



Physis: Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

ISSN: 1809-4481

IMS-UERJ

Ferreira, João Paulo; Melo, Cristiane Vilma de
"É difícil temer aquilo que não podemos ver": o trabalho representacional
da Covid-19 e a pedagogia do medo entre vírus e animações
Physis: Revista de Saúde Coletiva, vol. 32, núm. 2, 2022, pp. 1-25
IMS-UERJ

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320206>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400874200007>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais informações do artigo
- ▶ Site da revista em [redalyc.org](https://www.redalyc.org)



Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

“É difícil temer aquilo que não podemos ver”: o trabalho representacional da Covid-19 e a pedagogia do medo entre vírus e animações

I¹ João Paulo Ferreira, ² Cristiane Vilma de Melo I

Resumo: A mais recente pandemia, caracterizada como SARS-CoV-2, se insere em uma linhagem conhecida de patógenos virais que podem desencadear infecções respiratórias severas. Em que pese a importância de se avançar no conhecimento biomédico como forma de garantir o tratamento e a eficácia na suposta erradicação da doença, não é menos urgente refletir acerca das circunstâncias sociais que modelam essa nova situação epidemiológica. Este ensaio analisa como as representações sobre e contágio e morte imbricadas na díade saúde-doença, como fenômenos tradicionais, se revestiram de proposições morais, particularmente entre os meses de janeiro e março de 2020, quando as definições de surto, epidemia e pandemia se tornaram inextricavelmente misturadas. Naquele contexto, e a partir da criação de um tipo de dispositivo de saúde animado por imperativos afeitos à forma mais mortal da doença, a Covid-19 ganhou materialidade. Constituído na confluência de concepções étnico-racializantes, este dispositivo pedagogizou as primeiras imagens da doença, sedimentadas em uma gramática altamente visual e linguística afeitas a um medo coletivo. Examinamos que o trabalho de recepção, nomeação e enquadramento da Covid-19 dependeu de regimes de visibilidade condicionados por processos tradicionais, relativos à materialização e animação do vírus enquanto uma ameaça não só epidemiológica e social, mas política e moral.

► **Palavras-chave:** Sociologia da ciência. Covid-19. Coronavírus. Biopolítica. Saúde. Educação.

¹ Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo-SP, Brasil (joaopauloferreira@outlook.com). ORCID: 0000-0003-0115-9032

² Universidade Federal de São Carlos. São Carlos-SP, Brasil (crismadden77@gmail.com). ORCID: 0000-0003-2981-3155

Recebido em: 10/07/2020
Revisado em: 21/04/2021
Aprovado em: 09/07/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320206>

Introdução

Fique em casa se ficar doente. Consulte-se com um médico. Use um banheiro separado das pessoas com quem você mora. Prepare-se para fechar as escolas e trabalhar em casa. Essas são medidas que o Centro de Controle e Prevenção de Doenças recomendou para retardar um surto de coronavírus nos Estados Unidos.

“Avoiding coronavirus may be a luxury some workers can’t afford”.
New York Times”, Nova York, 1 de março de 2020.

O excerto acima ilustra o pré-contexto de reconhecimento público do surto de coronavírus nos Estados Unidos, que se deu majoritariamente no mês de março de 2020, quando o total de casos confirmados por teste, no mundo, passou dos 500 mil (OMS, 2020a; 2020b). Coronavírus correspondem a uma classe de RNA vírus que pode levar a infecções respiratórias e, em alguns casos, também a problemas neurológicos e psicossomáticos (CAO *et al.*, 2020). Nesta classificação, apenas sete se desenvolvem como patógenos em humanos (FEHR; PERLMAN, 2015). Em décadas recentes, os dois mais conhecidos provocaram epidemias altamente virulentas, as quais foram caracterizadas pela síndrome respiratória aguda grave (SRAG) (LANA *et al.*, 2020). O novo vírus, descrito como SARS-CoV-2, é responsável por causar a Covid-19 – uma doença que acomete principalmente os pulmões e pela qual, em quadros graves, pode provocar inflamações crônicas à membrana que reveste os alvéolos pulmonares (ROSER *et al.*, 2020).

Uma linha do tempo provisória permite esboçar uma genealogia da doença nos três primeiros meses de 2020. Inicialmente, o SARS-CoV-2 foi detectado em 31 de dezembro de 2019, na cidade chinesa de Wuhan. A OMS reconheceu o novo coronavírus em 9 de janeiro de 2020, e declarou emergência internacional (PHEIC) em 30 de janeiro (OMS, 2020a; 2020b). Nos dias 16 e 21 do mesmo mês, o Japão e os Estados Unidos notificaram seus primeiros casos, respectivamente. Países como Alemanha, Austrália, Canadá e Itália já haviam reportado novos casos (OMS, 2020b; EUROPEAN CENTRE..., 2020). Os primeiros casos confirmados na América Latina datam de fins de fevereiro. No Brasil, o primeiro caso foi confirmado pelo Ministério da Saúde em 26 de fevereiro – tratava-se de um homem de 61 anos, residente em São Paulo, e que havia retornado ao país após uma viagem de duas semanas para

a Itália. As primeiras mortes, na Europa, aconteceram no final de fevereiro, e a Itália se tornou o epicentro da progressão de novos casos infectados e mortes em março (EUROPEAN CENTRE..., 2020). No dia 22 de fevereiro, os EUA já concentravam 15 casos confirmados, e nenhuma morte. No final do mês de março, contudo, houve um aumento da incidência e prevalência de casos, resultando em taxas crescentes de morte em vários países. A OMS, no dia 11 de março, classificou o novo coronavírus como uma pandemia. No Brasil, até o dia 26 de março, as secretarias estaduais de Saúde confirmavam 2.988 casos, enquanto o Ministério da Saúde confirmava 2.915 casos, ambos com 77 mortes contabilizadas. Na Itália, o número de infectados chegou a 81.589, quase superando a China (81.782), com 8.215 mortos, no mesmo período. Os EUA, a partir de 26 de março, se tornou o país com o maior número de casos confirmados no mundo, totalizando 82.404 (EUROPEAN CENTRE..., 2020).

De fins de fevereiro a março, em países da Ásia, América do Norte e Oceania, assim como em países situados nas porções central e norte da Europa e em parte da América Latina, a constatação de uma epidemia já era praticamente certa, embora não simultânea. A despeito disso, as respostas que os surtos locais suscitaram, maiormente após as confirmações de transmissão comunitária no mês de fevereiro e do subsequente incremento da incidência de novos casos em março, compreendem estratégias heterogêneas focalizadas em uma questão epidemiológica / sanitária comum.

Enquanto alguns países reconheceram um provável panorama de surto e suas implicações sociais, econômicas e políticas, outros se basearam em uma “política de mitigação de casos” – propositalmente ou não, em decorrência da produção ineficiente de testes em larga escala e, portanto, pela baixa testagem da população. Do mesmo modo, a passagem de surto à epidemia transcorreu em intervalos curtos de tempo, com uma alta prevalência de populações infectadas em diferentes regiões. Neste aspecto, a condição volátil e dinâmica que a doença adquiriu do ponto de vista demográfico e epidemiológico, esteve imbricada em uma correlação tênue (e mais ou menos híbrida) formada entre as definições de *surto* e *epidemia*. Assim, o aumento inesperado do número de casos de Covid-19 em uma determinada região – característica de uma definição para *surto* – foi praticamente simultâneo ao reconhecimento de novos casos em outras regiões, o que situa também, por outro lado, um cenário para uma *epidemia* local.

