biopolítica da população). É neste contexto que a gestão da vida toma um espaço fundamental e o poder sobre a vida *se exerce* nas relações, no sentido de que o poder, para Foucault (1995), não existe de forma unidirecionada e

concentrada, mas apenas na ação, no ato. Dessa forma, ainda que existam estruturas permanentes que garantem o exercício do poder; analisá-lo requer focar nas relações e em como ele se exerce por “uns” sobre os “outros”:

Abordar o tema do poder através de uma análise do “como” é, então, operar diversos deslocamentos críticos com relação à suposição de um “poder” fundamental. É tomar por objeto de análise relações de poder e não um poder; relações de poder que são distintas das capacidades objetivas assim como das relações de comunicação; relações de poder, enfim, que podemos perceber na diversidade de seu encadeamento com estas capacidades e estas relações (FOUCAULT, 1995, p. 242).

A biopolítica faz com que a vida entre no domínio dos cálculos e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana:

Não é que a vida tenha sido exaustivamente integrada em técnicas que a dominem e gerem; ela lhes escapa continuamente. Fora do mundo ocidental, a fome existe [...] os riscos biológicos [...]. Mas, o que se poderia chamar de “limiar de modernidade biológica” de uma sociedade se situa no momento em que a espécie entra como algo em jogo em suas próprias estratégias políticas (FOUCAULT, 1985, p.134).

Esse novo foco trará inúmeras consequências para o discurso científico, para as tecnologias políticas, para a atuação da norma com mecanismos reguladores e corretivos para a vida coletiva. A partir do século XIX, o que passa a ser reivindicado como objetivo,

[...] é a vida, entendida como as necessidades fundamentais, a essência concreta do homem, a realização de suas virtualidades, a plenitude do possível [...]. Foi a vida, muito mais do que o direito, que se tornou o objeto das lutas políticas, ainda que estas últimas se formulem através de afirmações de direito (idem, p.136).

Fassin, em outro trabalho, afirma que este controle sobre os corpos e sobre a vida tem também, é certo, o objetivo de prevenir e erradicar doenças evitáveis, com resultados positivos em vários contextos. Entretanto, muitas delas, apesar de todos os elementos de descrição, de análise e de medidas necessárias, continuam afligindo grande parte da humanidade. Nas palavras do autor,

[...] biopolítica bem frágil, então, em vista dos desafios, ao mesmo tempo econômicos, ligados ao custo destas medidas, e políticos, relacionados ao aumento da xenofobia. [...]. Em vez de falar sobre o poder sobre a vida, o que implicaria ação pública e eficaz, devemos, portanto, falar do poder da vida, compreendendo sob esta expressão, o reconhecimento que a sociedade atribui à questão do corpo que sofre ou que está doente. Portanto, tem menos a ver com o biopoder do que com a biolegitimidade (FASSIN, 2005, p.13-14, tradução nossa).

Trata-se, continua o autor, de enunciar uma ordem de valores no mundo contemporâneo, mais do que uma hierarquia de poderes, cujas traduções concretas são inúmeras, tanto na saúde pública dos diferentes países como nas cenas mundiais da ação humanitária. Se a vida passa a ser um valor que se instaura, o humanitarismo se vê diante do terrível impasse, inerente a este processo descrito, de quais “vidas merecem ser vividas” (DUARTE, 2008) e do desvalor das “vidas precárias” (BUTLER, 2009). A crise diante do mal, do infortúnio e do sofrimento que uma doença transmissível causa, sobretudo quando tem alto grau de letalidade, potencializa tais impasses e limites éticos.

Outra questão fundamental das consequências de tais ações invasivas refere-se à desconfiança com relação às ações da MSF. Seus profissionais passam a ser percebidos como “mensageiros da má notícia” que separam os membros da família e da comunidade, o que leva a população a reforçar a busca de cuidados em seu próprio sistema terapêutico, pois é o que lhes oferece a segurança do conhecido e do compartilhado. Quando dois sistemas terapêuticos estão em ação, o conceito de “itinerário terapêutico” (Augé, 1984; Buchillet, 1992) ajuda a compreender o comportamento das pessoas afetadas pelo infortúnio e sofrimento, a exemplo do professor que foi levado para a floresta para ser curado, mas, em seguida, ele próprio buscou o sistema biomédico representado pela MSF. Esse conceito é definido por Buchillet (1992) para se referir a um

[...] conjunto de processos implicados na busca de um tratamento, desde a constatação de uma desordem, passando por todas as etapas institucionais (ou não) onde podem se atualizar diferentes interpretações (pacientes, família, comunidade, categoria de curandeiros, etc.) e curas. Este conceito permite esclarecer a lógica subjacente às representações e aos comportamentos dos indivíduos, a escolha das instituições e dos tratamentos, assim como das estratégias concretas e das diferentes categorias de indivíduos ou instituições aplicadas na resolução de um problema de saúde particular (Buchillet, 1992, p. 28).

Buchillet (1992) afirma que em todos os sistemas existem dois níveis iniciais na busca de tratamento, o primeiro é estabelecido pelo paciente, pela família ou pela comunidade a partir da observação das manifestações patológicas, bem como a consideração dos elementos que presidiram a aparição da doença, portanto, a preocupação se dá pelo alívio dos sintomas apresentados por meio de plantas ou remédios. Caso haja um agravamento dos sintomas, ou aparecimento de novos, o paciente entra no segundo nível de seu itinerário, ou seja, a doença poderá ser reclassificada e se buscará a causa relacionada ao seu meio físico ou social. Nesse sentido, a interpretação sobre a causa se aprofunda, divorciando-se dos sintomas apresentados, para a definição do tratamento a ser realizado.

Esse distanciamento entre a causa e efeito está diretamente atrelado às coerências e às racionalidades que só podem ser analisadas e avaliadas a partir do referencial sociocultural, considerando aspectos do empirismo (empírico-racional) e do mágico (mágico-religioso), quando atrelamos a biomedicina ao lado da racionalidade, enquanto a medicina tradicional é caracterizada pelo enfoque religioso e mágico na busca da interpretação e da resolução das doenças. Entretanto, Buchillet (1992) defende que essa dicotomia, não corresponde às modalidades locais de apreensão e de resolução das doenças, pois o conhecimento empírico do universo e os elementos simbólicos e representações particulares se interpenetram de maneira complexa sempre que o mal, o infortúnio e o sofrimento afetarem o homem.

Para Augé (1994), a doença pode ser considerada um dos eventos fundamentais da existência humana, juntamente com o nascimento e a morte, e, por essa razão, está sujeita a interpretações e elaborações de sentido. No contexto da epidemia do Ebola, não só para os membros das comunidades, mas também para os profissionais em atuação, lidar com a morte foi um dos pontos extremos desta crise na Guiné.

Ainda com relação à informação e à tentativa de romper a rede de transmissão, outro ponto de tensões e de impasses vivenciados pelos membros da organização e relacionados à teoria da biopolítica está atrelado à intervenção direta, ou melhor, ao controle sobre os corpos nos sepultamentos de mortos infectados pelo vírus e à orientação para a realização de *sepultamentos seguros*²². Ao ser identificado algum paciente que tivesse ido a óbito, a equipe devia informar ao técnico para preparar o corpo e devolver à família. Piguet (2014) relata que é necessário “[...] *se preparar antes de entrar quando alguém morre também. Conversamos com a equipe médica para descobrir as características físicas da pessoa, se o corpo está coberto ou não. E, depois da saída, conversamos novamente*”.

Esses cuidados são necessários, uma vez que o vírus continua vivo e ativo, mesmo que a pessoa tenha ido a óbito, conforme relatado por Van Herp (2014, tradução nossa): “*No entanto, mesmo após a morte, o vírus Ebola permanece presente no corpo do falecido e qualquer contato com esse corpo pode resultar em uma infecção*”. Conforme afirma Soeiro,

[...] *é quando ele morre o momento em que tem mais vírus no corpo, e fica ainda mais contagioso. Por isso, é comum que as pessoas que comparecem às cerimônias do funeral acabem adoecendo também. Por medo do estigma da doença e de ter que ir para um hospital, algumas famílias escondem seus doentes e, o que estava aparentemente sob controle, em maio, explodiu novamente e em diferentes locais, porque as pessoas se deslocam para ir aos funerais* (SOEIRO, 2014).

É Soeiro ainda quem relata a sua experiência na preparação de um corpo:

[...] *a senhora que havia falecido estava no chão. Temos que jogar cloro no corpo antes de tocá-lo. Depois fechamos os olhos e a colocamos numa posição mais adequada e, novamente, cloro em todo o corpo. Em seguida, o corpo vai para o saco mortuário para ser devolvido à família. Uma parte da equipe de MSF acompanha o enterro. Só homens podem participar, mas nossa promotora de saúde e/ou a psicóloga vão junto para dar um apoio à família e garantir que o corpo não seja aberto antes de ser enterrado* (SOEIRO, 2014).

Reis (2015) explica como o corpo é pulverizado: “[...] *com cloro na concentração 0,5%, muito mais forte do que o cloro com concentração 0,05% usado para lavar as mãos e os objetos tocados pelas pessoas infectadas*”, juntamente com a roupa que o paciente está vestindo e, caso a família deseje, colocam flores dentro do saco mortuário. Depois, esterilizam a parte externa do saco e os enterros são supervisionados por profissionais de saúde. Van Herp relata que:

Quando um paciente morre, nós o colocamos em uma bolsa especial para que o enterro possa ser feito de acordo com as tradições familiares. Se o paciente vem de uma aldeia, nós devolvemos o corpo e aconselhamos os parentes sobre o que eles podem fazer - e o que eles não deveriam ter medo de fazer - durante o funeral. Uma vez que o saco mortuário tenha sido pulverizado, ele pode ser manuseado com luvas, para que as pessoas possam usar suas roupas normais no funeral (VAN HERP, 2014, tradução nossa).

E declara que “*Nós [MSF] não roubamos o corpo da família; nós tentamos tratá-lo com dignidade e respeitar suas tradições tanto quanto possível*” (VAN HERP, 2014, tradução nossa). Mas

²² Essa afirmação foi feita por diversos membros da organização, mas, como poderá ser observado mais adiante, não há nenhuma discussão sobre os impasses religiosos que a prática institucionalizada e tratada pela organização como “segura” acarretava à população.

pode-se observar que há toda uma interferência das práticas de prevenção e de limites para a interrupção desta rede de transmissão do vírus Ebola no ritual de morte dos infectados, a organização parte de concepções externas à tradição local com relação ao alto grau de transmissibilidade deste vírus, o que invade todas as esferas das relações sociais, familiares, de amizade, de vizinhança, de hierarquia, de confiança, ainda que tentassem ser cuidadosos: “[...] *mesmo o corpo sendo colocado em um saco mortuário, a organização buscava que o enterro estivesse de acordo com as tradições da família*” (VAN HERP, 2014, tradução nossa).

Au e Hofman (2017) relatam que a suspensão das práticas tradicionais de rituais fúnebres e a exigência de utilização de sacos para corpos em *seguros e dignos enterros*²³ também foi interpretado pela população como uma estratégia do governo para evitar que o espírito do falecido deixasse o corpo, expondo os guineenses à vingança do além-túmulo. Da mesma forma, proibindo peregrinações à Meca, a epidemia enfrentou um dos pilares do Islã, o que foi interpretado por alguns guineenses entrevistados pelos autores como uma ameaça pessoal, familiar ou étnica.

Essa interferência durante a crise do Ebola decorreu das discussões sobre a causa da transmissão do vírus estar atrelada aos ritos funerários praticados, principalmente pelos adeptos da religião muçulmana nas localidades atingidas, predominante na Guiné. Mas, de fato, a prática de preparação do corpo para que seja enterrado existe tanto entre a população muçulmana como entre os cristãos, ao dar banho e vestir o morto para o funeral. Conforme declarado por Van Herp (2014, tradução nossa): “[...] *para os funerais, as pessoas mortas geralmente são lavadas e vestidas, como também é costume nas sociedades ocidentais*”. Sterk (2014, tradução nossa) relata que “[...] *as tradições fúnebres em que os membros da família lavam o corpo do falecido são também um dos principais meios de transmissão nas comunidades africanas*”. Nesse sentido, uma das práticas sugeridas é limitar o toque no corpo de um ente falecido, além da realização de funerais seguros a partir da orientação dada aos líderes das comunidades e de pessoas adeptas a essa prática, além de apoio técnico e treinamento para os membros das organizações que faziam esse tipo de serviço. Podem-se imaginar as dificuldades de lidar com um momento fundamental e sempre ritualizado, como o da morte, através de uma abordagem racional e universalizante expressa através da ideia de *funeral seguro*.

Reis (2015) relata que a única prática do ritual islâmico que pode ser respeitada é envolver o corpo do morto com pano branco, mas, mesmo assim, ele deve ser enterrado em um saco mortuário, normalmente duplo, para garantir que não haja vazamentos corpóreos, além de o saco mortuário ser pulverizado com o cloro com concentração de 0,5%. O médico relata ainda que, no caso de o ritual ocorrer na comunidade e fosse preciso esperar uma noite para o enterro, a organização respeitava o tempo necessário, mesmo que o protocolo determinasse enterrar o corpo o mais cedo possível. Portanto, encontra-se a tensão entre a razão de atribuir práticas consideradas necessárias para o

²³ Comentário dos próprios autores

rompimento da cadeia de transmissão do vírus, frente à emoção gerada tanto para a população quanto para os próprios profissionais em lidar com a morte, ou seja, a prática humanitária despertando valores e sentimentos morais.

