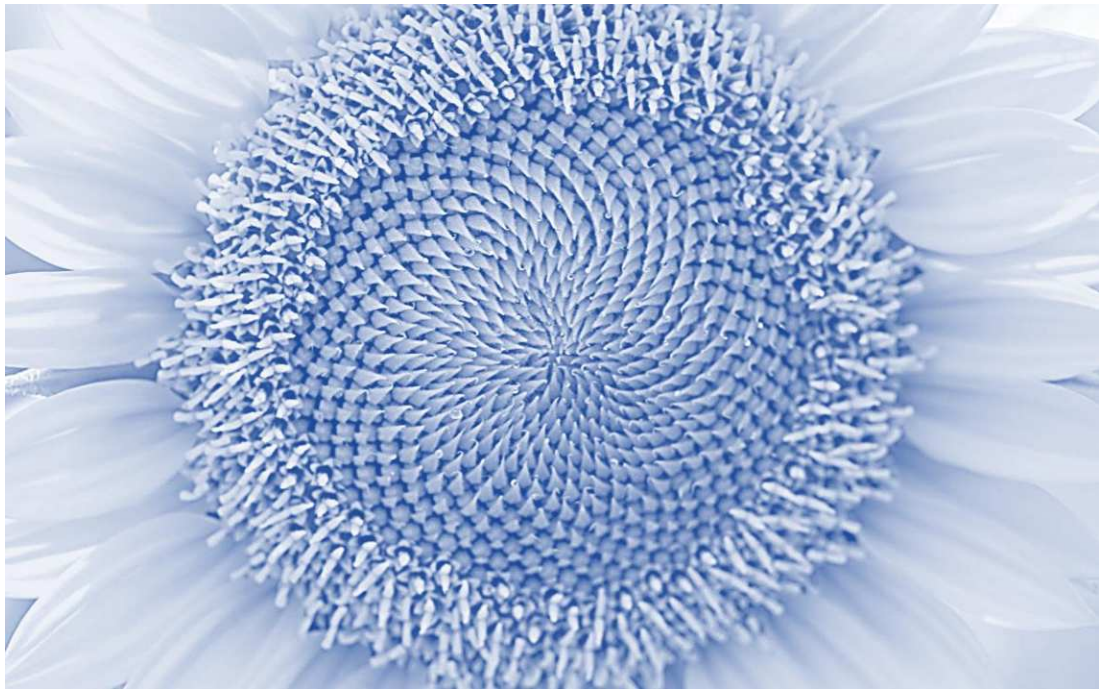


(Série Saúde Coletiva e Cooperação Internacional, 6)

La salute come bene comune: riflessioni sulla pandemia



A cura di:

**Clelia D'Apice
Leopoldo Sarli**



editora
redeunida



UNIVERSITÀ
DI PARMA

(Série Saúde Coletiva e Cooperação Internacional, 6)

La salute come bene comune: riflessioni sulla pandemia

**Health as a common good: reflections on the
pandemic**

**A saúde como bem comum: reflexões sobre a
pandemia**

A cura di / Organized by / Organizado por:

**Clelia D'Apice
Leopoldo Sarli**

1ª Edição. Fevereiro, 2022.
Porto Alegre, Editora Rede Unida.
Parma, Itália, Universidade de Parma.



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Márcio Mariath Belloc, Károl Veiga Cabral, Maria das Graças Alves Pereira, Frederico Viana Machado.

Conselho Editorial:

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil). **Alcindo Antônio Ferla** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Àngel Martínez-Hernández** (Universitat Rovira i Virgili, Espanha). **Angelo Stefanini** (Università di Bologna, Itália). **Ardigó Martino** (Università di Bologna, Itália). **Berta Paz Lorido** (Universitat de les Illes Balears, Espanha). **Celia Beatriz Iriart** (University of New Mexico, Estados Unidos da América). **Denise Bueno** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Emerson Elias Merhy** (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil). **Érica Rosalba Mallmann Duarte** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Francisca Valda Silva de Oliveira** (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil). **Izabella Barison Matos** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil). **Hêider Aurélio Pinto** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil). **João Henrique Lara do Amaral** (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil). **Júlio Cesar Schweickardt** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil). **Laura Camargo Macruz Feuerwerker** (Universidade de São Paulo, Brasil). **Leonardo Federico** (Universidad Nacional de Lanús, Argentina). **Lisiane Bôer Possa** (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil). **Liliana Santos** (Universidade Federal da Bahia, Brasil). **Luciano Bezerra Gomes** (Universidade Federal da Paraíba, Brasil). **Mara Lisiane dos Santos** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil). **Márcia Regina Cardoso Torres** (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil). **Marco Akerman** (Universidade de São Paulo, Brasil). **Maria Augusta Nicoli** (Itália). **Maria das Graças Alves Pereira** (Instituto Federal do Acre, Brasil). **Maria Luiza Jaeger** (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil). **Maria Rocineide Ferreira da Silva** (Universidade Estadual do Ceará, Brasil). **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (Universidade Federal do Pará, Brasil). **Ricardo Burg Ceccim** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Rodrigo Tobias de Sousa Lima** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil). **Rossana Staevie Baduy** (Universidade Estadual de Londrina, Brasil). **Sara Donetto** (King's College London, Inglaterra). **Sueli Terezinha Goi Barrios** (Associação Rede Unida, Brasil). **Túlio Batista Franco** (Universidade Federal Fluminense, Brasil). **Vanderléia Laodete Pulga** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil). **Vera Lucia Kodjaoglanian** (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil). **Vera Maria da Rocha** (Associação Rede Unida, Brasil). **Vincenza Pellegrini** (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista, Jaqueline Miotto Guarnieri, Renata Riffel Bitencourt, Tatiane da Rosa Vasconcelos e Alana Santos de Souza.

Projeto Gráfico, Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Diagramação

Editora Rede Unida

Arte da Capa

Girasole blu (design trattato elettronicamente)

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Antzio Gomes - CRB-8 8846

D212s D'Apice, Clelia; Sarli, Leopoldo (org.).

La salute come bene comune: riflessioni sulla pandemia / Organizzadores: Clelia D'Apice e Leopoldo Sarli. – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.
170 p. (Série Saúde Coletiva e Cooperação Internacional, v. 6).
E-book: PDF.

Título traduzido: A saúde como bem comum: reflexões sobre a pandemia.
Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-54329-56-3.
DOI 10.18310/9788554329563.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. COVID-19. 3. Pandemias. 4. Serviços Básicos de Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

22-30180107

CDD 610.6:303.485
CDU 616-036.21

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Saúde Pública; Catástrofes (terremotos, epidemias, pandemias, guerras).
2. Serviços de Saúde Pública; Pandemia.

Copyright © 2022 Clelia D'Apice y Leopoldo Sarli.

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (051) 3391-1252

www.redeunida.org.br

La collezione editoriale **Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale** ha come obiettivo la diffusione di produzioni che sviluppano e portano al dibattito temi legati al campo della conoscenza e delle pratiche della Salute Collettiva e che derivano da azioni di cooperazione internazionale. Lo scopo è quello di mobilitare le analisi di confronto dei sistemi sanitari e, soprattutto, i dialoghi tra le iniziative, rafforzando e stimolando le pratiche collaborative, le discussioni e la crescita delle articolazioni dei ricercatori e degli operatori sanitari ed educativi intorno a temi comuni rilevanti per il campo della salute e delle politiche pubbliche. Le opere sono pubblicate in portoghese, spagnolo, italiano o inglese, cercando di sviluppare edizioni bilingui, per promuovere la più ampia portata possibile dei risultati e rafforzare lo scambio tra ricercatori e istituzioni nel campo della salute collettiva e dell'area dell'educazione della salute. Le pubblicazioni seguono il flusso editoriale dell'Editore Rede Unida.

La serie ha il coordinamento editoriale di: Alcindo Antônio Ferla (Brasile), Maria Augusta Nicoli (Italia), Emerson Elias Merhy (Brasile), Ricardo Burg Ceccim (Brasile) e Ardigò Martino (Italia).

The **Collective Health and International Cooperation** editorial series aims to disseminate productions that develop and bring to debate themes related to the field of knowledge and practices of Collective Health and are derived from international cooperation actions. The purpose is to mobilize comparative analyses of health systems and, above all, dialogues between initiatives, strengthening and stimulating collaborative practices, discussions, and the growth of articulations between researchers and health and education workers around common themes relevant to the field of health and public policies. The works are published in Portuguese, Spanish, Italian or English, seeking to develop bilingual editions, to promote the widest possible reach of the results and strengthen the exchange between researchers and institutions in the field of collective health and the area of health education. The publications follow the editorial flow of the Editora Rede Unida.