Consideramos que ambas as definições, contudo, foram justapostas a duas emergências sanitárias simultâneas à época: (i) a necessidade de caracterização

da proveniência do vírus; (ii) e sua marcação a políticas internacionais voltadas à educação e conscientização em saúde baseadas em um medo e pânico moral coletivos. Estes últimos, sistematicamente emulados por representações de contágio e morte sedimentadas em uma ameaça comum provocada por um “agente patológico” em um “outro infectado” com origens não euro-americanas. O “medo”, portanto, é balizado como categoria analítica para descrever um sentimento coletivo de vulnerabilidade e suscetibilidade à morte, e é clivado por estratégias globais de definição, constituição e representação da Covid-19 como uma ameaça epidemiológica. O pânico revela os efeitos dessas estratégias, na medida em que é aplicado à maneira pela qual as sociedades definiram políticas de quarentena, contenção de fluxo externo e interno de pessoas, distribuição de alimentos, racionamento de insumos hospitalares, entre outras.

Partindo de uma análise exploratória e interessada em compreender sociologicamente as representações difundidas a partir de discursos epidemiológicos e sanitários, em diálogo com as respostas dadas por autoridades de saúde em meio à constituição da pandemia, este ensaio explora as questões macro-(bio)políticas em torno da Covid-19. Em primeiro lugar, nos basearemos em uma análise que lide com o termo Covid-19, e menos com o termo coronavírus. E isto requer uma explicação. Pela escolha do termo Covid-19, o compreendemos como mais adequado, pois o mesmo sutura os efeitos (bio)políticos de prevalência da nova síndrome respiratória, cuja acepção se cristalizou em representações já associadas a uma gramática mortal que concebia um tipo de pânico social no mês de março.

Sugerimos que o pânico social, que levou inclusive a uma espécie de “coalizão” nas estratégias de saúde com as quais alguns países vinham monitorando e quantificando os casos novos e antigos, é organizado por representações tácitas sobre contágio e morte. Estas representações, desde a primeira onda de mortes provocada pelo vírus – entre fevereiro e março –, pedagogizaram um novo *momento (bio)político*, em meio a narrativas profiláticas e epidemiológicas. Isto é, quando a doença se apresentava em estágio avançado, uma vez que os testes, devido à baixa disponibilização, foram priorizados em pacientes hospitalizados e com comprometimento pulmonar severo, usualmente realizados após a morte.

Em termos sociológicos, conquanto a doença esteja caracterizada como uma pandemia contemporânea, as representações que ela sutura se assentam em discussões já consolidadas nos campos da história e sociologia da ciência. De tal modo, evitaremos

a precipitada inferência de que a doença constituiu uma “*nova* biopolítica”, quer seja porque esta afirmação dependeria de elementos vindouros (em termos políticos, sociais e históricos), ou porque seus enquadramentos e signos reiteram permanências e continuidades com epidemias passadas – o que buscaremos demonstrar no tópico seguinte, a partir de uma digressão breve e atenta às representações sobre contágio e morte. Dessa maneira, empregaremos o termo “*momento* biopolítico” em vez de “*nova* biopolítica”, a fim de problematizar estas permanências e continuidades.

Este ensaio, de modo não-ordenado ou cronológico, analisa como as representações sobre contágio e morte imbricadas na díade saúde-doença (apontadas pelo crescimento proporcional de novas infecções e óbitos no mês de março, e pelo estabelecimento de uma profilaxia comum e seus grupos de risco) revelam – ainda que parcialmente – em que medida este momento biopolítico unificou diretrizes internacionais (como estratégias de isolamento social e quarentena), sanitizadas por representações alinhadas a um tipo de *dispositivo de saúde*. Constituído na confluência de concepções étnico-racializantes, sugerimos que este dispositivo formou as primeiras imagens visuais e linguísticas da Covid-19, sob a insígnia de uma política global voltada à representação da doença e à conscientização por meio de estratégias de contenção de novas infecções. Examinamos, por fim, que o trabalho de recepção, nomeação e enquadramento da Covid-19 dependeu de regimes de visibilidade condicionados por processos estigmatizantes e patologizantes já estabelecidos, relativos à materialização e animação do vírus enquanto uma ameaça não só epidemiológica e social, mas política e moral.

Representações de contágio e morte: animando doenças e epidemias

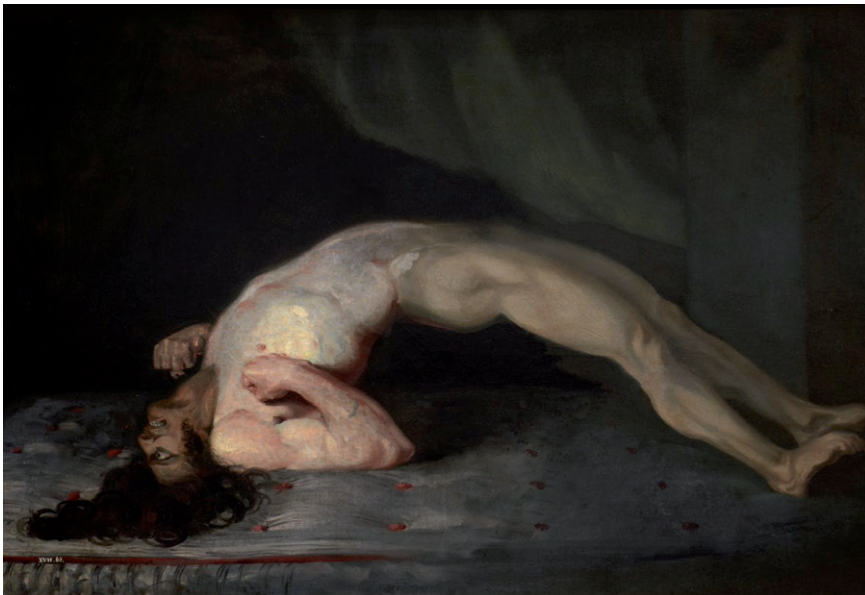
O poder da ilustração ajuda as massas a entender o que está acontecendo. E auxilia a explicar a biologia por trás disso. Você não pode vê-lo a olho nu; portanto, como pai, posso dizer que quando mostro aos meus filhos fotos desses germes, isso ajuda-os a lembrar de lavar as mãos e talvez não tocar nas coisas e colocar os dedos na boca. Bill Sullivan, professor e pesquisador da Indiana University School of Medicine. “*Art goes viral: representations of disease-causing microbes help raise awareness*”, *The Herald-Times*, 15 de março de 2020.

Usamos cor e contraste para ajudar a distinguir as estruturas, enfatizar e ajudar a melhorar a resposta emocional, a fim de demonstrar a gravidade do vírus e a situação. Alissa Eckert, ilustradora médica do Centers for Disease Control, dos EUA, e co-criadora da primeira imagem digital da Covid-19. “*Art goes viral: representations of disease-causing microbes help raise awareness*”, *The Herald-Times*, 15 de março de 2020.

Muitas obras entre os séculos XIX e XX, da medicina às artes plásticas, lidaram com as representações imagéticas sobre contágio e morte provocadas por doenças e epidemias (PARK, 1998; SNYDER, 1998; GINZBURG, 1998; GILMAN, 1985). Quer seja para representar características fisiopatológicas, ou para produzir imagens pedagogizantes afeitas às noções de risco e perigo, as obras continuamente se voltaram ao recurso da animação em suas composições.

As doenças infecciosas são há muito tempo reconhecidas em cenários de guerra e de desastres naturais. E as apostas de reconhecimento das infecções sempre foram altas, pois admitir a presença de uma doença mortal desconhecida seria equivalente, em alguns contextos, à cessão de licença para uma presumida dissolução social. Para aquelas pessoas que mal escapavam da morte nas calamidades da antiguidade, fugindo com o que parecia ser uma lesão leve, a agonia de uma ferida gangrenosa ou espasmos musculares convulsivos e violentos causaria um golpe final iminente. Durante séculos, uma temida complicação originada por uma bolha inocente ou um ferimento de bala foi o tétano intratável, causado pela bactéria *Clostridium tetani*. Um exemplo do século XIX é a tela *Tetanus Following Gunshot Wounds* – pintura expressionista de 1809, e parte da vida-obra do cirurgião e pintor escocês Charles Bell (figura 1).