Nos estudos de Fassin (2010), o autor também afirma que a ação humanitária tornou-se, de fato, uma modalidade principal e um marco de referência dominante muito específica para o que entendemos como intervenção democrática ocidental em cenas de infortúnio em todo o mundo, quer envolvam conflitos armados ou desastres naturais, e suas conseqüências mais ou menos diretas sob a forma de fome, deficiência, trauma, quer no caso de epidemia, como a do Ebola. Neste sentido, o autor questiona que tipo de vida está em jogo, de forma explícita ou implícita, na intervenção humanitária, e que tipo de intervenção ela representa. Estas questões-chave percorrem sua obra, conforme suas palavras:

Meu objetivo não é ter uma visão geral ou pronunciar julgamentos, mas entrar como se fosse o coração da atividade humanitária, analisar as conseqüências das escolhas feitas e as práticas implementadas - em suma, seguir a lógica humanitária até o fim. Eu exploro Hierarquias da Humanidade, linha de vida tripla: o que corre entre a vida sacrificial das populações e as vidas de ajuda livremente sacrificadas dos trabalhadores; [...] e, finalmente, o que distingue as valiosas vidas de voluntários expatriados das vidas desvalorizadas do pessoal local. Todos os três podem ter conseqüências trágicas (FASSIN, 2010, p.XI, tradução nossa).

De tal modo, o autor analisa como o poder humanitário é exercido sobre uma população que deve ser auxiliada, essencialmente, pelo bem da coletividade e, ainda mais especificamente, para o bem de cada um. Mas, ao mesmo tempo, como dentro da arena do próprio humanitarismo, as hierarquias da humanidade foram passivamente estabelecidas, embora raramente identificadas para o que eram - uma política de vida que, em momentos de crise, resultou na constituição de dois grupos de indivíduos: aqueles cuja condição de expatriados protegia o caráter sagrado de suas vidas e aqueles que, por pertencerem às sociedades que recebiam ajuda, foram paradoxalmente excluídos dessa proteção. Para Fassin (2010), o movimento humanitário buscou transformações com relação a algumas dimensões da vida em sociedade, por meio, por exemplo, de serviços médicos, sendo que uma das preocupações do autor se relaciona com o foco para com os pobres e os marginalizados, pois essas organizações que buscam mudanças tentam encontrar caminhos para tornar a ajuda mais eficiente, efetiva e universal, sem se atrelar a interesses governamentais e econômicos.

Fassin (2010) explica que a primeira dimensão que ele analisa constitui a base para uma demanda de direitos e uma expectativa de universalidade, e a segunda cria a obrigação de prestar assistência e atenção aos outros. Portanto, encontra-se a articulação entre razão e emoção que define sentimentos morais. Essa tensão entre a qualidade e a solidariedade, entre uma relação de dominação e uma relação de assistência, é constitutiva de todo o governo humanitário, pois, quando a compaixão é exercida no espaço público, é sempre dirigida de cima para baixo, desde as mais poderosas até as mais fracas, mais frágeis, mais vulneráveis, aqueles que geralmente podem ser constituídos como

vítimas de um destino irreversível, como no caso da ajuda ofertada pela organização MSF às vítimas do Ebola na Guiné. Nas palavras do autor, trata-se de vidas precárias:

O conceito de vida precária precisa, portanto, ser tomado no sentido mais forte de sua etimologia latina: vidas que não são garantidas, mas concedidas em resposta à oração, ou, em outras palavras, são definidas não no absoluto de uma condição, mas na relação com aqueles que têm poder sobre eles. O governo humanitário é de fato uma política de vidas precárias. Esta política, que traz em prática estados e organizações não governamentais, organismos internacionais e comunidades locais, tem uma história. Este não é o lugar para retratá-la, mas vale ressaltar a sua dupla temporalidade. A primeira temporalidade, a longo prazo, relaciona-se ao surgimento de sentimentos morais na reflexão filosófica e subsequentemente no senso comum nas sociedades ocidentais a partir do século XVII. A identidade moderna é indissociável da conjunção de afetos e valores que regulamentam comportamentos e emoções para com os outros e define um respeito pela vida humana e dignidade (FASSIN, 2010, p. 4, tradução nossa).

A primeira temporalidade da obra de Fassin fornece o quadro genealógico, mas é a segunda temporalidade que interessa ao autor, “[...] a recente constituição de um governo humanitário” (FASSIN, 2010, p. 1). Os estudos relacionam-se essencialmente com as iniciativas e as formas de governo²⁴ que entraram em operação para gerir populações e indivíduos confrontados com situações de qualidade, contextos de violência e experiências de sofrimento. A presença de atores não governamentais instituiu um novo equilíbrio de poder com Estados e agências internacionais: ativistas da Aids, como a Campanha de Ação de Tratamento da África do Sul; organizações humanitárias, como Médicos Sem Fronteiras; dentre outras fundações privadas, no modelo da Fundação Gates, por exemplo, que estão a redigir o mapa político do mundo.

O autor demonstra que a segunda temporalidade, a curto prazo, se relaciona com a articulação desses sentimentos morais no espaço público. No final do século XX, pode-se notar a convergência de um conjunto de elementos nos últimos dois degraus, incluindo a criação de organizações humanitárias, o estabelecimento de ministérios de assistência humanitária e a descrição de conflitos como crises humanitárias, a que deve ser adicionada a proliferação de iniciativas destinadas a ajudar os doentes sem proteção social, como no enfrentamento ao Ebola, bem como os pobres, os desempregados, os sem-teto, os imigrantes sem direito de residência e os candidatos ao *status* de refugiado, para os quais há medidas e iniciativas definidas que se dirigem de forma explícita ou implícita como uma ação humanitária.

²⁴ Governamentais ou não governamentais.

4 OS PRINCÍPIOS DA AÇÃO HUMANITÁRIA EM CONTEXTO DE EMERGÊNCIA: NÃO É TEMPORÁRIO E VOCÊ NÃO PODE VOLTAR ATRÁS NAS DECISÕES.

Acho que é justo afirmar que somos Médicos Sem Fronteiras, mas temos limites. E chegamos ao nosso limite. É muito frustrante, porque vejo as enormes necessidades, mas simplesmente não tenho recursos humanos. Temos dinheiro graças aos nossos doadores. Temos vontade. Certamente temos a motivação, mas não temos pessoas suficientes para lidar com a situação (Lindis Hurum, Coordenadora de emergência de MSF Agosto de 2014).

4.1 Os limites da Independência e da Neutralidade: respostas a situações de emergência na prática

O vírus Ebola foi tratado como uma ameaça à segurança nacional frente aos sistemas de saúde que não conseguiram conter a disseminação do vírus. Com esse agravamento, os presidentes dos países mais atingidos, Guiné, Libéria e Serra Leoa, mobilizaram forças militares para aprovisionar esforços no controle da epidemia. Portanto, o contexto de emergência, somado à desorganização da resposta internacional, conforme já exposto no primeiro capítulo, aparecem como justificativa para a ordem, a disciplina, a estrutura e a (in)flexibilidade suscitada pelas ações militares em operações de socorro.

As ações militares e policiais, nos três países, incluíram a manutenção de postos de controle, patrulhando as fronteiras do país e localidade, impor quarentenas em nível de aldeia e todo o distrito, e tomar medidas punitivas contra a violação aos mandatos governamentais para enterros (HOFMAN; AU, 2017, p. 8, tradução nossa).

Hofman e Au (2017) remetem ainda aos críticos da militarização, que não apenas condenam o uso de meios militares para resolver crises humanitárias, mas também discutem como os valores e as normas da militarização permeiam as missões humanitárias. Esta discussão remete à reflexão de Cynthia Enloe sobre a crença na hierarquia, na obediência e no uso da força como as principais normas e valores dessa instituição. Nessa ação, na visão dos autores, as forças de segurança domésticas desempenharam funções necessárias de saúde pública, mas também exerceram abusos flagrantes de poder, o que só intensificou a desconfiança dos atores estatais e políticas relacionadas à prevenção do Ebola. Para Calain e Poncin (2017),

O monitoramento realizado pelas autoridades guineenses foi registrado desde novembro de 2014. Para eles, as reações (em oposição à “resistência” mais politicamente carregada) são um qualificador neutro que abrange todas as instâncias de oposição ao rastreamento de contatos, transferência para o isolamento, sepultamentos seguros ou outras intervenções de saúde pública. Exemplos apresentados em relatórios semanais nacionais incluem a recusa de ser colocado em isolamento, violência verbal, vandalismo, ameaças de morte, apedrejamento de carros ou agressão física para equipes de contato. As medidas locais tomadas pelas autoridades guineenses centraram-se geralmente na comunicação de massa e nas intervenções de pares, líderes religiosos ou autoridades tradicionais. Em janeiro de 2015, o presidente da Guiné autorizou o uso da força contra aqueles que se opuseram às medidas de controle do Ebola (p. 127, tradução nossa).

Através da discussão de Calain e Poncin (2015), já mencionada no subcapítulo 1.1, essas resistências decorrem também dos fatos históricos relacionados aos conflitos que geraram desconfiança tanto na política nacional, e tiveram como consequência os constantes conflitos políticos, como às medidas de saúde públicas, desconfianças históricas com relação aos ensaios clínicos internacionais que certamente contribuíram para os rumores de que o Ebola havia se originado intencionalmente para o desenvolvimento de pesquisas na área e, com isso, criou-se forte estigmatização relacionada à atuação de organizações internacionais no seu enfrentamento. Os autores apontam ainda que as medidas epidemiológicas, suscetíveis de diversas interpretações, combinam ações moralmente distintas, ou seja, a legítima relutância dos indivíduos em cumprir normas extremas de saúde pública que às vezes podem se traduzir em atos de violência:

Além dos pequenos incidentes diários, vários eventos extremamente violentos afetaram e atrasaram o trabalho das organizações de ajuda humanitária. Em 4 de abril de 2014, na Guiné, menos de três semanas após a confirmação do surto, multidões na cidade de Macenta ameaçaram as equipes de Médicos sem Fronteiras (MSF), forçando a suspensão de todas as atividades de controle do Ebola por uma semana. Em setembro de 2014, em Womey (região florestal da Guiné), oito membros de uma delegação de alto escalão foram assassinados, incluindo três oficiais de saúde. No mesmo mês, equipes da Cruz Vermelha que coletavam cadáveres foram atacadas na cidade mineira de Forecariah (CALAIN; PONCIN, 2015, p. 2).

Para Hofman e Au (2017), o medo de forma geral, conforme já discutido no subitem 1.2, moldou a natureza da crise do Ebola. Com respeito à segurança, a própria MSF havia permanecido praticamente ausente das discussões sobre isso, ignorando ainda reflexões sobre as maneiras em que as preocupações de segurança impactavam a própria segurança das atividades desempenhadas pela organização e por medidas que pudessem contribuir para a promoção de ideias e práticas dessa natureza, dada a importância que a segurança assumiu no clima político. Mas, ao ser tratada como uma situação de emergência internacional pela OMS, suscitou também o enquadramento como uma ameaça à estabilidade e à segurança pelo Conselho de Segurança da ONU em 2014.

Nesse contexto, coube à MSF, através da presidente Joanne Liu, declarar, em setembro de 2014, a inércia internacional dos países com capacidade de responder a desastres biológicos, defendendo que os Estados precisavam enviar especialistas na área médica, civis e até mesmo militares, além de materiais para o combate ao Ebola:

Muitos dos Estados-membros aqui presentes hoje investiram somas consideráveis a fim de se proteger contra agentes químicos e biológicos. Para fazer frente a esta epidemia, é imperativo que os países enviem imediatamente civis e militares com experiência em

contenção de riscos biológicos. Apelo aos senhores para que enviem suas equipes de resposta a calamidades, apoiadas por suas plenas capacidades logísticas (LIU, 2014, tradução nossa).

Um apelo que foge à preconização da própria organização com relação ao distanciamento das agências estatais e militares a fim de proteger seu princípio de independência, mas, nessa situação, de acordo com Christopher Stokes (*apud* MSF, 2015) “*Consideramos que as únicas organizações no mundo que podiam dispor dos meios para preencher as lacunas de imediato seriam as unidades militares com algum grau de especialização em guerra biológica*”. Assim, essa situação se mostrou um tanto arriscada, “*Enquanto a agitação social e os temores de colapso do Estado cresciam assustadoramente, temíamos que o nosso apelo pudesse ser malinterpretado ou intencionalmente distorcido como um pedido de estabilização daqueles países por meio das armas*” (*idem*). Portanto, eles não deveriam agir para conter multidões, nem para impor a quarentena tampouco para reprimir seguimentos da população contrários às medidas sanitárias, como ocorrerá em alguns casos mesmo durante a presença da MSF.

A questão levantada sobre as preocupações do uso de forças de segurança em tempos de saúde pública comprometida ia além da questão disciplinar exercida por eles, uma vez que usavam a lógica da contenção militar e aparelhos logísticos que poderiam ser indissociáveis e que, ao abordar essa situação, suscitavam questionamentos, como os levantados por Haufman e Au (2017): a quem importava e para quem era essa segurança, abordando as tensões e os dilemas nas perspectivas entre a MSF e os governos nacional e internacional. Na visão de Fassin e Pandolfi (2010), há uma contradição entre a perspectiva da ação das organizações humanitárias e da ação militar em situações de emergência, entretanto os autores mostram também que estas perspectivas diferenciam-se e apontam para uma codependência, embora assimétrica:

Além das diferenças entre os atores humanitários e militares que as organizações de ajuda insistentemente destacam, os dois lados se reúnem na mesma cena, em uma codependência recíproca e assimétrica, sendo que o militar apela cada vez mais aos humanitários para legitimar suas intervenções e o segundo, à necessidade de o primeiro para garantir a sua segurança (Fassin; Pandolfi, 2010, p. 15, tradução nossa).

De fato, como Fassin reconhece, por mais bem intencionadas que sejam essas chamadas de unidade entre militares e agências humanitárias, “a realidade da desigualdade e conflito reafirmam-se rapidamente” (2012, p. 182). O autor também argumenta, em outro trabalho (2010), que nas sociedades contemporâneas, onde as desigualdades alcançaram um nível sem precedentes, o humanitarismo suscita a fantasia de uma comunidade moral global que ainda pode ser viável e a expectativa de que a solidariedade possa ter poderes redentores. Este imaginário secular de comunhão e redenção implica uma consciência súbita da condição humana, fundamentalmente desigual entre sociedades ocidentais e as demais, e uma necessidade ética de não permanecer passivo em relação a isso em nome da solidariedade, por mais efêmera que seja essa consciência e o seu impacto sempre limitado desta necessidade. De fato, a solidariedade deve ser vista, mais do que um apelo emocional,

como uma “relação política que modela as diferentes maneiras de desafiar a opressão e as desigualdades” (Featherstone 2012, p. 8 *apud* Haufman e Au, 2017, p. 21).