The series has editorial coordination by: Alcindo Antônio Ferla (Brazil), Maria Augusta Nicoli (Italy), Emerson Elias Merhy (Brazil), Ricardo Burg Ceccim (Brazil) and Ardigò Martino (Italy).

A série editorial **Saúde Coletiva e Cooperação Internacional** tem como objetivo disseminar produções que desenvolvem e trazem ao debate temas ligados ao campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva e são derivados de ações de cooperação internacional. A finalidade é mobilizar análises comparadas de sistemas de saúde e, sobretudo, diálogos entre iniciativas, fortalecendo e estimulando práticas colaborativas, discussões e o crescimento das articulações de pesquisadores, professores e trabalhadores da saúde e da educação em torno de temas comuns e relevantes para o campo da saúde e das políticas públicas. As obras são publicadas em português, espanhol, italiano ou inglês, procurando desenvolver edições bilingues, para promover o maior alcance possível dos resultados e fortalecer o intercâmbio entre pesquisadores e instituições no campo da saúde coletiva e da área do ensino da saúde. As publicações seguem os fluxos editoriais da Editora Rede Unida.

A Série tem coordenação editorial de: Alcindo Antônio Ferla (Brasil), Maria Augusta Nicoli (Itália), Emerson Elias Merhy (Brasil), Ricardo Burg Ceccim (Brasil) e Ardigò Martino (Itália).

Questa pubblicazione è stata realizzata grazie alla mobilitazione di una rete di ricercatori ed esperti di istituzioni pubbliche e private che sono stati invitati a condividere le loro riflessioni sul tema in occasione del seminario internazionale "La salute come bene comune: condividere le esperienze internazionali durante la pandemia di Covid-19", tenutosi il 26/05/2021 dal Centro Universitario per la Cooperazione Internazionale (CUCI) dell'Università di Parma.

This publication was made through the mobilization of a network of researchers and experts from public and private institutions who were invited to share their reflections on the subject at the international seminar "Health as a Common Good: sharing international experiences during the Covid-19 pandemic", held on May 26, 2021, by the University Center for International Cooperation (CUCI) of the University of Parma.

Esta publicação foi resultado da mobilização de uma rede de pesquisadores e especialistas vinculados a instituições públicas e privadas que foram instados a compartilhar reflexões sobre o tema a partir do seminário internacional "Saúde como bem comum: compartilhando experiências internacionais durante a pandemia de COVID-19", realizado em 26/05/2021, pelo Centro Universitário para a Cooperação Internacional (CUCI) da Universidade de Parma.

Publicato in coedizione tra l'Editore Rede Unida e l'Università di Parma. Published as a co-edition between the Editora Rede Unida and the University of Parma. Publicado em co-edição entre a Editora Rede Unida e a Universidade de Parma.

REVISORES:

Clelia D'Apice, Leopoldo Sarli, Alcindo Antônio Ferla, Maria Augusta Nicoli.

ISBN 978-85-54329-56-3



9 788554 329563 >



Indice / Contents / Sumário:

La salute come bene comune. Condividere esperienze internazionali durante la pandemia di Covid-19 (Clelia D'Apice, Leopoldo Sarli)	06
A saúde como um bem comum: compartilhando experiências internacionais durante a pandemia de Covid-19 (Clelia D'Apice, Leopoldo Sarli)	17
Health as a common good. Sharing international experiences during the Covid-19 pandemic (Clelia D'Apice, Leopoldo Sarli)	28
Atenção básica em saúde no enfrentamento à COVID-19: apoiando a respiração da vida nos diferentes territórios (Alcindo Antônio Ferla)	38
L'assistenza sanitaria di base nell'affrontare la COVID-19: sostenere la respirazione della vita nei differenti territori (Alcindo Antônio Ferla)	49
Learning to live with COVID-19 (Glenn Laverack)	59
Health as a common good: Contributions of Nursing to Community Health (Pedro Melo)	67
Saúde como um <i>bem comum</i>: Contributos da Enfermagem para a Saúde das Comunidades (Pedro Melo)	75
Il contact tracing come pratica situata durante la pandemia Covid-19 (Maria Augusta Nicoli, Chiara Benedetti, Mattia Bonetti, Giovanni Casaletti, Maria Teresa Carluccio, Milica Čavić, Giovanni Panciroli, Sabina Sanseverinati, Valentina Serafini)	84
O contact tracing como prática local de trabalho durante a pandemia de Covid-19 (Maria Augusta Nicoli, Chiara Benedetti, Mattia Bonetti, Giovanni Casaletti, Maria Teresa Carluccio, Milica Čavić, Giovanni Panciroli, Sabina Sanseverinati, Valentina Serafini)	113
“La salute come bene comune”: strategie di un approccio antropologico per la costruzione di una rete comunitaria. Da esempio locale ad una visione globale (Sandrino Marra)	142
"A saúde como bem comum": estratégias de uma abordagem antropológica para a construção de uma rede comunitária. De um exemplo local a uma visão global (Sandrino Marra)	152