Figura 1. Tetanus Following Gunshot Wounds. Charles Bell. The Royal College of Surgeons of Edinburgh. 1809.



O horror e a angústia causados pela bactéria são projetados na pintura de Bell, setenta e cinco anos antes da primeira descrição científica do termo – descrito por Arthur Nicolaier em 1884 –, na qual o artista ilustra um soldado agonizando por complicações decorrentes de tétano. Em 1809, com o objetivo de estudar ferimentos a bala, Bell se ofereceu para operar soldados testados na Batalha da Corunha, uma das muitas na longa saga das Guerras Napoleônicas. Mais tarde, ele descreveria sua experiência como totalmente dedicada a amputar os membros dos feridos. Bell segurava não apenas um bisturi, mas também um lápis, fazendo esboços detalhados de seus pacientes e das feridas causadas por baionetas, balas de canhão e fogo de mosquete. Décadas depois, ele elaborou esse trabalho em treze litografias coloridas para uma série, “*Os feridos após a Batalha da Corunha*”. Uma dessas gravuras, *Tetanus Following Gunshot Wounds*, é a mais conhecida e angustiante da série e serve como testemunho de uma das complicações mais mortais e torturantes de uma bala à época. Bell capturou com verossimilhança o quadro clínico de manifestação do tétano, conforme descrito por um médico que tratou uma criança com doença tetânica em 1859.

Este desenho mostra a testa enrugada; a sobrancelha elevada; o olho fechado; a narina dilatada; o masseter rígido; a mandíbula fixa; a boca fechada; os lábios ondulados; a saliva borbulhante; a cabeça retraída; o pescoço encurtado; os músculos cervicais iniciais; as veias turgidas; a coluna arqueada; o peito levantado; a respiração perturbada; o diafragma de captura; o abdômen pesado; o braço separado; o cotovelo quadrado; o pulso dobrado; os dedos cerrados; o polegar encurvado; as pernas estendidas e separadas; os dedos dobrados; a superfície lívida; toda a figura rígida como madeira - uma visão lamentável (HARRINSON, 1860, p. 27-28).

A pintura de Bell ofereceu um tipo de *animação* mais ou menos sensível aos olhos de pessoas leigas. A imagem também foi assimilada de modo igualmente técnico por estudiosos e médicos interessados nos efeitos do tétano, constituindo uma das primeiras representações disponíveis sobre a doença. Por *animação*, utilizamos como referência o conceito “*animacy*”, proposto pela socióloga Mel Y. Chen (2012), a fim de interrogar como o trabalho de objetificação e/ou humanização semântica e pragmática da doença se deu através e dentro de regimes de visibilidade. Ou seja, quando a doença, e seu aparente substrato biológico – a bactéria, o vírus e a infecção –, se substancializam em um vocabulário social produzido por clivagens como classe, raça/etnia, gênero, geração etc. De qualquer forma, nossa compreensão segue as formulações empreendidas pelo historiador da ciência Charles E. Rosenberg (1989),

que avalia a natureza das epidemias como fenômenos intrinsecamente sociais e com formas dramatúrgicas.

Como fenômeno social, uma epidemia tem uma forma dramatúrgica. As epidemias começam em um momento no tempo, prosseguem em um estágio limitado em espaço e duração, seguem uma trama de tensão crescente e reveladora, passam para uma crise de caráter individual e coletivo e depois se aproximam do fechamento. Em outro de seus aspectos dramatúrgicos, uma epidemia assume a qualidade das comunidades mobilizadoras para realizar rituais originários que incorporam e reafirmam valores sociais fundamentais e modos de compreensão. É seu caráter público e intensidade dramática – junto com a unidade de lugar e tempo – que tornam as epidemias tão adequadas às preocupações dos moralistas quanto às pesquisas de estudiosos que buscam entender a relação entre ideologia, estrutura social e construção de “eus” particulares (ROSENBERG, 1989, p. 2).

Se os esforços para o reconhecimento do tétano como um problema de saúde, por exemplo, estavam maiormente vinculados a estratégias de tratamento de soldados homens e jovens em situação de guerra e, portanto, a questões étnico-raciais, de gênero, geracionais e de classe forjadas em meio às disputas bélicas, é plausível afirmar que o processo de *animação* das doenças esteve indissociado de interesses moldados por questões políticas e ideológicas mais amplas. As representações artísticas e maiormente visuais, portanto, são uma parte importante desta história, e remontam não só às narrativas sobre o tétano, mas também a outras enfermidades.

A maneira pela qual os estilos artísticos foram delimitados e produziram símbolos científicos sobre doenças – por consequência, também sobre saúde – mostra como a arte era menos “decorativa” do que se pressupunha (SLATON, 1998). A noção de estilo voltada às biociências em meados dos séculos XIX e XX, conforme descrevem os historiadores Amy Slaton (1998), Irene Winter (1998) e Carlo Ginzburg (1998), demandou agregações estilísticas com elementos culturais poderosos assentados em definições conhecidas relativas a nacionalismo, religião e racismo, por exemplo. Somente a partir dessa agregação estilística, as representações poderiam prover significância cultural, como em processos de formação de medos e pânicos coletivos em torno de determinada doença – por extensão, também sobre medos e pânicos particularizados a certos grupos e pessoas.

Rosenberg (1989) expõe que a estrutura explicativa das doenças e epidemias nos séculos XVIII e XIX foi organizada como moral e transcendente. A epidemia deveria ser entendida da perspectiva do relacionamento do homem com Deus. As suposições espirituais, desde pelo menos o século XVI, no entanto, coexistiram

com – e gradualmente cederam ênfase a – estilos de explicação mais seculares e mecanicistas. A racionalização das epidemias nos séculos XVIII e XIX também cedeu licença sociológica a estruturas explicativas distintas, comumente articuladas com proposições e processos biológicos. Os pecados individuais e comunitários, criados por condutas socialmente avaliadas como negativas e reprováveis, poderiam convidar ou prolongar uma epidemia/doença, porém apenas por meio de mecanismos fisiológicos centrados no corpo, e menos por meio de milagres ou da interposição direta de Deus. Essa mistura eclética de suposição moral e patologia mecanicista, salienta Rosenberg (1989), forneceu um estilo representacional – e, por extensão, de explicação – que foi fundamental para a gestão das epidemias e das doenças no Ocidente desde os últimos três séculos.

A frequência com que as doenças foram retratadas em obras diversas no começo do século passado se deve, ainda, como observado pelo sociólogo Peter Galison (1998) a uma mudança de racionalidade nas ciências biológicas e exatas – notadamente pela confluência de campos como física, medicina e química –, além das interações entre as ciências psi e a sociologia. Este momento marca uma ruptura na estrutura explicativa, por meio da infusão e convergência de novos campos disciplinares. Segundo Galison (1998), esta mudança de racionalidade – que se centra em técnicas de enquadramento e representação do corpo e no estabelecimento de parâmetros/medidas acerca das (a)normalidades – tencionou o binômio sociológico clássico entre “objetividade” e “subjetividade”; maiormente, a partir da invenção e uso de dispositivos de imageamento e a técnicas de visualização – não mais exclusivas às artes e, à pintura, de modo especial –, agora materializadas em imagens supostamente “objetivas” e “hiper-reais” produzidas por aparelhos como os de raio x, câmeras fotográficas, microscópios e, mais recentemente, em computadores e impressoras 3D. O mesmo se deve às técnicas biomoleculares recentes voltadas à representação de microestruturas como o DNA, à transposição de linguagem e códigos sociais correntes em noções aparentemente neutras e científicas, e à mudança nos códigos técnico-científicos de (bio)medicalização (CLARKE *et al.*, 2003; MISKOLCI, 2005). Conforme apontado pela bióloga Anne-Fasto Sterling (1985), também no caso das diferenças genéticas criadas para homens e mulheres (e suas variações, designadas normalmente para descrever patologias ou “erros genéticos”, e sua inclusão em protocolos clínicos e terapêuticos), sob uma gramática cromossômica altamente especializada.