Haufman e Au (2017) também lembram que os surtos não são simplesmente “naturais”, mas também desastres políticos, resultados de ações que afetam as pessoas de forma diferente. Mesmo em um mundo cada vez mais globalizado, a exposição ao vírus dependerá do *status* socioeconômico da população atingida. No contexto das profundas desigualdades produzidas pelas sociedades globalizadas, no enredo de conflitos armados e impasses econômicos, políticos e culturais, nesse biopoder em que as agências humanitárias estão alocadas, como estas forças “supracoloniais” se posicionam em suas ações na defesa da vida?

De acordo com Nikolas Rose e Paul Rabinow (2006), Giorgio Agamben foi o filósofo italiano que buscou desvelar os sentidos da biopolítica existentes na contemporaneidade, através do conceito de condição de “vida nua”, ou seja, desprotegida e exposta à morte. Para os autores, Agamben teorizou esse tipo de poder fazendo referência à metáfora obscura do *homo sacer*:

A enigmática figura na lei romana cujos crimes tornaram seu sacrificio impossível, mas que poderia ser morto impunemente. Como esta figura, que é reduzida do bios – basicamente, o modo de vida próprio a um indivíduo ou grupo – ao zoe – “vida nua” – ele [Agamben] sugere que o nascimento do biopoder na modernidade marca o ponto no qual a vida biológica dos sujeitos entra na política e pertence inteiramente ao Estado (ROSE; RABINOW, 2006, p.33).

O que de fato importa nessa discussão de Agamben, de acordo com Duarte (2008), é a questão da linha divisória que demarca a vida qualificada (*bios politikos*), isto é, a vida que merece ser vivida e que, portanto, deve ser protegida e incentivada, e a mera vida nua (*zoe*), desprovida de garantias e exposta à morte, uma dicotomia entre o que está na ordem política e o que está fora da dinâmica de proteção à vida. O ponto que Duarte (2008) ressalta é que a política exercida na contemporaneidade retrata as necessidades da vida, a partir de determinados fenômenos, como aqueles suscitados pelo caso do Ebola, que incitam a política local a tomar medidas que garantam a sobrevivência de sua população, ao passo que submetem, ao mesmo tempo, a garantia da vida da população a uma condição determinada politicamente.

Nesse mesmo sentido, relacionado ao discurso e a prática do “governo humanitário”, Butler (2009) reafirma que a governabilidade é entendida como um modo de poder relacionado ao controle dos corpos. Portanto, o Estado de Emergência retroage ao funcionamento do poder, através de um conjunto de normas e leis que reforçam o poder soberano, regulamentando a vida das populações: “normas que não são obrigatórias à causa de leis estabelecidas ou de normas de legitimação, se não completamente direcionadas, arbitrarias, exercidas pelos funcionários que interpretam unilateralmente e decidem as condições e formas que serão realizadas” (BUTLER, 2009, p. 92, tradução nossa).

Parece incontroverso o fato de a MSF ser um ator de resposta de emergência que levanta explicitamente a questão política de defesa da saúde global, através de forças militares, mas, para Hofman e Au (2017), essa ação foi intencional. Uma aparente contradição entre o princípio da

independência, quando, pela primeira vez desde a criação da organização, eles precisaram declarar seus limites e solicitar ajuda para governos e outras organizações. Mas, o que de fato Hofman e Au (2017) acreditam é que essa prática objetivava a denúncia da inércia internacional no enfrentamento do Ebola, em que o alvo principal era a própria OMS, por não ter reconhecido precocemente a gravidade do surto e assumir a responsabilidade na contenção do vírus, como eles mesmos declararam: “as decisões sobre a definição de prioridades, atribuindo papéis e responsabilidades, assegurando a responsabilidade para a qualidade das atividades e mobilizando os recursos necessários não foram tomadas na escala necessária” (2015a MSF, p. 9). Essa ação remete à mesma realizada em 1972, ano de criação da organização MSF, quando, contrariando a passividade da Cruz Vermelha, que acreditava que o princípio da neutralidade não deveria expor as práticas e as ações das partes do conflito para não atrapalhar a sua ação, Bernard Kouchner²⁵ foi a público denunciar a violência com que os governos de Biafra estavam tratando os seus civis, assim como também foram a público, no enfrentamento do Ebola, para denunciar a falta de comprometimento e a inércia da OMS.

Esse enquadramento, juntamente com o apelo da MSF para os militares, frente aos riscos biológicos, moldou a intervenção internacional no enfrentamento do Ebola. De fato, o que fica claro na atuação da MSF é que, em sua essência, ela é uma organização humanitária, mas a sua visibilidade e popularidade a tornaram mais do que isso. Na visão de Hofman e Au (2017), a epidemia do Ebola apresentou importantes questões para a organização frente às suas responsabilidades de saúde global, por exemplo, uma tensão fundamental sobre o autoconhecimento e o trabalho, ou seja, por um lado, a compreensão da MSF entre a ajuda humanitária e seus atores respondendo à emergência e, por outro lado, uma visão de MSF como um advogado para justiça de saúde global, cobrando a falta de um posicionamento mais célere da OMS. Para os autores, não é nenhuma surpresa que as duas visões estejam presentes numa organização plural como a dos MSF, e está se tornando clara a tensão entre MSF e outros atores globais de saúde, como governos locais e a própria OMS. Por isso, defendem o ponto de partida como sendo o de um reconhecimento sobre as duas “identidades”, isto é, de ser uma resposta de emergência e um defensor para a justiça na saúde, as quais podem ser combinadas em um papel recém-definido do ator segurança sanitária.

4.2 Os limites da ética [médica]: *medidas excepcionais tomadas*

A expressão “sem precedente” é a que mais foi utilizada para se referir ao vírus Ebola, uma vez que não é conhecida a origem da doença, apenas se sabe, e ficou claro com as discussões levantadas até o momento, que não houve formas de controle e tratamento para tamanha magnitude. Até a crise de 2014, como foi apresentado, havia registros de casos pontuais e isolados em vilarejos africanos. Isso não representava uma ameaça internacional e, conseqüentemente, não havia interesse

²⁵ Fundador da MSF.

por parte dos governos e dos órgãos que propiciam pesquisas na área. A própria organização MSF reconheceu esse fato ao declarar que:

O Ebola nunca havia sido considerado uma prioridade pelos grandes laboratórios farmacêuticos, porque se acreditava que a doença afetava apenas um número limitado de pacientes de recursos também limitados, em meio a breves surtos em regiões remotas da África. A maior parte das pesquisas eram realizadas por instituições públicas e pequenas empresas, com a ajuda de recursos públicos, e que se justificavam pelo risco de bioterrorismo representado pela doença viral extremamente infecciosa (MSF, 2015).

Portanto, o interesse, até então, era de se protegerem da possibilidade de uma guerra bacteriológica que o bioterrorismo suscitava, conforme Sterk (2014) também declarou, “*Embora vários países estejam interessados nele em relação à proteção contra a guerra bacteriológica ou o bioterrorismo, a pesquisa é limitada*”. (STERK, 2014). Além disso, o fato de ocorrerem em lugares isolados também restringia a investigação, conforme Sterk (2014), “*O pequeno número de epidemias e pacientes restringe as investigações. Para desenvolver vacinas, você precisa de um número suficiente de voluntários*”. Como consequência, a organização reconhecia que “*A falta de tratamento específico ou de vacina para o Ebola é o fator que mais contribui para o alto índice de mortalidade do vírus*” (MSF, 2015). Cabia a MSF acompanhar os desenvolvimentos que estavam ocorrendo nas pesquisas, mesmo que estas estivessem atreladas à proteção das sociedades ocidentais, conforme a organização reconheceu:

Pesquisa e desenvolvimento destinavam-se em geral à produção de vacinas e à profilaxia pós-exposição, com a preocupação de estocar produtos para os mercados ocidentais. Mas na medida em que a epidemia foi se alastrando e se tornou descontrolada, enquanto os reiterados pedidos de ajuda demoravam a se materializar, MSF foi se conscientizando de que para tratar da doença era mais urgente e imprescindível o desenvolvimento acelerado de produtos (MSF, 2015).

Esse acompanhamento também foi declarado por Sprecher (2014):

Estamos em contato regular com pesquisadores e sabemos que há diversos medicamentos e vacinas para o Ebola atualmente nos estágios iniciais de desenvolvimento. Há alguns candidatos a medicamentos que se mostraram bastante promissores entre primatas não humanos, que é o primeiro indício da possível eficácia e segurança do seu uso em humanos. Mas, até o momento, nenhum desses medicamentos ou vacinas foi testado em humanos, sejam doentes ou saudáveis. Pelo que sabemos, pode ser que mais dois anos sejam necessários até que um medicamento ou vacina segura e aprovada estejam disponíveis para os clínicos. Os procedimentos regulatórios podem ser muito demorados para que sejam organizados testes adicionais (SPRECHER, 2014).

Julien Potet, assessor de políticas da Campanha de Acesso a Medicamentos da MSF, relata que a corrida contra o tempo no que tange às pesquisas e aos desenvolvimentos de medicamentos e vacinas ocorreu somente após a declaração de emergência da OMS em agosto de 2014:

Pesquisa e desenvolvimento finalmente entraram em fase acelerada no início de agosto, quando a OMS confirmou que o emprego de produtos contra o Ebola ainda não testados em seres humanos era ético e até mesmo deveria ser encorajado, considerando a natureza excepcional do surto (POTET, 2015).

Por isso coube também à organização a decisão em colaborar com esse desenvolvimento, conforme as palavras de Micaela Serafini (2015), diretora médica de MSF:

Os setores público e privado de pesquisas aceleraram o processo para o início dos ensaios clínicos, que, em geral, costuma levar anos, e foi viabilizado em poucos meses. Em agosto, MSF tomou pela primeira vez a decisão de fazer parcerias com instituições de pesquisa, com a OMS, os Ministérios da Saúde e companhias farmacêuticas com o objetivo de testar tratamentos experimentais e vacinas em plena epidemia (SERAFINI, 2015).

Nesse contexto, começou-se a discussão sobre a possibilidade do uso de vacinas e medicamentos em *status* experimental nos CTEs da MSF, mesmo que, de acordo com Serafini (2015), “*Ensaio clínico iniciado em questão de meses, em meio a uma complexa crise humanitária, nunca aconteceu antes, muito menos em condições de biorrisco*”. Portanto, diante da possibilidade de tratamentos experimentais, definiu-se o uso de medicamentos experimentais, como, por exemplo, um medicamento que havia sido dado a dois americanos que haviam contraído o vírus e tinham recebido a dose durante o tratamento nos EUA. Para Sprecher (2014), esse medicamento “*É o único dos protótipos de medicamentos que parece mostrar eficácia em pessoas que já desenvolveram sintomas. Os demais precisam ser administrados um ou dois dias após o contágio, quando os sintomas ainda não são visíveis*” (SPRECHER, 2014). O Diretor Médico, Bertrand Draguez (2015) declara que diversos outros tratamentos foram propostos, mas a OMS compilou em uma pré-seleção, como, por exemplo, a transfusão de sangue de um paciente que havia sido curado para outro que ainda não havia criado anticorpos, o que poderia ser avaliado e implementado de forma rápida, desde que houvesse recursos humanos, instalações e equipamentos, mas reconheceu que “*isso possa ser desafiador em ambientes como a África Ocidental*” (DRAGUEZ, 2015). Entretanto, até aquele momento, não estava clara a sua eficácia, devendo ser investigada antes de aplicada. Na opinião do médico,

Para testes de eficácia de tratamentos experimentais em países afetados, há várias opções de protocolos que podem ser usadas. A chave é que os projetos de teste forneçam dados de eficácia robustos rapidamente, garantindo que eles sejam seguros para os pacientes e que os mais necessitados possam acessar o produto sob investigação. Testes para tratamentos - como para vacinas - não devem incluir um placebo: pessoas expostas e vulneráveis em ambientes afetados pelo Ebola e com poucos recursos não devem ser levadas a pensar que estão sendo tratadas ou protegidas quando não estão (DRAGUEZ, 2015).

Assim, mesmo diante de um experimento, havia alguns obstáculos para a sua aplicação:

Primeiro, esses tratamentos precisam ser comprovados eficazes e seguros por meio de testes em humanos. Os ensaios de eficácia devem ser realizados nos países afetados nos centros de tratamento estabelecidos para o ebola; isso pode representar um desafio, já que há necessidade de garantir que o atendimento padrão ao paciente não seja comprometido e que os produtos experimentais e seu estudo não causem danos aos pacientes. Em segundo lugar, esses tratamentos precisam ser disponibilizados em quantidades suficientes para serem administrados a todos os pacientes necessitados. Se não o forem, os Ministérios da Saúde serão confrontados com decisões difíceis no racionamento dos mesmos (DRAGUEZ, 2015).

Mas, ao mesmo tempo, reconhecia que a urgência que o Ebola suscitava ia além de aplicar esses testes:

O que é mais urgentemente necessário neste surto é mais leitos para pessoas doentes, mais pessoal para tratá-los, mais esforços para assegurar que os contatos dos pacientes estejam sendo monitorados e mais promoção da saúde para reduzir a transmissão da doença nos países afetados. Juntamente com esses esforços, a vacinação dos profissionais de saúde da linha de frente - que estão entre as pessoas mais vulneráveis - e as campanhas em massa para vacinar um grande número de pessoas em países afetados e em risco podem fazer uma enorme diferença para conter esse surto. O que estamos vendo hoje na África Ocidental é um cenário de desastre, e todos os atores - empresas farmacêuticas e estados - devem fazer tudo o que puderem para acelerar a resposta (DRAGUEZ, 2015).

Contudo, ele reconhecia os efeitos que a administração desse remédio poderia trazer, uma vez que,

Quando se desenvolve um novo medicamento ou vacina, normalmente são feitos testes com animais pequenos, para depois se passar aos primatas não humanos, para se ter uma ideia de seus possíveis efeitos adversos (segurança) e de sua capacidade de curar ou prevenir doenças (eficácia). Se os resultados forem positivos, o medicamento é, então, testado em humanos saudáveis para garantir sua segurança antes de testá-lo em humanos doentes (ou expostos, no caso das vacinas) (SPRECHER, 2014).