Informazioni sull'evento / Information about the event / 163
Informações sobre o evento

Informazioni sugli Autori / About the Authors / Sobre os 165
Autores e Autoras

I capitoli originali di ogni testo sono inseriti come i principali in nero. I testi tradotti hanno le lingue associate ai colori: **verde** (tradotto dalla lingua originale in italiano), **blu** (tradotto dalla lingua originale in portoghese/brasiliano) e **marrone** (tradotto dalla lingua originale in inglese).

The original chapters of each text are inserted as the main ones in black. Translated texts have languages associated with the colours: **green** (translated from the original language into Italian), **blue** (translated from the original language into Portuguese/Brazilian) and **brown** (translated from the original language into English).

Os capítulos originais de cada texto estão inseridos como principais em preto. Os textos traduzidos têm idiomas associados às cores: **verde** (traduzidos do idioma original para o italiano), **azul** (traduzidos do idioma original para o português/brasileiro) e **marrom** (traduzidos do idioma original para inglês).

La salute come bene comune. Condividere esperienze internazionali durante la pandemia di Covid-19

Clelia D'Apice

Leopoldo Sarli

Per iniziare

Il contenuto di questo volume è frutto di un convegno internazionale in videoconferenza organizzato dagli autori nel maggio del 2021¹ con il fine di scambiare esperienze relative alle conseguenze della pandemia di Covid-19 provenienti da ogni parte del mondo.

La pandemia originata dall'infezione da virus SAR-CoV-2, che causa la patologia comunemente definita Covid-19, ha determinato cambiamenti nel comportamento abituale di tutti gli uomini del pianeta terra come non era mai avvenuto nella storia nota. In un certo senso la pandemia ha accomunato tutto il genere umano senza distinzioni di sesso, età, collocazione geografica coinvolgendolo in un'unica enorme tragedia, ma ha anche evidenziato, accentuandole, incredibili disuguaglianze. Agli effetti nefasti dell'infezione virale che ha colpito centinaia di milioni di persone ed ha causato milioni di decessi si sono aggiunti i danni per l'economia mondiale e le popolazioni che ne hanno subito le maggiori conseguenze sono proprio quelle più povere, soprattutto quelle di quella parte del mondo che grossolanamente definiamo sud del mondo o terzo mondo.

La pandemia ha scatenato una battaglia planetaria senza precedenti che ha visto una collaborazione tra gli esseri umani senza precedenti. La possibilità di incontrarsi per via telematica, di scambiarsi informazioni in tempo reale sul web e sui social media, l'attenzione globale prodotta dalle radio e dalle televisioni, hanno fatto sì che scienza e politica si siano finalmente alleate ed abbiano ottenuto risultati importanti nella lotta contro il virus.

Tuttavia, la pandemia ci ha anche dimostrato che non abbiamo il controllo del pianeta e, soprattutto, ci ha fatto rendere conto che in certe circostanze tutti gli esseri umani, e non solo gli scienziati, hanno

¹Università di Parma, convegno "La salute come bene comune", 26 Maggio 2021. <https://www.unipr.it/notizie/26-maggio-convegno-health-common-good-sharing-international-experiences-during-covid-19>

bisogno di collaborare con tutti gli altri esseri umani del pianeta, indipendentemente dai confini statali e dalle idee politiche e religiose.

La pandemia da Covid-19 ha dimostrato che la soluzione del problema non può essere raggiunta indipendentemente dai e nei singoli stati, ma deve necessariamente coinvolgere tutto il pianeta terra. Sappiamo che se tutta la popolazione europea si vaccina, ma non consentiamo per esempio di vaccinarsi a tutti gli africani, il virus continuerà replicarsi e succederà quello che è successo recentemente in Sudafrica: il virus muterà il suo corredo genetico, determinerà delle variazioni che gli consentiranno di aggredire più facilmente la popolazione non vaccinata, nasceranno le cosiddette varianti che potranno essere resistenti ai vaccini così abilmente e tempestivamente prodotti e nel giro di poche settimane tali variazioni dal Sudafrica arriveranno inesorabilmente in Europa, cambieranno l'andamento della pandemia e metteranno nuovamente in ginocchio le popolazioni che si erano vaccinate. E questo succederà ancora fintanto che tutta la popolazione mondiale non sarà vaccinata.