A despeito de um entendimento acumulativo, descritivo e essencialmente positivo em face às novas técnicas de visualização e à própria estrutura explicativa, Sander L. Gilman (1985) analisou que as estilizações sobre doenças e enfermidades mantiveram seu aspecto disciplinar, pedagogizando velhas e novas noções sobre perigo e risco, a aspectos étnico-raciais, de classe e de gênero delimitados. Em “*The Mad as Black*”, o historiador advertiu que nem todas as doenças recrudesceram as mesmas representações (GILMAN, 1985). Isto, pois, as doenças foram representadas de modos não necessariamente semelhantes, estabelecendo regimes representacionais que poderiam se associar em alguma medida, como poderiam cristalizar noções de perigo e de risco com mitos de origem distintos. Em relação aos mitos de origem, a loucura, por exemplo, foi primeiramente concebida como uma doença que acometia mulheres negras advindas das colônias, devido a seu aspecto “naturalmente” “primitivo”, “selvagem” e “não-domesticado”. Por outro lado, este mito também sedimentou a urgência de ritos de escravização, apagamento cultural e limpeza racial-étnica nas colônias, como descreve a escritora Anne McClintock (1995), quando as imagens propagandísticas sobre saúde, limpeza e higiene reproduziram os ideais vitorianos de civilidade, exploração, progresso e pureza étnico-racial em fins do século XIX. Nos termos de Gilman (1985) e McClintock (1995), o discurso racial, em diálogo com outras categorias socialmente produzidas, organizou um amplo espectro de representações, e cuja constituição se deu histórica e culturalmente por meio de binarismos (normal/patológico, doente/saudável, homem/mulher, branco/negro, heterossexual/homossexual, louco/não-louco, limpo/sujo, civilizado/selvagem etc.).

No curso da história, e quando ameaçadas por doenças que culminaram em grandes epidemias, as sociedades buscaram uma compreensão racional do fenômeno em termos que prometiam controle. Muitas vezes, minimizando seu próprio senso de vulnerabilidade e a possibilidade de um estado de anomia, e alocando determinados “grupos de risco” em um “outro” racializado e desumanizado – no limite, também animalizado (CHEN, 2012). Não é surpreendente a constatação de que esses esquemas consoladores tenham sempre se empenhado em explicar como a suscetibilidade acontecia de maneira diferencial entre indivíduos específicos – sob a rubrica contemporânea dos “fatores de risco” e em relação àquilo que foi denominado, nos séculos XVIII e XIX, como “predisposição” (ROSENBERG, 1989). De que outra forma justificar por que uma pessoa, ou uma classe de pessoas, sucumbiu enquanto outras não? Enquanto a suscetibilidade não deveria ser descrita como um

acidente aleatório ou como reflexo de uma idiosincrasia constitucional, ela deveria ser compreendida em termos de mecanismos fisiológicos que apontavam os efeitos físicos de comportamento, ambiente e estilo de vida. Estes esquemas hipotéticos, historicamente, formaram uma estrutura representacional dentro da qual – e por diversas razões – tanto pressupostos morais quanto sociais poderiam ser ao mesmo tempo expressos e legitimados.

Uma das explicações para a invenção do discurso acerca da predisposição se dava pela conexão que se fez, por muito tempo, entre vontade, responsabilidade e suscetibilidade. Em meio às epidemias de cólera do século XIX, por exemplo, gula, alcoolismo, promiscuidade sexual e hábitos pessoais convencionalmente descritos como sujos foram amplamente aceitos como cofatores de predisposição à doença. O mesmo se aplicava ao caso da varíola, muito embora à época já fosse lugar-comum a percepção sociomédica de que sua transmissão não dependia – e não estava ligada – necessariamente a outros fatores psicossomáticos associados. As historiadoras Nancy Stepan (1996) e Rana Hogarth (2019), em análise sobre os contextos latino e norte-americano, respectivamente, avaliaram que as inferências sobre as doenças e epidemias também se davam no plano ambiental.

A América Latina, segundo Stepan (1996), foi uma espécie de laboratório às ciências eugênicas de fins do XIX. Isto, pois, a região era descrita por eugenistas anglo-americanos e europeus como um exemplo concreto de “degeneração” biológica, em virtude da miscigenação de raças e povos etnicamente distintos, e cujo reconhecimento justificava – ao menos em parte, também demandava respostas sobre – os recorrentes surtos de doenças infecciosas e parasitárias. Enquanto na América Latina essa visão originou uma perspectiva mais “macia” das políticas eugênicas, resultando em políticas públicas de higienização do espaço urbano, expropriação e controle matrimonial, por exemplo, nos Estados Unidos, segundo Hogarth (2019), as políticas visaram o extermínio de grupos sociais específicos, originando uma versão mais “dura”. No Brasil, a saber, a varíola foi o motor político e cultural para uma intensa remodelação arquitetônica e social da então capital do Brasil no século XIX – a cidade do Rio de Janeiro –, e que também levou a uma série de revoltas e conflitos populares que se estenderam até as primeiras duas décadas do século XX (SEVCENKO, 2003). Nos EUA, de outro modo, as políticas eugenistas compreenderam entendimentos distintos sobre contágio e suscetibilidade. De acordo com Hogarth (2019) e Allan Brandt (1978), havia um

interesse por parte da medicina em estabelecer parâmetros diferenciais baseados em raça, sobretudo se haveria discrepâncias no percurso das doenças entre brancos e afro-americanos. Particularmente, sobre as dinâmicas de contágio e disseminação da febre amarela (HOGARTH, 2019) na população da Filadélfia, na Pensilvânia, e da sífilis (BRANDT, 1978), em Tuskegee, no Alabama.

Esses dois exemplos mostram que, apesar da possibilidade de admitir que doenças ou epidemias poderiam ter origens em alguma influência ambiental geral, como a atmosfera, ou a proveniência geográfica, a suscetibilidade seletiva exigia uma explicação frequentemente orientada por pânico morais e regimes de visibilidade anteriores. Ainda que essas visões etiológicas e casuísticas possam, em retrospecto, parecer ocasiões para a expressão de uma hegemonia moral grosseira e entrecortada pela classe e sob imperativos centrados em raça/etnia, os debates de fins do XIX e XX sobre contágio e morte foram, na realidade, bem mais sutis (WARNER, 1986). E repercutem ainda no presente.

O dispositivo da Covid-19: etnocentrismo em retrospecto

A experiência social com a Covid-19 nos três primeiros meses do ano de 2020 nos lembrou algumas verdades tradicionais. Em primeiro lugar, e de maneira contundente, sabemos que não adquirimos controle sobre as doenças infecciosas; em segundo, a morte não está associada exclusivamente a uma idade, gênero, aspecto racial-étnico ou proveniência geográfica específica. E desta última, especialmente, são derivados os contornos recentes de um pânico social em consonância a seu aspecto de “perigo coletivo”.

Contudo, é preciso avaliar que estas clivagens sociais incorporam explicações relevantes da perspectiva demográfica de progressão da doença em termos de desigualdades. De certa forma, consideramos que a pandemia sutura um fenômeno tradicional, mas com intercorrências contemporâneas e capilarizadas diferencialmente em relação aos contextos sociais (quer seja porque não modificamos totalmente a maneira como respondemos às doenças, ou porque nos imiscuímos em uma trama de indeterminação, baseada em um princípio biológico pouco conhecido, em que não se pode efetivamente controlar ou prever). Essa trama de indeterminação, do mesmo modo, é também um ponto de sutura entre um novo momento biopolítico e estratégias de governo e gestão de doenças, e cujo princípio da indeterminação – e da consequente ação demorada de governos e estados em formular respostas

coletivas – levou ao mais recente genocídio de grupos populacionais anteriormente vulnerabilizados na esteira das políticas neoliberais contemporâneas (isto é, pessoas idosas, pretas/pardas, indígenas, imigrantes, em situação de pobreza e/ou miséria, e com comorbidades e multimorbidades associadas e sem cobertura para tratamento).