Sprecher (2014) também considera que vale a pena tentar o uso em circunstâncias extraordinárias, como a própria avaliação do médico, em pacientes com risco de morte, “levando-se em consideração a elevadíssima mortalidade causada pelo Ebola, se tivermos confiança que o nível de segurança será aceitável, MSF acredita que esta seria uma boa alternativa” (SPRECHER, 2014). Mesmo apresentando receios:

A principal questão é a segurança. Não sabemos se o medicamento pode prejudicar o paciente, nem como seriam esses eventuais efeitos adversos. Se os pacientes desenvolverem uma condição instável em reação ao tratamento, é possível que nós os submetamos a um risco ainda maior. O medicamento que foi dado aos dois trabalhadores humanitários é composto basicamente de anticorpos. Há muitos outros tratamentos usados para outras doenças que têm como base os anticorpos, e conhecemos os efeitos colaterais mais prováveis desse tipo de tratamento (alergias, principalmente), podendo assim estarmos preparados (idem).

Além disso, Sprecher (2014) também reconhece as dificuldades e os obstáculos que a organização MSF enfrentaria na aplicação de uma medicação experimental diante das circunstâncias da crise do Ebola:

O primeiro e mais óbvio deles está associado à produção. Como se trata de um medicamento experimental, o fabricante não conta com um estoque muito robusto, e queremos saber quanto tempo seria necessário para produzir centenas de doses. A segunda questão envolve as regulações. [...] O primeiro passo é a vigilância sanitária do país onde o remédio é produzido, e, obviamente, os governos dos países onde o remédio seria utilizado teriam de aprová-lo também. Seria preciso oferecer estruturas éticas e legais para isso. Por último, mas não menos importante, é imprescindível fazer uso de um novo medicamento sem fazer um meticuloso trabalho de monitoramento e coleta de dados dos pacientes, o que significaria recursos humanos adicionais nos centros de tratamento (SPRECHER, 2014).

Ao comparar as taxas de sobrevivência maiores entre os pacientes ocidentais saídos da África Ocidental e tratados em seus países de origem, Sprecher (2014) refere-se não só à questão da medicação experimental, mas também à capacidade de fornecer cuidados individualizados de alta qualidade, que vão desde cuidados intensivos de enfermagem, ventilação mecânica, terapia renal substitutiva, até anticorpos monoclonais que contribuem para a sobrevivência dos pacientes. Mesmo

em circunstâncias distintas para a aplicação de tratamentos experimentais, Draguez (2015), relatou que, por serem “*um dos principais provedores de tratamento para Ebola na África Ocidental, MSF escolheu ter um papel ativo no teste de tratamentos experimentais*” e considera que a organização proporciona valor ao processo de teste, “*pois temos acesso a um grande número de pacientes e, portanto, potenciais receptores dos tratamentos experimentais*” (DRAGUEZ, 2015). Mas, reconhece as preocupações suscitadas por Sprecher (2014) anteriormete e afirma que “*diante desse surto maciço, estamos tomando medidas excepcionais*”:

Tratamentos experimentais estão atualmente sendo selecionados e projetos de ensaios estão sendo desenvolvidos para garantir que a interrupção do atendimento ao paciente seja mínima, que a ética médica e de pesquisa seja respeitada e que dados científicos sólidos sejam produzidos. MSF não costuma participar de pesquisas e ensaios para o desenvolvimento de medicamentos, mas, diante desse surto maciço, estamos tomando medidas excepcionais (DRAGUEZ, 2015).

Portanto, o primeiro teste experimental de tratamento contra o Ebola na África Ocidental, com a droga favipiravir, começou no centro de MSF de Guéckédou, na Guiné, no dia 17 de dezembro de 2014. De acordo com a MSF, os testes aplicados na Guiné foram:

Teste com a droga Favipiravir em Guéckédou, Guiné. O teste, conduzido pelo Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica da França, foi realizado no CTE de MSF em Guéckédou. Os resultados iniciais sugeriram que a droga pode reduzir a mortalidade entre pacientes com baixos níveis do vírus Ebola no sangue, mas é ineficaz naqueles com alta carga viral e a doença em estado avançado. O experimento começou em dezembro e ainda está em andamento, mas MSF não envolve mais pacientes por causa do fechamento do CTE de Guéckédou; [...] Teste de terapia com plasma de paciente convalescente em Conacri, Guiné. O Instituto de Medicina Tropical da Antuérpia está conduzindo esse teste no CTE de MSF em Conacri, desde fevereiro de 2015. O teste está em andamento; Teste da vacina rVSV-EBOV em Coyah, Guiné. Esse teste de uma vacina experimental contra o Ebola chamada rVSV-EBOV começou em março de 2015 em um vilarejo de Coyah, na Guiné (MSF, 2015).

As ações e as decisões tomadas não deveriam estar suscetíveis a riscos, mas, diante da emergência da situação, decisões excepcionais foram tomadas para enfrentá-la. Os riscos eram avaliados, mas o tempo não permitia espera em todas as etapas e condições necessárias para os testes e experimentação de medicamentos e tratamentos.

Essas ações suscitam discussões relacionadas a questões de controle dos corpos, ou seja, à biopolítica. De fato, não apresentaram como era a decisão sobre as escolhas dos pacientes que iriam receber o tratamento experimental e em quais condições. Tampouco relataram se essas discussões eram compartilhadas com a própria população ou a decisão sobre àqueles corpos que não tinham condições de dar seu consentimento. Mas, de acordo com Au e Hofman (2017), havia rumores de que a origem do vírus Ebola era decorrente dos medicamentos e injeções aplicados nos centros de tratamento, de modo que, após a morte, o corpo poderia ser utilizado para tráfico de órgãos, como parte dos preparativos para garantir sucesso político, conforme já citado no subcapítulo 1.1, referente à história colonial do país.

Duarte (2008) relata que, para Agamben, esta ação está relacionada à discussão do próprio *homo sacer* contemporâneo:

A reflexão de Agamben também nos ajuda a identificar outras figuras contemporâneas do *homo sacer* e do campo como o *homo* secreto da biopolítica moderna, a saber, a cobaia humana de experimentos médicos, tanto as que não souberam o que se passava com elas quanto aquelas que estavam privadas das condições de dar seu consentimento em participar do experimento (DUARTE, 2008, p. 15).

E, nesse contexto, a partir dos estudos de Arendt, Duarte (2008) afirma que as realidades locais, nas quais certos fatos, caso da epidemia do Ebola, como a busca pelo direito à vida, pela saúde e pelo alívio do sofrimento, produzem práticas e ações que são questionáveis e, até mesmo, produtoras de novos sofrimentos. Como exemplo, temos a decisão da MSF em aplicar medicamentos em fase experimental, ou seja, conforme defende o autor, normas que criam fatos e confundem os limites do “alívio do sofrimento”, tornando tudo possível.

Esse contexto suscita, também, discussões éticas, principalmente ao que se exige em uma situação de emergência. A partir da reflexão sobre a política de piedade feita por Boltanski (1999), o autor considera que o tema Ética renuncia à ação e aparece apenas para inspirar uma relação puramente individual, para um grupo que estava distante e que sofre. A ética abandona a justificação em termos de um bem comum, pois, instruídos nessa dimensão, o sofrimento admite à pessoa que age, a faculdade necessária para fazer algo sobre este mal, portanto o fato de a ação levar outra pessoa ao sofrimento, essa desigualdade, suprime a necessidade de justificação, pelo menos em suas definições universais.

Butler (2018) também discute as obrigações éticas de caráter global que emergem tanto na distância como nas relações de proximidade, o que ela também denomina de “enfrentamento”. Nesse caso, iremos considerar a análise nas relações de proximidade vivenciadas pela MSF com os pacientes, vítimas da infecção do vírus Ebola, nas quais, de fato, conforme as palavras da autora “estamos testemunhando e colocando em prática a própria atividade de laços de solidariedade que emergem através do espaço e do tempo” (BUTLER, 2018, p. 112). Sob a mesma perspectiva de Boltanski (1999), Butler (2018) considera que as pessoas são chamadas a agir a partir de imagens do sofrimento à distância que despertam o sentimento de preocupação e movem para a ação, caso dos profissionais humanitários dispostos a agir nas situações de emergência, como o enfrentamento do Ebola. Nesse sentido, ela considera que está além da nossa vontade, embora o consentimento não seja razão suficiente para delimitar as obrigações formadoras da nossa responsabilidade, uma vez que ele pode implicar o domínio do não consensual, caso dos pacientes que poderiam se posicionar sobre receber ou não medicamentos em fase de teste.

Essa relação ética é discutida pela autora através da teoria de Lévinas sobre a “interpelação ética”. Nas palavras da autora,

Para Lévinas, a reciprocidade não pode ser a base da ética uma vez que a ética não é uma barganha. A minha relação ética com o outro não pode ser contingente nem depender da relação ética dele ou dela comigo, pois isso faria com que ela fosse absoluta e obrigatória, estabelecendo a minha autopreservação como um tipo de ser distinto e limitado como algo mais primário do que qualquer relação que eu tenha com o outro [...] na minha visão [Butler], a vida do outro, a vida que não é nossa, também é nossa, uma vez que, qualquer sentido que a “nossa vida” tenha, deriva precisamente dessa sociabilidade e já é, desde o início, dependente de um mundo de outras vidas, constituídas em – e por – um mundo social (BUTLER, 2018, p. 120).

Assim, continua a autora, “o aparecimento limitado e vivo do corpo é a condição de estar exposto ao outro; exposto à solicitação, [...] de maneira que nos sustentam, mas também podem nos destruir” (BUTLER, 2018, p. 120). Nesse sentido, a vida das vítimas do Ebola se limitava às decisões que cabiam a MSF sobre os corpos que estavam sob a sua responsabilidade ética de mantê-los vivos e que poderia tanto garantir-lhes a cura quanto facilitar a sua morte. Essa exposição do corpo, para a autora, também aponta para a sua precariedade, justificada tanto pela necessidade quanto pela dificuldade ética, ou seja, relacionada à difícil decisão da busca de um tratamento frente à discussão ética entre aplicar ou não um medicamento experimental.

4.3 Os limites da imparcialidade: fomos obrigados a tomar medidas imperfeitas e sem precedentes

Embora a organização já tivesse atuado na resposta ao Ebola, anterior à crise de 2014, nenhum dos projetos que havia organizado anteriormente teve tamanha proporção. De fato, a organização tomou conhecimento do vírus no dia 14 de março de 2014, através de Sterk, que havia sido informada pelo Ministério da Saúde da Guiné sobre uma doença misteriosa que estava atingindo a região, ocasionando a morte de vários profissionais da saúde, bem como de seus pacientes. Em contato com Van Herp que, logo no início, em Bruxelas, já desconfiava de se tratar de uma febre viral, decidiram encaminhar três equipes de emergência para investigar a situação. Em 21 de março de 2014, receberam a primeira confirmação, através de resultados de exames, que se tratava do vírus Ebola, tendo sido feita, no mesmo dia, a confirmação pelo Ministério da Saúde da Guiné.

O que assustou a organização é que, logo em seguida, começaram a receber confirmações de infecção do vírus em localidades muito distantes de onde estavam, por isso foi declarada, em 31 de março de 2014, como “*uma epidemia sem precedentes, devido a sua rápida propagação geográfica*” (MSF, 2015). Conforme Marie-Christine Ferir, coordenadora de operações de emergência de MSF:

Começamos a nos dar conta de que a propagação da doença era algo jamais visto antes. Poucos dias depois da nossa chegada, fomos alertados sobre casos suspeitos na fronteira em Foya, na Libéria. Então a situação foi de mal a pior – um caso confirmado a 650 quilômetros de distância de Guéckédou, na capital da Guiné, Conacri (FERIR apud MSF, 2015).

Contrariando a organização, a própria OMS, através do seu diretor de comunicação, declarou em 1º de abril de 2014 que a dinâmica do vírus não era diferente das demais epidemias, portanto não se tratava de um fato sem precedente. De acordo com Sprecher, “*O problema inicialmente não era*

tanto o número de casos, mas o fato de as zonas mais afetadas estarem espalhadas por muitos locais” (SPRECHER apud MSF, 2015). Suspeitava-se que isso ocorria por causa do deslocamento das pessoas com vírus, principalmente nas fronteiras entre Serra Leoa, Guiné e a Libéria. Em junho desse mesmo ano, a MSF observou que “o vírus estava ativamente sendo transmitido em mais de 60 localidades na Guiné, na Libéria e em Serra Leoa” (MSF, 2015). Por isso, a decisão foi o direcionamento da maior parte dos recursos para os Centros de Tratamento de Ebola (CTE),

Diante de uma epidemia excepcionalmente agressiva e [por serem] incapazes de fazer tudo, nossos profissionais se concentraram no controle dos danos e estabeleceram como prioridade direcionar a maior parte dos recursos para os centros de tratamento de Ebola. Infelizmente, não foi possível empreender a totalidade de atividades de combate à doença em todos os locais (MSF, 2015).

Mesmo declarando que não puderam atuar no combate ao vírus em sua totalidade, pelo fato de o vírus ter se alastrado nos países da África Ocidental de forma rápida, a própria resposta ao vírus teve que se dar em grande escala, portanto, a MSF trabalhou, simultaneamente, em vários países diferentes - Guiné, Serra Leoa, Libéria, Nigéria, Mali, Senegal, como também em um surto de Ebola não relacionado com os demais, na República Democrática do Congo. Esse fator afetou os projetos de outras localidades, uma vez que os recursos estruturais e humanos tiveram que ser realocados para a África Ocidental, mas essa decisão só foi tomada após cinco meses do surto:

O ano de 2014 exigiu extraordinários esforços de MSF e também de outras organizações humanitárias na linha de frente. Crises simultâneas na República Centro-africana, no Sudão do Sul, na Ucrânia e na Síria, que demandaram o trabalho de nossas equipes mais experientes, dificultaram a garantia de que o Ebola recebesse a atenção e os recursos humanos necessários, particularmente nos primeiros cinco meses do surto (MSF, 2015).

Em consequência de um histórico limitado de surtos nesse sentido, até então, o número de profissionais com experiência para lidar com o vírus não era suficiente para a magnitude do Ebola. De acordo com MSF (2015), o número de profissionais médicos “veteranos” era em torno de apenas 40, no início do surto. Além de prestarem assistência, “eles tinham de, simultaneamente, montar e gerenciar as operações na linha de frente e também orientar equipes sem experiência”. (MSF, 2015). Nas palavras de Brice de le Vingne (*apud* MSF, 2015), diretor de operações de MSF:

Mobilizamos todos os nossos especialistas em febre hemorrágica e equipes médicas e de logística experientes, e muitos retornaram várias vezes à região. Mas não podiam estar em toda a parte ao mesmo tempo, nem deveria ser nosso papel atuar sozinhos e sem ajuda (DE LE VIGNE, 2015).

Inclusive, a organização faz críticas à relutância suscitada no início da crise por áreas e atores não atuantes em febres hemorrágicas:

Com o passar dos anos, a experiência de MSF em matéria de febres hemorrágicas virais foi se concentrando, em grande parte, num grupo de profissionais extremamente capacitados e foi considerada uma especialidade. Nos setores de MSF com menor experiência em Ebola, houve relutância em intervir imediatamente, enquanto a organização deveria ter sido mais rápida na mobilização de sua capacidade plena para responder à epidemia (MSF, 2015).

Além de um número limitado de profissionais experientes para esse tipo de projeto, a organização determinou um tempo menor de atuação em campo, comparado com os demais projetos da MSF, dado o esgotamento físico e mental a que os profissionais eram submetidos. Em média, os profissionais atuam no mesmo projeto no período de três meses a um ano, mas, para o enfrentamento do Ebola, ficou definido um tempo médio de um mês de atuação, o que acarretava alta rotatividade entre os profissionais. Esses altos fluxos de profissionais inexperientes demandavam um tempo maior para criarem uma autonomia na atuação, devido às particularidades e regras específicas que o combate ao Ebola exigia, regras que iam desde a ação do cuidado até a interação com os próprios membros da MSF. Ainda assim, foram mais de 1.300 profissionais nacionais e internacionais mobilizados para responder ao vírus:

As epidemias de Ebola consomem uma enorme quantidade de recursos, particularmente de pessoal. A duração das participações em projetos dos profissionais internacionais na linha de frente, durante o surto de Ebola, foi muito menor do que o usual – um máximo de algumas semanas em vez de meses. O objetivo foi garantir que seus membros continuassem vigilantes e não se esgotassem excessivamente ou se acomodassem. No entanto, uma consequência indesejada dessa rotatividade foi o fato de que os detalhes nem sempre eram passados adiante e as mesmas lições tinham de ser aprendidas diversas vezes (MSF, 2015).

Nesse contexto, coube à MSF dar consultoria e apoio a outras organizações que também se dispuseram a atuar no controle e tratamento do Ebola, como a *Samaritan's Purse*, dos Estados Unidos, que administrou dois CTEs na Libéria, sendo que um deles tinha capacidade de internar até 40 pacientes. Dada à rápida disseminação do vírus, logo no início, os leitos já haviam sido ocupados e, nesse mesmo período, dois profissionais norte-americanos da organização *Samaritan's Purse* foram infectados. Essa situação provocou, no auge da crise do Ebola, em julho de 2014, a suspensão da operação e o fechamento dos dois CTEs que a organização administrava. Coube à MSF discutir a questão de assumir ou não os projetos na Libéria, reconhecendo que estavam sobrecarregados com os CTEs já abertos na Guiné e em Serra Leoa.

Discussões penosas aconteceram em MSF. Sentíamos que já estávamos operando a 100%, com nossas equipes já submetidas a um enorme estresse na Guiné e em Serra Leoa e estávamos preocupados com o fato de que assumir os centros na Libéria levaria MSF a extrapolar seus limites. E se erros fossem cometidos, o pessoal fosse infectado e o projeto desmoronasse? Foi o caso, em julho, do hospital do Ministério da Saúde em Kenema, Serra Leoa, como também do Samaritan's Purse na Libéria. E se o fato de irmos além do nosso limite anulasse a nossa capacidade de resposta, sem que houvesse uma substituição?(MSF, 2015)

Mas, para Brice de le Vigne, “*Tínhamos de extrapolar nossos patamares em termos de riscos e enviar coordenadores sem experiência com o vírus, com apenas dois dias de treinamento intensivo. Seria arriscado, mas tínhamos de encontrar uma maneira de intervir em Monróvia e Foya.*” (apud MSF, 2015). Assim, com treinamento intensivo em Bruxelas, a organização assumiu mais essas duas localidades. Porém, logo no início de agosto de 2014, a MSF se deparou com o principal dilema desde que iniciaram os projetos de enfrentamento ao Ebola: um dos CTEs na Libéria estava com capacidade máxima, por isso não poderia ficar com suas portas abertas por mais de 30 minutos por

dia. Essa decisão foi tomada pensando nos leitos que vagavam, decorrentes da morte de pacientes na noite anterior, “As pessoas estavam morrendo sobre o cascalho, do lado de fora dos portões. Um pai trouxe a filha no porta-malas do seu carro, implorando para cuidarmos dela para que não infectasse seus outros filhos em casa. Ele teve de partir sem ser atendido” (MSF, 2015). Nas palavras de Rosa Crestani (*apud* MSF, 2015):

Tivemos de tomar a horrenda decisão sobre quem admitiríamos no centro, tínhamos duas alternativas: permitir a entrada dos que estavam no estágio inicial da doença ou aceitar os que estavam morrendo e os que estavam com a infecção mais avançada. Decidimos optar pelo equilíbrio. Admitiríamos o maior número possível desde que com segurança e as pessoas mais doentes. Mas estabelecemos nossos limites também. E nos recusamos a colocar mais de uma pessoa por leito. Só podíamos oferecer cuidados paliativos básicos e havia tantos pacientes e tão poucos profissionais que o pessoal tinha, em média, somente um minuto por paciente. Isso tudo foi um horror indescritível.

Coube à organização, paralelamente ao atendimento, distribuir *kits* de proteção ao vírus para as famílias, principalmente quando um membro havia sido infectado, com o objetivo de garantir maior proteção aos demais. “Embora soubéssemos que os *kits* não eram a solução para a crise do Ebola em Monróvia, fomos obrigados a adotar medidas imperfeitas sem precedentes”, diz Anna Alford (*apud* MSF, 2015), coordenadora de distribuição dos *kits* para a MSF.

Dessa forma, os limites estruturais e de profissionais qualificados foram evidenciados no instante em que o atendimento à população foi limitado. Uma questão que vai além da situação de Monróvia, pois, ao aceitarem atuar na Libéria, poderiam colocar em risco o atendimento na Guiné e em Serra Leoa, uma vez que o vírus ainda não estava controlado nesses outros dois países e os recursos já eram escassos. Mas, ao mesmo tempo, não iria adiantar oportunizar o tratamento nesses dois países e virar as costas para a Libéria, pois, em razão da velocidade de propagação do vírus e do livre trânsito entre as fronteiras, facilmente ele atingiria novas aldeias, podendo disseminar ainda mais a doença.

Diante desta situação, como tomar decisões de “salvar vidas” (VÉRAN, 2013) em situações de emergência, como as relatadas aqui, se nem todas podem ser salvas? Ou melhor, nestes casos e contextos, como decidir “Quais vidas devem ser vividas?” (BUTLER, 2009). Princípios gerais, como o da imparcialidade, pautado no dever de prestar atendimento a todos que necessitam de ajuda médica, precisam ser relativizados, e difíceis decisões precisam ser tomadas, com base na “*avaliação das necessidades de saúde identificadas*”:

A organização define o público que será priorizado com base, exclusivamente, na avaliação das necessidades de saúde identificadas. A possibilidade de aliviar o sofrimento de indivíduos por meio da ação médica é o que determina e norteia as atividades de Médicos Sem Fronteiras (MSF, 2018).

Com dificuldades de recursos humanos e materiais, diante de uma situação de emergência como a vivenciada, deve haver imparcialidade diante da necessidade de aliviar o sofrimento e ponderar a decisão sobre o menor risco a ser causado com relação à transmissão do vírus. As decisões

devem ponderar entre essas duas exigências, sabendo-se que a imparcialidade não é absoluta e que haverá perdas diante de qualquer decisão tomada.

Desde o início da epidemia houve discussão sobre o fato de Estados e outras organizações internacionais não darem a devida importância ao que estava acontecendo na África Ocidental, e foi apenas quando o vírus atingiu um médico norte-americano e um diplomata que o mundo se voltou aos africanos. Essa demora talvez tenha sido o problema maior de uma situação de emergência sem precedência que poderia ter sido minimizada. Tal fato já demonstra que a celeridade do atendimento depende da avaliação de “quais vidas merecem serem atendidas”.

Durante a epidemia da aids nos anos 1980, pode-se observar que um dos primeiros grupos afetados, os homossexuais masculinos, principalmente norte-americanos e europeus, tinham à época um histórico de empoderamento político, o que possibilitou a exigência de pesquisas em tratamentos e a liberação de medicamentos, ainda em fase de testes, permitindo escrever uma história de avanço no enfrentamento de uma epidemia que contou com investimentos, recursos, pesquisas com celeridade e políticas nunca antes registrados na história da humanidade. A pergunta que se faz é se o mesmo teria ocorrido se os afetados fossem apenas populações africanas sem essa capacidade política de se organizar. Hebert Daniel foi um exemplo de ativista que lutou por direitos, como ele bem colocou, na “qualidade de cidadão **perfeitamente vivo**” (DANIEL, 1989), ao expor as políticas demandadas aos portadores do vírus à época,

Entre a Aids-epidemia e o que se diz dela há uma enorme distância, ocupada por feroz batalha política onde o horror e o ridículo se dão as mãos numa curiosa ciranda. Enquanto bondosas e higiênicas criaturas pregam a quarentena e perseguem os aidéticos (DANIEL, 1989, p. 14).

Dada essa situação, Betinho, também ativista, declarou que, diante dessa situação, o mais trágico era que “muitas delas [pessoas afetadas] internalizam essa discriminação e morrem na clandestinidade, sem lutar pelos seus direitos mais elementares, como, por exemplo, o direito de morrer em paz” (BETINHO, 1987, p. 40). Ainda que o perfil dos portadores do vírus da aids no Brasil, notificado naquela época, fosse de classe média, assim como nos EUA, Betinho já expressava a preocupação que a epidemia atingisse as classes mais pobres: “o que acontecerá, infelizmente, se nós, num prazo muito curto, não tivermos condições de debelar a crise”.

Mas, ainda sobre a aids, somente em 1989 é que se iniciaram, de fato, eventos de conscientização, a partir do encontro de Montreal chamado *Opportunities for Solidarity*, conforme Galvão (2000), um evento que reuniu organizações de várias partes do mundo, em que a discussão que ganhou força foi a de que a aids afetava a todos, demonstrando ainda as distintas ações dos governos. Esse evento deu luz a uma mobilização mais efetiva, a partir de encontros anuais que questionavam e discutiam políticas públicas amplas para todos de enfrentamento da aids e davam maior visibilidade aos portadores do vírus HIV/Aids.

Voltando à discussão sobre como escolher a quem prestar atendimento, opção a ser feita em uma situação de emergência, deve-se ter por objetivo causar menos mortes possíveis. É preciso

considerar que prestar auxílio não é uma ação imparcial; pode ter uma motivação imparcial, um objetivo indiferente perante um panorama complicado e crítico, como apresentado no contexto do Ebola, mas esta ação não é imparcial, pois, mesmo podendo salvar vidas das pessoas que facilmente morreriam, a análise nos estudos humanitários se estende para além dos limites nacionais em que estão inseridos, e refere-se a um conjunto relativamente distinto de valores morais compartilhados, conforme defende Fassin (2010). Neste sentido, as tensões entre compaixão e repressão, como apresentado na decisão entre buscas ativas e no contexto do tratamento ofertado, além dos problemas colocados pela mobilização da empatia e não pelo reconhecimento dos direitos, os preconceitos em relação aos dominados e suas consequências quanto ao modo de tratá-los têm um alto grau de generalidade que os torna relevantes.

4.4 O fim do Ebola na Guiné: uma epidemia de exceções?

O Ebola, de fato, foi tratado sob um contexto de diversas exceções em meio às decisões que deveriam ser tomadas, dadas as circunstâncias nos quais a organização MSF trabalhava. Contudo, para Haufman e Au (2017), “exceção” não foi simplesmente uma descrição da situação, mas também o discurso que resultou em uma interpretação tanto normativa, para descrever uma situação, quanto performativa, ao organizar um regime de ação. As situações de exceção destacadas pela organização referem-se ao fatos de que, pela primeira vez desde seu surgimento, a organização nunca havia:

Perdido tantos pacientes para o Ebola: 2.547 morreram, um número catastróficamente alto que chocou as equipes da organização – mesmo na maioria das zonas de guerra não se fala na perda de tantos pacientes em um período de tempo tão curto; tivemos colegas de MSF que contraíram a doença: 28 foram infectados e 14 morreram tragicamente; rejeitou pacientes infectados com o Ebola, como aconteceu em nosso centro de atendimento superlotado em Monróvia; respondeu à febre hemorrágica viral numa escala tão grande em vários países simultaneamente – Ebola na Guiné, Serra Leoa, Libéria, Nigéria, Mali, Senegal, além de um surto de Ebola não relacionado com o citado na República Democrática do Congo e a ocorrência de Marburg em Uganda; se mobilizou contra uma epidemia que se propagou por uma área geográfica tão vasta e em centros urbanos densamente povoados; desviou recursos humanos de outros projetos de emergência em grande escala. Profissionais nacionais e internacionais realocados de sedes e de outros projetos de MSF no mundo representaram 213 encaminhamentos dos mais de 1.300 profissionais mobilizados para responder ao Ebola; abriu um centro de tratamento de Ebola com 250 leitos: antes desta epidemia, o maior centro que tivemos de construir para responder a uma epidemia de larga escala tinha 40 leitos; distribuiu cerca de 70 mil kits de desinfecção e proteção para 600 mil pessoas em Monróvia. Distribuiu medicamentos contra a malária para mais de 650 mil pessoas em Monróvia e 1,8 milhão em Freetown; construiu uma maternidade especializada para cuidar de mulheres grávidas com o vírus; empreendeu o maior esforço de transferência de conhecimento, com mais de 800 profissionais de MSF treinados no manejo do Ebola nas sedes, como também 250 pessoas de outras organizações como a Organização Mundial da Saúde, o Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC, na sigla em inglês), a International Medical Corps, a GOAL, a Save the Children, a Cruz Vermelha Francesa e outras. Outras centenas de pessoas foram treinadas in loco nos países afetados; iniciou ensaios clínicos de tratamentos experimentais e vacinas em meio a uma epidemia; dirigiu-se aos Estados-membros das Nações Unidas na Assembleia Geral da ONU, como fizemos em setembro de 2014, declarando que, coletivamente, estávamos perdendo a batalha contra o Ebola (MSF, 2015, p. 4).