E este não é um fato isolado, atribuído unicamente à emergência da Covid-19 como questão sanitária comum. A última pandemia, ainda em curso, se consagrou pela carga altamente moral e por uma gramática igualmente estigmatizante desde a notificação dos primeiros casos nos anos 1980. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA; em inglês, AIDS), como conhecemos no presente, foi descrita em 11 de maio de 1982 como Deficiência Imunológica relacionada à Homossexualidade (em inglês, GRID), em um artigo publicado no *The New York Times*. E a despeito de, na mesma publicação, haver a designação A.I.D., para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (em inglês, *Acquired Immunodeficiency Syndrome*), o enquadramento e a culpabilização afeitos ao primeiro termo foram suficientemente aceitos e socialmente mais disseminados, mesmo porque eles se tornaram elementos inextricavelmente misturados.

A maioria das pessoas preferiu lidar com uma ameaça que não parecia “significativa”, ou que não compartilhava dos mesmos códigos sociais-morais que revestiam o sentido imaginado de comunidade, sempre parecendo algo “fora” da cena social *mainstream*, e individualmente vinculada a grupos avaliados como perigosos, anormais e nocivos – tais como usuários de drogas endovenosas, homossexuais, prostitutas e imigrantes. A mistura peculiar de sentido biológico com significado moral é, em grande medida, um fenômeno tradicional. Essas foram, segundo o sociólogo Steven Epstein (2007) e o historiador da ciência Richard McKay (2017), as primeiras configurações da epidemia de AIDS durante o pico das mortes até à disponibilização comercial do coquetel antirretroviral (*Highly Active Antiretroviral Therapy* – HAART), em 1996.

O que se passou recentemente, por meio da construção de uma presumida afinidade eletiva entre “vírus chinês” – termo designado em janeiro de 2020 para descrever o novo coronavírus – com “potencial mortal”, pode ser situado a partir dos dois primeiros meses de 2020, em meio ao reconhecimento público e político da Covid-19. Naquele momento, coexistiram tanto processos de reconhecimento que tangenciaram campos da moralidade, como uma espécie de correlação inevitável entre patologia e estruturas de significados convencionalizadas a um tipo de

“perigo epidemiológico comum”, por meio da configuração dos primeiros “grupos de risco” para a disseminação (chineses e pessoas originárias e/ou descendentes de países asiáticos). Similarmente, o sentido de “grupo de risco” se estabeleceu em imediata relação à ausência de reconhecimento da categoria “grupo em risco”, como potencialmente universal. Em outras palavras, a eleição de sujeitos etnicamente orientados como prováveis portadores da doença se deu como reação à dificuldade – e até pela recusa – de compreensão da Covid-19 como uma doença potencialmente também associada às economias avançadas do Ocidente, passível de intervenção a nível global.

Dito isto, argumentamos que as representações sobre contágio e morte produzidas no presente adquiriram significados e contornos de um pânico social quando hibridizaram seus sentidos com vocabulários historicamente mais antigos, que descrevem e situam imaginários coletivos sobre “saúde” e “doença” a populações e grupos por meio de características relativas à raça/etnia e nação. Estas características, instadas por mecanismos sociais de rotulação e estigmatização, resultam de um tipo de *dispositivo de saúde*. O conceito de *dispositivo*, de acordo com Michel Foucault (2001), é definido por três pontos interligados e complementares: (i) em primeiro lugar, trata-se de um conjunto heterogêneo de (bio)governabilidade, e que pode assumir virtualmente qualquer sentido linguístico, mas também sentidos fora da linguagem. Em suma, pode se apresentar em formato de leis, medidas de segurança, instituições, discursos, edifícios, proposições filosóficas etc.; (ii) em segundo, *dispositivo* é sempre permeado e estrategicamente constituído por relações de poder; (iii) por último, é também concebido como algo geral e impreciso, porque é parte de uma *episteme* – isto é, um “campo epistemológico” ou “espaço do conhecimento”, dentro do qual teorias e conceitos concorrentes existem e são avaliados, e sem os quais não poderiam existir; a *episteme* é a “condição da possibilidade” de todo conhecimento.

De várias maneiras óbvias, no entanto, a Covid-19 não se encaixa facilmente em um padrão tradicional de pandemia, o que exige uma compreensão multifacetada. Em geral, a doença existe em vários níveis simultaneamente, mediada pelos meios inicialmente desinteressados e, depois, erratically atentos. Essa condição, para muitos segmentos sociais no início da pandemia, entretanto, parecia comumente como uma realidade das mídias, exagerada ou diminuída, pois se articulava a formas de consumo – notadamente em países que não contam com um sistema de saúde público

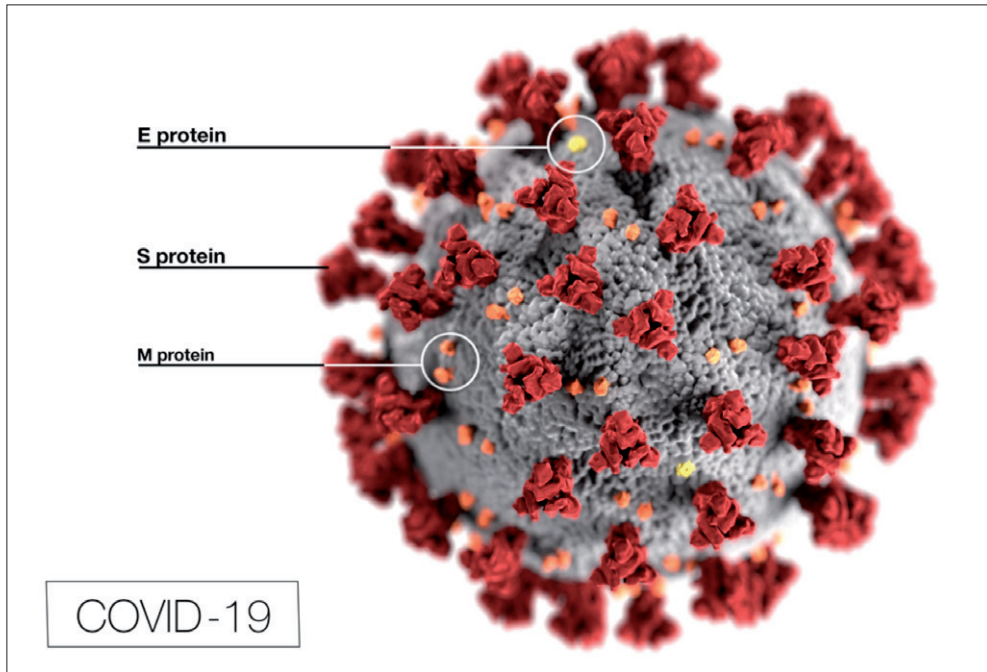
e universal – e a propagandas governamentais de massa. Outra diferença contextual dessa pandemia se deve ao fato de que, nas últimas duas décadas – e especialmente em países em desenvolvimento –, os dispositivos móveis como smartphones e a ampliação da arquitetura comunicacional proporcionada pelo advento da Internet comercial resultaram em uma maior integração e disseminação de dados, notícias e a possibilidades de engajamento em assuntos de saúde via fóruns, blogs e redes sociais. Portanto, e ainda que não se tenha conhecimento próximo daquilo que poderia tipificar uma complicação ou quadro avançado da doença, em seus meses iniciais, a realidade do contágio e disseminação foi coletivamente aceita, pois se articulou a formas adequadas e eficazes de representação e materialização do vírus – ainda que maiormente on-line. Como aconteceu durante a disseminação da AIDS, e devido à massiva cobertura midiática da doença durante o período mais mortal, a grande maioria das pessoas foi expectadora, mas não da Covid-19 em sentido estrito.