Portanto, foram tomadas medidas extraordinárias justificadas por se tratar de uma ação emergencial, em que, como bem lembra Vérán (2013), “horas se contam em vida” (p. 1). De fato, o fim da epidemia só pôde ser declarado após 42 dias sem registro de novos casos, uma vez que o período de incubação²⁶ do vírus é de até 21 dias. O primeiro país a declarar o fim do Ebola foi Serra Leoa, em 15 de novembro de 2015; O segundo foi a Libéria, em 9 de maio de 2016 e, por fim, a Guiné, em 1º. de junho de 2016. O último caso registrado de infecção do vírus na Guiné foi o primeiro bebê recém-nascido a sobreviver do Ebola. A médica Marie-Claire Kolié (2015) relata que, no dia 23 de outubro de 2015, a mãe, Mamasta, foi admitida no CTE em estágio avançado de gravidez. Os testes mostraram que ela também tinha a doença, mas logo no início do tratamento, ela começou a sentir as dores do parto “*Durante o parto, Mamasta perdeu muito sangue. Todos os profissionais queriam desesperadamente que a mãe sobrevivesse, mas sua condição se deteriorou rapidamente após o nascimento*” (Kolié, 2015) e ela foi a óbito.

Kolié (2015) também declara que “*cuidar de um recém-nascido que não tinha condições de expressar sua dor foi difícil*”, mas relata que não desistiram, até que no dia 28 de novembro Nubia, a bebê, teve alta e voltou para sua família. O nome foi uma homenagem à primeira enfermeira que teve contato com a família da bebê, logo que Mamasta deu entrada no CTE, que se chamava Núbia Aguiar. Nas palavras da enfermeira (2015), “*A partida dela [mãe] foi muito triste. Ela era jovem, tinha até nos contado que tinha outros dois filhos em casa. Fizemos o possível por ela, mas, infelizmente, não foi suficiente*”. Aguiar relata sua reação ao saber do nome da criança:

“eles me disseram que a criança se chamaria Nubia, como eu; naquele momento, tudo o que eu consegui dizer foi um simples ‘obrigada’. Depois, soube que meu nome foi lembrado por eu ter sido a primeira estrangeira com quem uma das tias de Nubia teve contato. Imagino que essa foi a forma que eles encontraram de agradecer os cuidados que tivemos e ainda estamos tendo com os membros da família, ainda que tenhamos perdido a mãe da bebê” (Aguiar, 2015).

Este relato demonstra, também, uma aparente contradição frente a toda estigmatização enfrentada pela MSF desde o início do surto, quando a população demonstrava medo e respondia às ações da MSF até mesmo com violência. No dia em que foi declarado o fim do Ebola em toda África Ocidental, a presidente da organização foi a público e declarou que “*Hoje é um dia de celebração e alívio diante da notícia que essa epidemia finalmente terminou*” (LIU, 2016), mas, de acordo com Liu, ainda assim,

Todos precisamos aprender com essa experiência para melhorar a forma como responderemos a futuras epidemias e doenças negligenciadas. Essa resposta ao Ebola não foi limitada pela falta de recursos internacionais, mas, sim, pela falta de vontade política para enviar assistência rapidamente e ajudar as comunidades. As necessidades dos pacientes e comunidades afetadas precisam permanecer no coração de qualquer resposta e estar acima de interesses políticos (LIU, 2016).

Clerck considera também que:

²⁶ Encubação refere-se o período em que a pessoa foi infectada, mas ainda não apresentou nenhum sintoma.

Durante a epidemia, testemunhei como as comunidades foram destruídas. Inicialmente, a resposta da comunidade de saúde internacional esteve realmente paralisada pelo medo. Foi uma experiência horrível termos sido deixados por nossa conta, estando, constantemente, um passo atrás da epidemia. Mas nos deu muita força ver o quão dedicados os profissionais nacionais estavam e, felizmente, outros atores internacionais eventualmente se envolveram. Para a próxima epidemia, o mundo deve estar preparado para intervir muito mais rápida e eficientemente (CLERCK, 2016).

Não apenas a questão da desigualdade foi discutida em relação à ação da organização, mas também as aparentes contradições diante dos princípios (neutralidade, imparcialidade, independência e ética médica) preconizados que devem mover a prática da ação humanitária. Para Véran (2013), “a ação prática humanitária somente é possível mediante a suspensão temporária de um conjunto de representações e significados, que permite a irrupção de um denominador comum imediatamente operacional” (p. 1). Este denominador, para o autor, deve ser qualificado. Portanto, a organização deve pautar-se na ideia de que, em situações distintas, os princípios que regem e representam a organização, que criam significado na ação, devem ser suspensos ao se confrontarem com decisões dessa magnitude.

Além do mais, Véran (2013) lembra que os sentimentos de piedade (BOLTANSKI, 1999), bem como a compaixão (FASSIN, 2010), que funcionam como operadores políticos e suscitam nos outros, trabalhadores humanitários, o sentimento de agir, devem ser, e de fato são, distanciados do agente humanitário. Em sua experiência vivenciada no Haiti sobre o enfrentamento da cólera, depois do terremoto de 2010, Véran relata que “dentro do cotidiano da equipe MSF não havia nenhum debate normativo de princípio, nenhuma consideração ou transbordo humanista, nenhum ‘bom sentimento’; [...] se na distância o discurso é a modalidade atuante, ele desaparece na presença” (VÉRAN, 2013, p. 5). Para o autor, é fato que a prática humanitária está atrelada à uma irrupção de “comunidades de emoção” que decorrem de causas repentinas, como as diversas situações que foram vivenciadas no enfrentamento do Ebola. Como bem destaca Véran, com base nos estudos de Pierre Bourdieu (1980 *apud* VÉRAN, 2013), o senso prático não é confundido com a razão teórica. Para este autor, (1983) o *habitus* ou a estrutura externalizada de disposições e esquemas de percepções, pensamentos e ações se atualizam na prática e em situações específicas. A prática possibilita a ressignificação dos princípios, conceitos e padrões, sobretudo como se pode observar no estudo aqui apresentado, em situação de emergência quando valores como vida e morte estão em eminência e decisões práticas precisam ser tomadas.

Em uma autoavaliação publicada pela própria organização MSF, os autores consideraram que, por vezes, eles não tinham foco, devido à proporção e à rápida propagação geográfica do vírus em centros urbanos densamente povoados. Numa estratégia de reação, de controle dos danos, a atuação ia além da avaliação das necessidades de saúde identificadas e da capacidade de recursos:

Por vezes, tivemos a sensação de que estávamos tentando fazer tudo em todos os lugares. As dificuldades na organização de uma operação de evacuação médica eficiente, a luta contra a proibição de viagens imposta sem evidências científicas, procurar convencer as companhias aéreas, como a Brussels Airlines, a continuar os voos para a região, o treinamento de outras

organizações, administrando o medo e frequentemente a histeria da opinião pública em determinadas sociedades locais. Tudo isso desviava a atenção das necessidades cruciais em campo (MSF, 2015).

Os questionamentos posteriores surgiram de forma inevitável:

Considerando que os nossos recursos estavam além do limite, será que poderíamos ter adaptado nossa estratégia decidindo no que deveríamos nos concentrar em cada localidade, ou acabamos adotando uma estratégia de reação, de controle dos danos? Por exemplo, o que poderíamos ter feito mais para lidar com a profunda desconfiança da população na Guiné? E será que poderíamos ter dispendido maiores esforços, desde o início, em Serra Leoa? (MSF, 2015).

Medidas de exceção e sem precedentes culminaram em decisões pontuais que garantiram o fim da epidemia: diversos aprendizados, que vão desde a falta de preparação dos governos na resposta a grandes crises emergenciais, além da inércia de organizações que deveriam assumir a responsabilidade e o controle desde os primórdios do vírus, como a OMS. De fato, e como bem lembram Hafman e Au (2017), esta realidade e suas assimetrias de poder não podem, infelizmente, serem resolvidas somente pela inovação, por meio das avançadas tecnologias presentes, principalmente, nos países ocidentais, mas também é necessário que haja o verdadeiro compromisso de reestruturar os sistemas de saúde dos países, principalmente daqueles afetados pela epidemia. As decisões tomadas e as medidas realizadas forneceram apenas soluções parciais para contenção e expansão do vírus Ebola, mas acabaram por ignorar os problemas já apresentados anteriormente relacionados aos sistemas de saúde. Por isso, as revoluções que deveriam ser esperadas diante de uma crise apresentada como sem precedentes, portanto, excepcional, não aconteceram. Na eventualidade de uma nova epidemia, tal qual foi a do Ebola, os países africanos com sistemas de saúde e infraestrutura tão precária não poderão responder sozinhos fora do âmbito de mecanismos de ajuda tradicionais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi instigado pela admiração que sempre tive pelas ações da organização humanitária MSF, principalmente em situações de epidemia, quanto pela leitura inicial um tanto unidimensional e ingênua da transmissão de um vírus como do Ebola, de fácil e rápida transmissão e de alta letalidade. Mergulhar neste universo possibilitou-me compreender um pouco da complexidade desta realidade específica e iniciar-me nos campos de estudos da antropologia da saúde/doença e das práticas humanitárias.

O enfrentamento de epidemias, ao longo da história das sociedades ocidentais, demonstra as dificuldades materiais e simbólicas condizentes com os contextos sociais em questão e as particularidades de cada uma. No caso do Ebola na África, a ação da MSF foi fundamental desde a primeira vez que atuaram, em 2001, no Gabão. Treze anos depois, em 2014, a epidemia assolou sobretudo o continente africano, não tendo sido, portanto, a primeira vez que a MSF agiu para enfrentá-la, partindo de experiências anteriores com outros tipos de febres hemorrágicas. Tal experiência deu à organização maior conhecimento e mais autonomia para agir. Entretanto, toda situação de emergência traz circunstâncias, imponderáveis e dificuldades a serem enfrentadas que nenhum protocolo pode dar totalmente conta. O protocolo de enfrentamento das situações de emergências epidêmicas, elaborado a partir da experiência da organização MSF com outras febres hemorrágicas e no contexto do Ebola, não considerava as particularidades, como a própria demografia, que o surto na Guiné, bem como na Libéria e em Serra Leoa, viria a apresentar.

Discursos pautados em valores e práticas culturais de populações afetadas pelo vírus, a exemplo do ritual de sepultamento dos amigos e familiares, considerando-os como fator relevante no combate e no controle do Ebola, foram logo desmontados, uma vez que se sobressaía a preponderância de questões sociais e políticas na crise de 2014. Diversos atores foram impactados e tiveram que responder a um protocolo de ação para a região da Guiné, pautados em experiências de menores dimensões, tanto com relação ao número de infectados, como em quantidade e extensão de regiões atingidas. Os surtos anteriores, mesmo apresentando uma alta taxa de mortalidade, foram geograficamente limitados e não colocavam em risco toda a comunidade global. Por isso, ao se confrontar com regiões altamente povoadas, com fácil mobilidade entre as fronteiras e possibilidade de rápida expansão geográfica, a MSF foi obrigada a reconhecer seus limites e a reconsiderar sua ação, bem como a aplicação de seus princípios.

O ponto inicial desse trabalho referiu-se à discussão sobre a inércia dos governos e dos organismos internacionais; mesmo com a MSF indo a público para declarar suas limitações financeiras e estruturais em relação à demanda que o enfrentamento ao Ebola exigia, aqueles que tinham potencial financeiro e estrutural para agir faziam apenas promessas. O ponto central focou a discussão da precariedade da vida frente ao poder exercido pelos Estados, governos e diferentes organismos e organizações, colocando em questão a definição de quais vidas devem ser vividas. Não

que os atores nacionais e internacionais, inclusive a MSF, realizem algum tipo de ação que favoreça a morte ou a vida de uns em relação a outros, pois a ação humanitária já pressupõe uma desigualdade anterior e relações de injustiça e de desrespeito de direitos humanos que estão, justamente, na origem de sua criação. A ação humanitária implica, justamente, tais relações de desigualdade anteriores. O que o Ebola explicitou foi a dimensão desta desigualdade em situação de emergência frente a um vírus de fácil transmissão e de alta letalidade. Explicitou igualmente a falta de posicionamento ágil por parte de organismos internacionais, como a OMS, e de outros atores que não consideraram uma emergência (internacional) em razão das delimitações geográficas do surto. O sinal de alerta veio somente quando o vírus ultrapassou as fronteiras do continente africano e apontou para o possível alastramento e descontrole do risco. Foi quando dois profissionais ocidentais se infectaram com o Ebola, que a OMS se posicionou e tomou medidas para conter a disseminação do vírus. A precariedade da vida já fora demonstrada com quase mil africanos infectados, grande parte indo a óbito no período que antecedeu essa declaração. A própria OMS, como um organismo internacional, tem por objetivo central o desenvolvimento do nível de saúde, independente de localidade ou classe social. Assim, não caberia a eles o papel de organizar, estipular protocolos e agir imediatamente frente a uma epidemia? Mantiveram-se indiferentes ao caso, declarando até mesmo que se tratava de uma epidemia de febre hemorrágica como outra qualquer, mesmo diante das declarações de emergência da presidente Joanne Liu e dos demais profissionais da MSF, tais como diretores e coordenadores, que reconheciam as limitações da organização e a rápida disseminação do vírus.

As tensões e os impasses não se restringiram aos pedidos de ajuda a esses organismos internacionais, eles também estiveram presentes nas ações da MSF e durante seu processo de atuação. O objetivo de salvar vidas, central para a MSF, é confrontado com protocolos preestabelecidos e suscitava interpretações e discussões entre os profissionais e entre a população local, como foi possível observar nas falas dos profissionais sobre as estigmatizações e discriminações sofridas durante o processo de enfrentamento do vírus. Foram criados impasses também diante da falta de recursos humanos e materiais, como o próprio tratamento proposto que não garantia a cura dos infectados. As limitações iam desde questões estruturais, com alas de isolamento construídas de forma improvisada e precária, até atendimento insuficiente, devido à quantidade de pacientes que não recebiam a atenção que a doença exigia.

Neste contexto, como garantir a legitimidade das ações propostas por uma organização internacional que, apesar de sua boa vontade, fazia ressoar ações de biopolítica desde os tempos coloniais, de controle sobre os corpos, de testes e de experimentos de medicamentos e outros tratamentos? Ainda mais por se tratar de uma doença sem um tratamento específico para garantir a cura, que dependia da resposta imunológica de cada organismo infectado. O medo foi fator preponderante, tanto para os profissionais de saúde local, alguns chegando a abandonar pacientes em tratamento, para o Ebola ou para outras doenças, como para a população de forma geral. Os próprios

profissionais da MSF, muitas vezes assoberbados pelo desgaste físico e emocional, também reagiram ao medo e/ou à impotência.

O que, aos poucos, garantiu a legitimidade à ação da MSF para a população local não foram os protocolos estabelecidos, mas sim as experiências e as declarações de pessoas que haviam sido tratadas e foram consideradas curadas. Durante o processo, coube à MSF buscar não somente o tratamento biomédico, mas atender alguns desejos e vontades pessoais de cada paciente, a fim de humanizar a rudeza suscitada pelo Ebola, a iminência da morte, o sentimento de vulnerabilidade de cada um, as dificuldades cotidianas, a carência de recursos materiais e humanos e até mesmo a falta do toque diante da possibilidade de transmissão do vírus.

A exigência de proteção e as medidas de prevenção interferiam nos laços afetivos, nas relações pessoais e nas profissionais. A roupa de proteção que os profissionais deviam usar para evitar a exposição ao vírus limitava o atendimento e suscitava interpretações que relacionavam os profissionais a seres não humanos, astronautas ou, por parte das crianças, a super-heróis que, num misto de medo e esperança, podiam salvar vidas em perigo. Mas a experiência repetida dá sentido e traz confiança para ganhar terreno em relação a interpretações do mal, do sofrimento e da doença. O ritual do abraço a um paciente considerado curado que sai da ala de isolamento, além de expressar afeto e compaixão, reflete também, ao mesmo tempo, que o tratamento deu certo, reforçando, assim, a legitimidade das ações de tratamento e de prevenção e a própria organização.

Com relação à prevenção, outro ponto controverso foi a violência representada pelas buscas ativas e até mesmo internações compulsórias que a MSF e governos locais coordenaram durante o enfrentamento do Ebola. Se a política de contenção do vírus era necessária, dada sua rápida disseminação, a prática mostrou-se violenta nas buscas de pessoas supostamente infectadas, sem o devido cuidado e sem a escuta necessária da população, e na separação dos pacientes de seus familiares e internações em alas de isolamento.

Esse gerenciamento sobre a vida levou a organização a estabelecer limites sobre os rituais de passagem entre a vida e a morte, quando o preparo do corpo de ente falecido foi tratado como impróprio, pois era um ato de alto risco de infecção. Como não retirar a *dignidade* deste momento? Como não permitir que a biopolítica e o controle sobre os corpos retirassem o respeito às tradições e aos rituais funerários? Díficeis decisões que intensificam a tensão entre a razão - necessidade de determinar práticas para contenção da transmissão do vírus - e a emoção das práticas e rituais de separação e despedida.

Foram muitas as decisões difíceis a serem tomadas pela MSF diante do imperativo de salvar vidas, por vezes com aparente contradição frente à racionalização de seus princípios teóricos. Na prática, tais princípios tiveram que ser contextualizados, por exemplo, usar ou não medicamentos e tratamentos em fase experimental. Faltavam etapas de testagem, certezas empíricas e estatísticas confirmadas sobre os efeitos desses remédios e suas contraindicações, mas a emergência em salvar

vidas valia os riscos enfrentados. Questões morais, éticas e biomédicas eram cotejadas para as decisões e as condutas a serem tomadas. Como definir, em situação de emergência, o que é ético, se a única possibilidade de sobreviver era a aplicação de um medicamento ainda experimental? Como definir sua utilização, se os efeitos colaterais ainda não eram conhecidos? E se colocasse em risco até mesmo o tratamento protocolizado pela MSF que, aos poucos, garantia a cura de alguns pacientes? Quem seriam as “cobaias” desse experimento? Os atores em contexto tiveram que cotejar os argumentos favoráveis e desfavoráveis para a tomada de decisão, a ética em contexto. No caso do primeiro medicamento contra a aids, o AZT, grupos e coletivos organizados exigiram dos governos a liberação para voluntários, diante da ausência total de medicamentos e de tratamentos meramente paliativos. No caso do Ebola, as populações atingidas não tiveram voz para se manifestar ativamente, foram atores passivos deste contexto.

Muitas destas questões foram discutidas e consideradas, mas, dada as circunstâncias da epidemia e frente ao alto número de óbitos, tiveram que ser relativizadas. Após avaliações, a organização admitiu o uso de medicamentos que já haviam sido aplicados em humanos e cujos efeitos já eram minimamente conhecidos. No conjunto do material analisado, não encontrei referências se a decisão era discutida ou, pelo menos, informada ao paciente. Sabe-se, entretanto, que parte deles não tinha condição de decidir sobre os procedimentos ou as medidas da organização. Em termos éticos, as decisões sobre os corpos que sofrem devem ser tomadas por aqueles que buscam o alívio do sofrimento. Em situação de emergência, como a aqui estudada, as decisões são tomadas por aqueles que buscam livrar o sofrimento do outro sob os seus cuidados.

Daí algumas decisões questionáveis, como o pedido de ajuda a organismos militares, mesmo ferindo o princípio da independência, que, somado ao desconhecimento inicial, à desconfiança histórica a interferências externas, às buscas ativas e ao isolamento, interferiam na legitimidade das ações. As históricas conjunções na relação entre tais organismos e a prática humanitária explicitavam interesses conflituosos e divergentes de Estados e governos no controle dessas organizações, colocando em questão doações financeiras e os princípios de imparcialidade e de neutralidade no atendimento a todos, sem distinção de raça, credo, religião, nem mesmo questões ideológicas e políticas. Pode-se interpretar que, na realidade, o que estava sendo posto em prática era uma forma de denúncia quanto à inércia internacional, principalmente da OMS, que não agiu de acordo com a emergência da situação, a ponto de, até mesmo, considerar que militares deveriam agir. Uma denúncia à inércia através de um pedido de ajuda (HOFMAN; AU, 2017).

Outra decisão polêmica tomada foi atender também à Libéria, uma vez que o atendimento prestado em Serra Leoa e na Guiné já era considerado precário, devido à limitação de pessoas experientes, além da falta de recursos materiais e estruturais necessários. Porém, foi uma decisão que levou em consideração a situação de fronteira entre os três países, de fácil acesso, que, se não tratados concomitantemente, permitiria a disseminação do vírus rapidamente. Ao definir que iriam atender a

região da Monróvia, capital da Libéria, logo que tomaram o controle do CTE abandonado pela *Samaritan's Purse*, a MSF vivenciou talvez o seu maior desafio, o da falta de estrutura para atender a toda a demanda. Precisaram, neste momento, fechar as portas e fazer uma triagem para definir quem seria internado, e a decisão baseou-se no *equilíbrio* entre a gravidade do estado dos pacientes, ou seja, entre aqueles que precisavam de um tratamento paliativo, pois sabiam que logo iriam morrer, e aqueles que tinham uma chance de cura. Indubitável, porém, é a dificuldade em definir tal critério, baseado em que, no azar? Na sorte? Em dar chances iguais àqueles que estavam à beira da morte e àqueles ainda tinham saúde para enfrentar o vírus em seus organismos, minimizando, assim, a fragilidade do critério e a difícil decisão e responsabilidade de qualquer escolha feita, ou de qualquer critério selecionado. Minimizar também os riscos de atender a toda a demanda existente, o que, certamente, limitaria as chances de atendimento daqueles que já estavam internados. Na prática e no contexto descrito, o princípio da imparcialidade, pautado no atendimento a todos os necessitados de ajuda, teve que ser relativizado, uma vez que a própria estrutura da organização colocava os limites e o alcance de sua ação, levando à definição de critérios de escolha de atendimento e de tomada de decisão que, se não discriminava por credo, raça ou ideologia, dividia as chances de cura, igualmente, entre aqueles mais doentes e aqueles mais saudáveis, diante de uma realidade de carência e impossibilidade de salvar a vida de todos.

Por fim, após 42 dias sem nenhum novo caso registrado, foi declarado o fim da grande epidemia do Ebola. Passou-se dois anos de luta com diversas questões e difíceis decisões que acarretavam impasses, tensões e contradições, mesmo que aparentes, e dificultavam o trabalho da organização. Na avaliação da própria MSF, esse surto serviu para mostrar ao mundo as fragilidades de respostas para uma tragédia como essa. Além disso, a discussão refere-se à questão moral discutida por Fassin (2010), em que medidas como essas apenas fornecem soluções imediatas e parciais, mas a grande desigualdade que a ação humanitária revela demonstra que, em uma nova situação de emergência, nenhum desses três países estaria preparado para responder sozinho a uma situação semelhante.

6 REFERÊNCIAS

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da Doença e da Medicina**. Tradução de Laureano Pelegrin. Bauru: EDUSC, 2001.

ANTUNES, Francisco. **Ebola – da ignorância ao medo ou a maior crise aguda de saúde pública nos últimos 50 anos**. Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas. Vol. 11 Issue 1, p. 7-10, jan-abr 2015.

AUGÉ, Marc. **Le sens des autres. Actualité de l’anthropologie**. Paris, Fayard. 1994.

BANKS, Marcus. **Dados visuais para pesquisa qualitativa**. São Paulo, artmed, 2009.

BIEHL, João. **Antropologia entre o inesperado e o inacabado: entrevista com João Biehl**. Entrevista realizada por Patrice Schuch. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 22, n. 46, p. 389-423, jul./dez. 2016.

BOLTANSKI, Luc. **La souffrance à distance**. Paris, Ed: Folioessais, 1993.

BOURDIEU, Pierre. **Esquisse d’une théorie de la pratique**, 1972, p. 162-189. Disponível em Sociologia. Organizador [da coletânea] Renato Ortiz, [tradução de Paula Montero e Alícia Auzmendi]. São Paulo. Ática, 1983.

BUCHILLET, Dominique. **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Pará. Edição Cejup, 1992.

BUTLER, Judith. **Vida precária: el poder del duelo y la violencia**. Buenos Aires, Paidós, 2009.

_____. **Vida precária**. Contemporânea - Revista de Sociologia da UFSCar 2011; 1:13-33.

_____. **Corpos em alianças e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

CALAIN, Philippe; PONCIN, Marc. **Reaching out to Ebola victims: Coercion, persuasion or an appeal for self-sacrifice?**. Soc Sci Med. 147:126–133. pmid:26561947, 2015.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Outbreaks Chronology: Ebola Virus Disease**. 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/history/chronology.html> Acesso em: 27 de outubro de 2017.

_____. **What is Ebola Virus Disease?**. 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/about.html>. Acesso em: 27 de Outubro de 2017.

_____. **Transmission**. 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/transmission/index.html>. Acesso em: 27 de outubro de 2017.

_____. **Signs and Symptoms.** 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/transmission/index.html>. Acesso em: 27 de outubro de 2017.

_____. **Treatment.** 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/treatment/index.html>. Acesso em: 27 de outubro de 2017.

COMITE INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA (CICV), **XXVI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA E DO CRESCENTE VERMELHO**, Genebra, 3-7 de Dezembro de 1995, Resolução 1, Direito internacional humanitário: o direito à acção; Relatório sobre o seguimento da Conferência Internacional para a Protecção das Vítimas da Guerra, RICV, nº 133, 1996. Disponível em www.cicr.org/spa, secção “Recursos Informativos”, subsecção “Revista Internacional”.

DANIEL, Hebert. **Vida antes da morte.** Rio de Janeiro. Editora Tipografia Jaboti, 1989.

DE SOUZA, Herbert. **Direitos Humanos e.** São Paulo. Editora brasiliense, 1989.

DUARTE, Andre de Macedo. **De Michel Foucault a Giorgio Agamben: a trajetória do conceito de biopolítica.** Fenomenologia Hoje III - Bioética, biotecnologia, biopolítica, Porto Alegre, 2008.

DUNANT, Henry. **A Memory of Solferino, ICRC,** Geneva, 1986 (original, Edição Francesa, 1862).

FASSIN, Didier. **La Raison Humanitaire: une histoire morale du temps présent,** Paris, Le Seuil, 2010.

_____. **Compaixão e Repressão: A Economia Moral das Políticas de Imigração na França,** Tradução Gleicy Maily da Silva e Pedro Lopes. São Paulo, v. 15, p. 1-22, 2014. Ponto Urbe, 2005.

_____. “Uma trajetória antropológica: entrevista com Didier Fassin”. JAIME, Pedro; LIMA, Ari.. *Horizontes Antropológicos*, 17(36):257-279, 2011.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979

_____. **História da Sexualidade II: o uso dos prazeres.** Rio de Janeiro, Graal, (1984)

GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia.** Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo. Editora 34, 2000.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

HISAMOTO, B. H. T. **A prática humanitária em situações de conflito no pós-Guerra Fria: os dilemas da politização e os desafios da neutralidade** (Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo). 2012.

HOFMAN, Michiel; AU, Sokhieng. **The politics of fear: Médecins Sans Frontières and the west African Ebola epidemic**. Oxford, EUA. 2017.