Formas de enquadramento e representação do vírus consistem na primeira parte desse dispositivo pedagógico. Neste, as associações e disputas entre narrativas científicas e sociais originaram noções e estilos particulares, mas não necessariamente opostos, norteados por medos e pânicos coletivos. Em que pese a estrutura molecular do vírus, ou um conjunto de definições biológicas ainda provisórias, ponderamos que as expectativas sociais se pautaram pelo conjunto da animação. A segunda parte desse dispositivo está relacionada à linguagem patológica, criada por órgãos de pesquisa e agências governamentais de saúde pública, e sobre quando estes vocabulários de saúde avançaram para domínios paralelos da vida social.

Em um artigo publicado no dia 15 de março, no *The Herald-Times*, intitulado “*Art goes viral: representations of disease-causing microbes help raise awareness*”, os pesquisadores e criadores da estrutura da Covid-19 para o Centro de Controle e Prevenção de Doenças, Alissa Eckert e Dan Higgins, nos Estados Unidos, explicaram os motivos que levaram à animação tridimensional do vírus (figura 2). Segundo Eckert, o trabalho consistiu em reunir informações complexas e transformá-las em uma representação visual que as pessoas pudessem entender facilmente – e, ao fazê-lo, seu objetivo consistiu em manter a estética, a precisão e a clareza. As decisões sobre a imagem, assim como sobre os elementos que a comporiam e as cores, foram cuidadosamente planejadas para criar o “agente transmissor” – isto é, o vírus. A base para a criação do vírus foi o World Protein Data Bank, além da colaboração com comunicadores de saúde e cientistas com experiência em doenças virais. “Usamos

cores e contraste para ajudar a distinguir as estruturas, enfatizar e ajudar a melhorar a resposta emocional, a fim de demonstrar a gravidade do vírus e a situação. É difícil temer algo que não podemos ver”, explicou Eckert.

Figura 2. Coronavirus Disease. Centers for Disease Control and Prevention. 2020.



Embora a estrutura parta de uma animação produzida a nível molecular, semelhante às anteriores disponibilizadas pelo World Protein Data Bank, e utilizada para designar a estrutura morfológica da Covid-19, o aspecto da coloração configura um procedimento à esmo e especificamente diverso às imagens anteriores disponíveis no banco de proteínas. Em razão disso, duas hipóteses emergem. A primeira tem a ver com o aspecto intenso da cor vermelha, escolhida para visibilizar as extremidades da proteína S – responsável pela ligação com o receptor do hospedeiro e pela fusão das membranas da célula viral e do hospedeiro –, que também se assemelha em alguma medida à coloração das hemácias – ou glóbulos vermelhos (LIU *et al.*, 2019; YUAN *et al.*, 2017; XU *et al.*, 2004; LI *et al.*, 2016; WALLS *et al.*, 2019; 2016; TORTORICI *et al.*, 2019). A segunda, por outro lado, e igualmente menos explícita, tem a ver com o uso simbólico e político da cor vermelha, historicamente utilizada

em referência à China (CHEN, 2012; McKAY, 2017). A configuração da primeira imagem oficial do CDC, enquanto uma estrutura proteica de extremidades em tom vermelho, também aparece na nota explicativa ao lado da imagem, e que recupera o seu sentido de proveniência e lugar:

Observe os espinhos que adornam a superfície externa do vírus, que conferem a aparência de uma coroa ao redor do virion, quando vistos eletronicamente por microscopia. Nesta visão, as partículas de proteína E, S e M, localizadas na superfície externa da partícula, também foram marcadas. Um novo coronavírus, denominado Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2), foi identificado como a causa de um surto de doença respiratória detectado pela primeira vez em Wuhan, China, em 2019. A doença causada por esse vírus foi denominada Doença de Coronavírus 2019 (Covid-19) (Centro de Controle e Prevenção de Doenças, 2020).

A despeito da primeira hipótese apontada, o uso simbólico da cor vermelha é historicamente utilizado como uma representação imagética que carrega simbolismo e valor linguístico. Em primeiro lugar, oferece um tipo de demarcação moral, atribuída a nacionalidades e grupos étnicos que estariam “fora” do ocidente. Desta maneira, antes de se constituir como uma referência à China, a cor vermelha vem sendo construída culturalmente como a cor da corporificação do mal, do inimigo, da ameaça a hegemonia ocidental e cristã, tendo seu ápice na figura mitológica do diabo cristão (LINK, 1998; MUCHEMBLED, 2001).

A materialização imagética do vírus, tal qual observamos pela imagem do CDC, que privilegia a coloração vermelha, não subsiste fora de um contexto cultural e sociopolítico. Tal imagem, portanto, carrega em si um processo histórico e simbólico conhecido. Da perspectiva cultural e sociopolítica, isso se materializa, por um lado, em alegações de chefes de estado, que insistiram em denominar a Covid-19 como “vírus chinês”, como um suposto inimigo biológico criado para a destruição das economias ocidentais e que visaria ao fim, o crescimento econômico e a supremacia da China e do comunismo.

Posto isso, aventamos sobre dois momentos que, de igual maneira, constituem o simbolismo moral do vírus. O primeiro envolve o surgimento da doença, e o período de classificação e representação nominal do vírus como “vírus chinês”. O segundo ocorre a partir da criação da imagem 3D do vírus, à coloração do patógeno e, mais recentemente, a disputa pela vacina. Nesse segundo momento, há a (re)emergência de discursos que mais uma vez alocam a responsabilidade sobre a doença “fora” do Ocidente.

Sob um trabalho intenso que visou em tempo hábil produzir o antígeno para conter a disseminação do vírus, a linguagem da moralidade descentralizou o foco da prevenção, equiparando a desconfiança sobre a confiabilidade da vacina a partir da expressão “*VaChina*” – termo pejorativo emergido em 2021 e popularizado por grupos conservadores e fundamentalistas de extrema-direita. No Brasil, estes discursos marcaram estratégias racistas e movimentos antivacina, precisamente após a parceria entre o Instituto Butantã, em São Paulo, e o laboratório chinês SINOVAC, na ocasião da produção da primeira vacina híbrida brasileira-chinesa, a CoronaVac. Em 17 de janeiro de 2021, quando a enfermeira negra Mônica Calazans, que trabalhava em uma Unidade de Terapia Intensiva do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, em Itaquera (São Paulo), se tornou a primeira pessoa vacinada pela CoronaVac no Brasil, a vacina era simultaneamente descrita em campanhas anti-China, antivacina e anticiência. Parte dos movimentos antivacina que ocorriam no Brasil desde a divulgação da parceria entre o Butantã e a SINOVAC, em agosto de 2020, já recriavam no imaginário social outro inimigo comum. Desta vez, e enquanto a doença se constituía como parte da realidade do cotidiano das pessoas, outras noções racializantes interpelaram o patógeno a partir de sua provável cura. A “*vaChina*”, termo designado por grupos contrários à vacinação universal e incorporação da CoronaVac no catálogo de vacinas oferecidas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), resultou, outra vez, na tentativa de desmobilização das estratégias para contenção do vírus.

Em uma espécie de simbiose entre a imagem do comunismo, da China, ou da própria materialização imagética da Covid-19, tais acepções só fazem sentido dentro de um regime moral culturalmente situado e que em épocas distintas acionam e renovam percepções socialmente construídas.