LATOURE, Bruno. **Reagregando o social: uma introdução à teoria do ator-rede**. Salvador: EDUFBA-Edusc; 2012

LOPES, Gills Vilas; DUNDA, Fabiola F. E. **O risco da contaminação global: o combate à epidemia de Ebola na África como vetor de cooperação internacional**. RECIIS – Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde, Pernambuco, 2015

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS – MSF. **Luta contra o Ebola**. Disponível em: <http://www.msf.org.br/o-que-fazemos/atividades-medicas/ebola>. Consultado em 25 de março de 2016.

_____. **BRAMU - Unidade Médica no Brasil**. Disponível em: <http://www.msf.org.br/unidade-medica-no-brasil>. Consultado em 10 de Abril de 2016

_____. **Carta de Princípios**. Disponível em: <http://www.msf.org.br/principios>. Consultado em 20 de Maio de 2017

MINN, Pierre. **Toward an Anthropology of Humanitarianism**. Departamentos de Antropologia e Estudos Sociais da Medicina Universidade de McGill. Montreal, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Editora HUCITEC-ABRASCO. Rio de Janeiro, 1993.

NUNES, Eva Solange Cordeiro. **Doença Causada pelo Vírus Ebola: Epidemiologia, Patogênese, Tratamento e Prevenção**. 2016. 93 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Ciências Farmacêuticas, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Almada, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Ebola vírus disease**. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/>. Consultado em 07 de Novembro de 2017.

_____. **Uma verdade universal: não há saúde sem profissionais**. Terceiro Fórum Global sobre Recursos Humanos para a Saúde, Recife, 2013.

PANDOLFI, Mariella. **“Moral Entrepreneurs”, souverainetés mouvantes et barbelés: Le bio-politique dans les Balkans postcommunistes**. Anthropologie et sociétés, Politiques jeux d’espaces. Volume 26, numéro 1, 2002. Disponível em: <https://www.erudit.org/fr/revues/as/2002-v26-n1-as472/000701ar.pdf>

ROSE, Nikolas; RABINOW, Paul. **O conceito de biopoder hoje**. Rev. Cienc. Soc., v.1, n.2, p.27-57, 2006.

SEGATA, Jean. **A doença socialista e o mosquito dos pobres**. Iluminuras, Porto Alegre, v. 17, n. 42, p. 372-389, ago/dez, 2016.

THE WORLD FACTBOOK. **Guinea**, 2017. Disponível em: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/sl.html>. Consultado em 22 de março de 2018.

THOMAS, Omar Ribeiro. **O terremoto no Haiti, o mundo dos brancos e o lougawou**. Novos Estudos Cebrap. São Paulo: Cebrap, n° 86: 23-50, 2010.

USAID. **Avaluation of the USAID/OFDA Ebola Virus Disease Outbreak Response in West Africa 2014-2016**. 2018. Disponível em: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00SSC3.pdf. Acesso em 03 de março de 2018.

VAN GENNEP, Arnold. **Os ritos de passagem**. Petrópoles: Editora Vozes LTDA, 1978.

VÉLAN, Jean-François. **O sofrimento em presença, antropologia e ação humanitária**, 37° Encontro Anual da ANPOCS. ST30. Sociologia e antropologia da moral, 2013.

7 FONTES DE PESQUISA

AGUIAR, Nubia. **Na Guiné, uma homenagem com letra maiúscula**. MSF: Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.msf.org.br/noticias/na-guine-uma-homenagem-com-letra-maiuscula>. Acesso em 3 de maio de 2017

ALEXI. **Ebola: suporte psicossocial é essencial para responder à epidemia em Guéckédou, na Guiné**. MSF: Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.msf.org.br/noticias/ebola-suporte-psicossocial-e-essencial-para-responder-epidemia-em-gueckedou-na-guine>. Acesso em 2 de maio de 2017.

ALPHA, Conde. **Manifestação de apreço pelo apoio prestado pela OMS na resposta ao Ébola pelo Professor Alpha Conde, Presidente da Guiné**. Genébra, sede da OMS, 2014.

BARTSCH, Julia. **A morte com nome e sobrenome**. MSF: Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.msf.org.br/diarios-de-bordo/morte-com-nome-e-sobrenome>. Acesso em 2 de maio de 2017.

CASAER, Peter. **Affliction: O Ebola na África Ocidental**. Bélgica, 2015. 51 min.

CLERCK, Hilde de. **Guinea: “For some, Ebola is akin to magic”**. MSF: Genébra, 2014. Disponível em: <http://www.msf.org/en/article/guinea-%E2%80%9Csome-ebola-akin-magic%E2%80%9D>. Acesso em 2 de maio de 2017.

DE LA VIGNE, Brice. **Ebola: MSF response to the WHO new Ebola roadmap**. MSF: Genébra, 2014. Disponível em: <http://www.msf.org/en/article/ebola-msf-response-who-new-ebola-roadmap>. Acesso em 2 de maio de 2017.

DRAGEZ, Bertrand. **Treatments and vaccines could help bring outbreak under control**. MSF: Genebra, 2014. Disponível em: <https://www.msf.org/ebola-treatments-and-vaccines-could-help-bring-outbreak-under-control>. Acesso em 3 de maio de 2014

ENCINAS, Luis. **Guinea: “Don’t leave them alone”**. MSF: Genébra, 2014. Disponível em: <http://www.msf.org/en/article/guinea-don%E2%80%99t-leave-them-alone>. Acesso em 2 de maio de 2017.

JANSSENS, Bart. **Aumentam número de casos de ebola na África**. MSF: Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://internacional.estadao.com.br/noticias/geral,aumentam-numero-de-casos-de-ebola-na-africa,1516975>. Acesso em 2 de maio de 2017.

_____. **Ebola: Official MSF response to the WHO declaring Ebola na international public health emergency**, MSF: Genébra, 2014. Disponível em:

<http://www.msf.org/en/article/ebola-official-msf-response-who-declaring-ebola-international-public-health-emergency>. Acesso em 2 de maio de 2017.

KALAHNE, Kamiliny. **Guinea: An MSF epidemiologist explains the dangerous nature of Ebola**. MSF: Genébra, 2014. Disponível em: <http://www.msf.org/en/article/guinea-msf-epidemiologist-explains-dangerous-nature-ebola>. Acesso em 2 de maio de 2017.

KOLIÉ, Marie-Claire. **Ebola: cuidando da “rainha Nubia”**. MSF: Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.msf.org.br/noticias/ebola-cuidando-da-rainha-nubia>. Acesso em 2 de maio de 2017.

LEVEL, Reine. **Ebola: suporte psicossocial é essencial para responder à epidemia em Guéckédou, na Guiné**. MSF: Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.msf.org.br/noticias/ebola-suporte-psicossocial-e-essencial-para-responder-epidemia-em-gueckedou-na-guine>. Acesso em 2 de maio de 2017.

LEITÃO, Marcos. **Entrevista realizada pela própria organização e publicada na plataforma online facebook**, no dia 22 de agosto de 2018. Acesso em 22 de agosto de 2018.

LIU, Joanne. **Novas estratégias e mais capacidade prática são necessárias para barrar a epidemia do Ebola. Coletiva organizada pela “Associação dos Correspondentes da ONU”**, MSF: Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.msf.org.br/noticias/novas-estrategias-e-mais-capacidade-pratica-sao-necessarias-para-barrar-epidemia-de-ebola>. Acesso em 2 de maio de 2017.

_____. **MSF International President United Nations Special Briefing on Ebola**. MSF: Genébra, 2014. Disponível em: <http://www.msf.org/en/article/msf-international-president-united-nations-special-briefing-ebola>. Acesso em 2 de maio de 2017.

_____. **A resposta permanece totalmente, e lentamente, inadequada. Discurso na Conferência da ONU**. MSF: Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.msf.org.br/noticias/presidente-internacional-de-msf-faz-discurso-durante-conferencia-sobre-ebola>. Acesso em 2 de maio de 2017.

_____. **Ebola: Presidente Internacional de Médicos Sem Fronteiras fala durante Assembleia Geral das Nações Unidas**. MSF: Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.msf.org.br/noticias/ebola-presidente-internacional-de-medicos-sem-fronteiras-fala-durante-assembleia-geral-das>. Acesso em 2 de maio de 2017.

_____. **Presidente internacional de MSF faz discurso durante conferência sobre Ebola. Discurso na Conferência Sobre Ebola organizada pela Comissão Europeia**. MSF: Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.msf.org.br/noticias/presidente-internacional-de-msf-faz-discurso-durante-conferencia-sobre-ebola>. Acesso em 02 de maio de 2017.

_____. **Presidente internacional de MSF faz discurso sobre resposta global ao Ebola no Fórum Global de Parceiros da Fundação Bill & Melinda Gates. Discurso no Fórum Global de Parceiros da Fundação Bill & Melinda Gates**, MSF: Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.msf.org.br/noticias/presidente-internacional-de-msf-faz-discurso-sobre-resposta-global-ao-ebola-no-forum-global>. Acesso em 2 de maio de 2017.

LUGLI, Mariano. **“There is a lot to do in a very short time” to contain Ebola**. MSF: Genève, 2014. Disponível em: <http://www.msf.org/en/article/guinea-there-lot-do-very-short-time-contain-ebola>. Acesso em 2 de maio de 2017.

MENCA, Maria Cristina. **Ebola: “To create awareness among a population, you must listen”**. MSF: Genebra, 2015. Disponível em: <http://www.msf.org/en/article/ebola-%E2%80%9Ccreate-awareness-among-population-you-must-listen%E2%80%9D>. Acesso em 2 de maio de 2017.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). **Ebola: pressão além do limite**. MSF: Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.msf.org.br/noticias/ebola-pressao-alem-do-limite>. Acesso em 3 de maio de 2017.

NAIMAH, Jackson K. P. **“Não posso ficar de lado, assistindo meu povo morrer”**. Discurso na sessão do Conselho de Segurança das Nações Unidas. MSF: Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.msf.org.br/noticias/nao-posso-ficar-de-lado-assistindo-meu-povo-morrer>. Acesso em 3 de maio de 2017.

NIERLE, Thomas; JOCHUM, Bruno. **The failures of the international outbreak response**, MSF: Genève, 2014. Disponível em: <https://www.msf.org/ebola-failures-international-outbreak-response>. Acesso em 2 de maio de 2017.

OBERREIT, Jerome. **MSF’s address to the UN Special Session of the Executive Board on the Ebola response**. Discurso realizado na Sessão Especial das Nações Unidas. MSF: Genève, 2015. Disponível em: <http://www.msf.org/en/article/msfs-address-un-special-session-executive-board-ebola-response>. Acesso em 2 de maio de 2017.

PIGUET, Pascal. **Logístico de MSF em Guéckédou, na Guiné: “Faço dos sonhos do pessoal médico uma realidade**. MSF: Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.msf.org.br/noticias/logistico-de-msf-em-gueckedou-na-guine-faco-dos-sonhos-do-pessoal-medico-uma-realidade>. Acesso em 2 de maio de 2017.

REIS, Paulo. **Epidemia de Ebola: médico brasileiro fala sobre sua experiência com a doença**. MSF: Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.msf.org.br/noticias/epidemia-de-ebola-medico-brasileiro-fala-sobre-sua-experiencia-com-doenca>. Consultado em 10 de novembro de 2017.

SOEIRO, Raquel Esteves. **Primeira experiência com Ebola**. Em diário de bordo, MSF: Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.msf.org.br/diarios-de-bordo/primeira-experiencia-com-ebola>. Acesso em 2 de maio de 2017.

_____. **A alegria de dar alta a um paciente de Ebola**. Em diário de bordo, MSF: Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.msf.org.br/diarios-de-bordo/alegria-de-dar-alta-um-paciente-de-ebola>. Acesso em 2 de maio de 2017.

_____. **A emoção de poder abraçar paciente curada de Ebola**. Em diário de bordo, MSF: Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.msf.org.br/diarios-de-bordo/emocao-de-poder-abracar-paciente-curada-de-ebola>. Acesso em 2 de maio de 2017.

SPRECHER, Armand G. et. al. **Personal Protective Equipment for Filovirus Epidemics: A Call for Better Evidence**, *The Journal of Infectious Diseases*, Volume 212, Issue suppl_2, 1, Pages S98–S100, 2015.

_____. **Ebola: How does MSF care for patients suffering from Ebola?**. MSF: Genève, 2015. Disponível em: <http://www.msf.org/en/article/ebola-how-does-msf-care-patients-suffering-ebola>. Acesso em 2 de maio de 2017.

_____. **Ebola treatment: interview with Dr Armand Sprecher**. MSF doctor specialised in hemorrhagic fevers. MSF: Geneva, 2015. Disponível em: <https://www.msf.org/ebola-treatment-interview-dr-armand-sprecher-msf-doctor-specialised-hemorrhagic-fevers>. Acesso em 3 de maio de 2017.

STERK, Esther. **Guinea: “There is no treatment and no vaccine for Ebola. The priority is to isolate suspected cases”**, MSF: Geneva, 2014. Disponível em: <http://www.msf.org/en/article/guinea-%E2%80%9Cthere-no-treatment-and-no-vaccine-ebola-priority-isolate-suspected-cases%E2%80%9D>. Acesso em 2 de maio de 2017.

SOFIATOU, nome fictício. **Ebola na Guiné: “Os doentes sabem que sobrevivi à doença, e confiam mais em mim do que em seus cuidadores”**. MSF: Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.msf.org.br/noticias/ebola-na-guine-os-doentes-sabem-que-sobrevivi-doenca-e-confiam-mais-em-mim-do-que-em-seus>. Acesso em 2 de maio de 2017.

VAN HERP, Michel. **Exclusive: A Médecins Sans Frontières specialist on how the unprecedented spread of the Ebola virus in West Africa makes the work of medics tougher than ever**. MSF: Geneva, 2014. Disponível em: <https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/exclusive-a-m-decins-sans-fronti-res-specialist-on-how-the-unprecedented-spread-of-the-ebola-virus-9256670.html>. Acesso em 2 de maio de 2017.

_____. **“For some, Ebola is akin to magic”**. MSF: Geneva, 2014. Disponível em: <https://www.msf.org/guinea-some-ebola-akin-magic>. Acesso em 2 de maio de 2017.