Este efeito-colagem promovido pela interpolação de fontes representacionais diversas, como imagens e textos supostamente informativos, arquitetou um regime de visibilidade não menos poderoso e igualmente etnocêntrico, sobretudo pela aproximação sutil entre vírus, etnia e nacionalidade. Nas duas hipóteses, de qualquer modo, os usos apontam para um fim semelhante: a constituição de uma consciência sanitária acerca da pandemia, que ora pode ser balizada por estruturas imagéticas e cognitivas que denotam uma “ameaça” em comum, como também aquilo que se deseja eliminar. O efeito político da animação, de tal modo, é resultado de noções de (bio)governabilidade, relações de poder, formas de conhecimento e autoridade

cultural (FOUCAULT, 2001; CHEN, 2012). A segunda parte do dispositivo, de maneira análoga, está relacionada à interpenetração da linguagem da patologia para além dos campos da biologia e medicina. Isto se deu, por coalizão e/ou urgência, quando as gramáticas e expressões avançaram para domínios diversos da vida social.

Sobre este último aspecto, o cientista político Jonathan White (2020) avalia que estas interpenetrações se relacionam, por exemplo, na maneira como a formulação de políticas públicas é concebida e conduzida, e como o fluxo migratório de determinadas populações passa a ser controlado ou restringido. Diante de um patógeno virulento, muitas noções se revestem em uma gramática viral. E à medida que a agenda pública se concentra no controle de doenças, é provável que questões políticas demarcadas sejam expressas em sua imagem.

A linguagem da patologia tem sido central nos assuntos atuais há algum tempo, em nenhum lugar mais do que nas descrições da economia. “Contágio” nos mercados, “mecanismos de transmissão” e “exposição” ao risco são termos comuns de análise. Muito antes da Covid-19, a epidemiologia havia se tornado uma rica fonte de analogia para apreender o capitalismo financeiro, incentivado em parte pela experiência das emergências em saúde. O conceito de contágio se tornou cada vez mais popular no final dos anos 1990, durante a crise financeira asiática (ou “gripe asiática”), quando economistas e formuladores de políticas do FMI [Fundo Monetário Internacional] se inspiraram nos colegas dos estudos das doenças. Os historiadores observam que o interesse nas ferramentas e na terminologia da epidemiologia acompanhou uma série de surtos – gripe aviária (1997), SARS (2002) e gripe suína (2009) – que pareciam ilustrar sua utilidade. O efeito foi popularizar conceitos que moldariam a descrição e o gerenciamento da Grande Recessão, principalmente na crise da zona do euro no início dos anos 2010 (WHITE, 2020, p. 1).

Ao passo que as metáforas e analogias resultantes de campos biomédicos avançaram para domínios paralelos, elas se juntaram àquelas explicações extraídas de outros aspectos do mundo natural. A partir das políticas de representação do novo patógeno, houve um apelo moral imediato dessas imagens naturalistas, sobretudo em comunicações oficiais da parte de governantes, ou mesmo em relação à descrição da doença nas mídias digitais e de massa. “Os Estados Unidos apoiarão poderosamente as indústrias, como a Airlines e outras, que são particularmente afetadas pelo vírus chinês. Seremos mais fortes do que nunca!”, escreveu o ex-presidente dos Estados Unidos, Donald Trump, no dia 16 de março de 2020, em seu canal oficial no Twitter. Dois dias após a declaração xenofóbica de Donald Trump, Eduardo Bolsonaro – filho do então presidente do Brasil, Jair Messias Bolsonaro – também fez declaração semelhante, mas mais contundente em sua associação política e moral: “É culpa

da China”, afirmou Eduardo Bolsonaro no Twitter, retuitando uma mensagem que dizia: “A culpa pela pandemia global de coronavírus tem nome e sobrenome: o Partido Comunista Chinês”.

A molecularização (NOVASS; ROSE, 2000) também cumpriu seu papel: por um lado, criou um agente potencialmente transmissor e, por outro, interpelou uma representação imagética com valor científico que se materializaria menos em um corpo (ou sistema), e mais em um agente de “fora” – i. e., um vírus. O corpo, per si, não se constituiu enquanto ameaça, já que faz parte do discurso sobre perigo que haja a manutenção de uma ontologia corporal que sustente a autossuficiência – ou que, no limite, a interprete como preestabelecida. O mesmo se aplica ao “mercado”, à “economia”, ao “Estado”, e à “nação”, que são entidades frequentemente interpretadas como sistemas ontologicamente autônomos, e independentes de desejos, valores e experiências sociopolíticas específicas. Neste contexto, os problemas podem – na melhor das hipóteses – ser gerenciados e domesticados e, na medida em que as causas são procuradas, elas tendem a ser tratadas como fatos brutos – coisas que podem ser levadas em consideração, mas que não devem alterar a morfologia dos sistemas. Como resultado, a formulação de agendas decisórias e políticas foi apresentada de modo essencialmente reativo, e menos transformador.

No contexto estadunidense, por exemplo, a reação tardia e controversa do governo federal em reconhecer a Covid-19 se deu, apesar disso, a contrapelo. Esse movimento, por razões culturais e históricas, segundo Jessica L. Roberts e Elizabeth Weeks (2018), esteve intimamente ligado às estratégias inconsistentes e insuficientes de institucionalização e reconhecimento da saúde como parte de um sistema universal, em que vigora um modelo centrado em doenças crônicas.¹

A (re)emergência de velhos medos? Algumas notas finais

Conquanto as políticas de saúde pareçam diferentes, há – pelo menos – quatro elementos comuns na resposta à Covid-19 e que merecem destaque: (i) a incapacidade de lidar com doenças virais na mesma medida em que se lida, no presente, com as doenças crônicas transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis; (ii) o reconhecimento tardio e particularizado das questões sanitárias virais, apontadas como “doenças de algum determinado lugar ou grupo”; (iii) a imediata relação entre doenças virais, subdesenvolvimento e etnocentrismo; e (iv) a cristalização de

expressões êmicas, que descrevem, situam e derivam imaginários coletivos baseados em representações racializadas e estigmatizantes.

De “vírus chinês” a percepções sociomédicas baseadas em xenofobia, estigma e preconceito, a doença dificilmente pode ser descartada como um exercício para culpar vítimas. E embora as repostas suscitadas sejam, não raramente, diametralmente opostas, a Covid-19 (e sua expressão mais mortal) nos lembrou que ainda compartilhamos pelo menos alguns medos e maneiras comuns de responder à crise social.

Agradecimentos

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP, processos nº 19/111344-4; 21/07737-5; 17/23665-9; 19/10677-4), pelo financiamento e suporte.

Referências

ART GOES VIRAL: REPRESENTATIONS OF DISEASE-CAUSING MICROBES HELP RAISE AWARENESS. *The Herald-Times*. 2020. Disponível em: <https://www.hoosiertimes.com/herald_times_online/entertainment/art-goes-viral-representations-of-disease-causing-microbes-help-raise-awareness/article_cdbf1704-6547-11ea-a598-473c24734f86.html>. Acesso em: 23 fev. 2021.

AVOIDING CORONAVIRUS MAY BE A LUXURY SOME WORKERS CAN'T AFFORD. *New York Times*. 2020. Disponível em: <<https://www.nytimes.com/2020/03/01/upshot/coronavirus-sick-days-service-workers.html>>. Acesso em: 23 fev. 2021

BRANDT, A. M. *Racism and research: the case of the Tuskegee Syphilis study*. *The Hastings Center Report*, Estados Unidos, v. 8, p. 21-29, 1978.

CAO, Z. *et al. Estimating the effective reproduction number of the 2019-nCoV in China*. *medRxiv*, Londres, 2020; 29 jan. Disponível em: <<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.01.27.20018952v1>>. Acesso em: 23 fev. 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Image library*. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/media/subtopic/images.htm>>. Acesso em: 23 fev. 2021.

CHEN, M. Y. *Animacies. Biopolitics, racial mattering, and queer affect*. Durham/London: Duke University Press, 2012.

CLARKE, A. E. *et al. Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine*. *American Sociological Review*, Estados Unidos, v. 68, p. 161-194, 2003.

- EPSTEIN, S. *Inclusion. The politics of difference in medical research*. Chicago/London: The University of Chicago Press, 2007.
- EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. *Communicable disease threat report*. 2020. Disponível em: <<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-15-21-march-2020-week-12>>. Acesso em: 23 fev. 2021.
- FAUSTO-STERLING, A. *Myths of gender: biological theories about women and men*. New York: Basic Books, 1985.
- FEHR, A. R.; PERLMAN, S. *Coronaviruses: an overview of their replication and pathogenesis. Methods of Molecular Biology*, Londres, n. 1282, p. 1-23, 2015.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.
- GALISON, P. Judgment and objectivity. In: JONES C. A.; GALISON, P. (Orgs.). *Picturing science, producing art*. New York/London: Routledge, 1998. p. 327-359.
- GILMAN, S. L. *Difference and pathology: stereotypes of sexuality, race, and madness*. Ithaca/Londres: Cornell University Press, 1985.
- GINZBURG, C. Style as inclusion, style as exclusion. In: JONES Caroline A.; GALISON, Peter (orgs.). *Picturing science, producing art*. New York/London: Routledge; 1998. p. 27-54.
- HARRINSON, I. *Case of tetanus infantum. British Medical Journal*, Londres, v. 1, n. 159, p. 27-28, 1860.
- HOGARTH, R. A. *The myth of innate racial differences between white and black people's bodies: lessons from the 1793 yellow fever epidemic in Philadelphia, Pennsylvania. American Journal of Public Health*, Estados Unidos, v. 109, p. 1339-1341, 2019.
- LANA, R. M. *et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. e00019620, 2020.
- LI, F. Structure, function, and evolution of coronavirus spike proteins. *Annual Review of Virology*, Londres, v. 3, n. 1, p. 237-261, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1146/annurev-virology-110615-042301>>. Acesso em: 23 fev. 2021.
- LINK, L. *O Diabo: máscara sem rosto*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- LIU, T. *et al. Transmission dynamics of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV)*. *BioRxiv*, Londres, 2020. Disponível em: < <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.01.25.919787v1> >. Acesso em: 20 fev. 2021.
- MCCLINTOCK, A. *Imperial leather: race, gender and sexuality in the colonial context*. New York: Routledge; 1995.
- MISKOLCI, R. *Do desvio às diferenças. Teoria & Pesquisa*, São Carlos, v. 47, p. 9-41, 2005.

- MUCHEMBLED, R. *Uma história do diabo: séculos XII-XX*. Rio de Janeiro: Bom Texto, 2001.
- NOVAS, C.; ROSE, N. *Genetic risk and the birth of the somatic individual. Economy and Society*. Londres, v. 29, p. 485-513, 2000.
- PARK, K. Impressed images: reproducing wonders. In: JONES, C. A.; GALISON, P. (Orgs.). *Picturing science, producing art*. New York/London: Routledge; 1998. p. 254-271.
- ROBERTS, J. L.; WEEKS, E. *Healthism: health-status discrimination and the law*. Cambridge: Cambridge University Press; 2018.
- ROSENBERG, C. E. What is an epidemic? AIDS in historical perspective. *Daedalus*, v. 118, n. 2, p. 1-17, 1989.
- ROSER, M. *et al. Our world in data*. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus?fbclid=IwAR2_PsydFYzfo5vGqZppMqBb2cmFtEDckkVURSBIgn7kZtzTIG9lCRZHhRk>. Acesso em: 23 fev. 2021.
- SEVCENKO, N. *A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Scipione, 2003.
- SLATON, Amy. Style/type/standard: the production of technological resemblance. In: JONES Caroline A.; GALISON, Peter (orgs.). *Picturing science, producing art*. New York/London: Routledge; 1998. p. 78-100.
- SNYDER, Joel. Visualization and visibility. In: JONES Caroline A.; GALISON, Peter (orgs.). *Picturing science, producing art*. New York/London: Routledge, 1998. p. 379-400.
- STEPAN, N. L. *The hour of eugenics – race, gender, and nation in Latin America*. London: Cornell University Press, 1996.
- TORTORICI, M. A. *et al.* Structural basis for human coronavirus attachment to sialic acid receptors. *Nature Structural and Molecular Biology*, Londres, v. 26, p. 481-489, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1038/s41594-019-0233-y>>. Acesso em: 23 fev. 2021.
- WALLS, A. C. *et al.* Cryo-electron microscopy structure of a coronavirus spike glycoprotein trimer. *Nature*, v. 531, p. 114-117, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1038/nature16988>>. Acesso em: 23 fev. 2021.
- WALLS, A. C. Unexpected receptor functional mimicry elucidates activation of coronavirus fusion. *Cell*, Londres, v. 176, n. 5, p. 1026-1039, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.cell.2018.12.028>>. Acesso em: 23 fev. 2021.
- WARNER, J. H. *The therapeutic perspective: medical practice, knowledge, and identity in America, 1820–1885*. Cambridge: Harvard University Press, 1986.
- WHITE, J. *Covid-19 and the language of pathology: when public health vocabularies advance into parallel domains*. Disponível em: <https://blogs.lse.ac.uk/politicsandpolicy/language-of-pathology/?utm_campaign=Blogs&utm_content=1585076521&utm_medium=social&utm_

source=facebook&fbclid=IwAR2kQKJIa5-LuJfwsQRtHhmkGfH-Cji5hMCCr_63txIQ78jdJ8HIaeVK2M8#Author>. Acesso em: 23 fev. 2021

WINTER, I. The affective properties os styles: an inquiry into analytical process and the inscription of meaning in art history. In: JONES Caroline A.; GALISON, Peter (orgs.). *Picturing science, producing art*. New York/London: Routledge; 1998. p. 55-77.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV), Geneva, OMS 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))>. Acesso em: 23 fev 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. IHR procedures concerning public health emergencies of international concern (PHEIC). Genebra, OMS 2020. Disponível em: <<http://www.who.int/ihr/procedures/pheic/en/>>. Acesso em: 23 fev. 2021.

XU, Y. *et al.* Structural basis for coronavirus-mediated membrane fusion: crystal structure of mouse hepatitis virus spike protein fusion core. *Journal of Biology and Chemistry*, v. 279, p. 30514, 2004.

YUAN, Y. *et al.* Cryo-EM structures of MERS-CoV and SARS-CoV spike glycoproteins reveal the dynamic receptor binding domains. *Nature Communications*, London, v. 8, n. 1 p. 5092. Disponível em: <<https://doi.org/10.1038/ncomms15092>>. Acesso em: 23 fev. 2021.

Nota

¹ J. P. Ferreira foi responsável pela concepção, redação e revisão final do manuscrito. C. V. de Melo foi responsável pela redação e revisão final do manuscrito.

Abstract

*“It’s hard to fear something we can’t see”:
the representational work of Covid-19 and
the pedagogy of fear between viruses and
animacies*

The most recent pandemic, characterized as SARS-CoV-2, is part of a known lineage of viral pathogens that can trigger severe respiratory infections. Despite the importance of advancing biomedical knowledge as a way to guarantee treatment and effectiveness in the supposed eradication of the disease, it is no less urgent to reflect on the social circumstances that shape this new epidemiological situation. This essay analyzes how the representations of contagion and death imbricated in the health-disease dyad, as traditional phenomena, took on moral propositions, particularly between the months of January and March 2020, when the definitions of outbreak, epidemic and pandemic became inextricably mixed. In that context, and from the creation of a type of health apparatus animated by imperatives related to the deadliest form of the disease, Covid-19 gained materiality. Constituted at the confluence of ethnic-racializing conceptions, this apparatus formed the first visual and linguistic images of the disease. Finally, this article examines that the work of reception, appointment and framing of Covid-19 depended on visibility regimes conditioned by traditional processes, related to the materialization and animation of the virus as a threat not only epidemiological and social, but political and moral.

► **Keywords:** Sociology of science. Covid-19. Coronavirus. Biopolitics. Health. Education.