La pandemia da Covid-19 ha quindi dimostrato che la salute non è un bene che riguarda solo sé stessi, o sé stessi assieme ai propri cari o alla società in cui si vive, ma è un bene che riguarda il mondo intero. La salute è un bene comune che va equamente distribuito tra tutti gli esseri umani della terra se si vuole garantire la propria salute, la salute dell'individuo. "Nessuno sarà salvo se tutti non saremo salvi" ha affermato la Dott.ssa Flavia Bustreo nel corso del convegno di cui tratta questo volume e di cui parleremo più avanti.

A questo punto occorre fare una precisazione. Se la pandemia ci ha dimostrato che la salute, intesa come guarigione dall'infezione del virus SARS-CoV-2 e/o come prevenzione di quell'infezione, è un bene comune, non vuol dire che il bene comune è soltanto la vittoria della battaglia contro quel virus o contro tutti i virus o contro tutte le infezioni o contro tutte le malattie che conosciamo... Quel bene comune, la salute, è molto di più.

Innanzitutto, possiamo osservare come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la salute come una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale, modificando così quello che è il sentire comune che intende la salute solamente come assenza di malattia e come una condizione di efficienza del proprio organismo che viene vissuta individualmente come uno stato di relativo benessere fisico caratterizzato dall'assenza di patologie (Constituzione ..., 1948). La salute intesa come completo benessere fisico, mentale e sociale, a cui più recentemente è stato accostato anche l'attributo "spirituale", è un diritto inalienabile del genere umano, tutelato dalla Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo (Dichiarazione .., 1948) ed in Italia dall'articolo 32 della Costituzione

che recita “La repubblica tutela la salute, come fondamentale diritto dell’individuo, così come interesse per la collettività” (Costituzione ..., 1948). Il diritto universale alla salute si pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che spettano alle persone, dando applicazione a importanti principi quali dignità, equità, rispetto, uguaglianza.

Tenendo conto di queste definizioni, universalmente accettate, è evidente come gli stati debbano assumersi compiti che non possono limitarsi alla sola gestione di un sistema sanitario, ma devono promuovere i fattori che influiscono favorevolmente sul completo benessere della collettività e dell’individuo, eliminando allo stesso tempo i fattori che influiscono negativamente. I fattori che possono influenzare positivamente o negativamente la salute, sia quella individuale che quella di una comunità o della popolazione, sono numerosi e vengono oggi definiti Determinanti di salute. Potremmo elencare tra di essi i comportamenti personali, gli stili di vita, i fattori genetici, le condizioni di vita o di lavoro, le condizioni economiche, ambientali, culturali, le possibilità di accesso ai servizi sanitari. Chiaramente alcuni determinanti sono direttamente modificabili dall’individuo o dalla società, mentre altri sono non modificabili. L’elenco potrebbe essere ancora più lungo e la politica riconosce nel complesso l’importanza di tutti questi determinanti.

I veri problemi sorgono quando la collettività, attraverso la politica, tenta di dare una gerarchia ai determinanti di salute e su questa gerarchia propone strategie di salute pubblica che possono essere antitetiche ed inique. È noto, ad esempio, come negli USA viene data enfasi alla responsabilità individuale; la salute delle persone sarebbe condizionata per il 50% dai comportamenti e dallo stile di vita dei singoli individui e molto meno dai fattori ambientali e dall’organizzazione del sistema sanitario. In Europa invece si tende a dare enfasi al contesto; sarebbero infatti le condizioni socioeconomiche, culturali ed ambientali ad influire maggiormente sullo stato di salute. È evidente come concezioni così differenti, quasi antitetiche, siano alla base di politiche ed organizzazioni sanitarie molto differenti. È per questo che nel 2005 l’OMS ha istituito una Commissione sui determinanti sociali della salute che, dopo uno studio approfondito condotto in tutto il mondo, a distanza di tre anni ha pubblicato un report finale (WHO, 2008). Anche questo report assegna un’importanza assai rilevante al contesto politico e socio-economico che, pur includendo aspetti culturali e strutturali e funzionali dell’organizzazione sociale che non possono essere quantificati, ha grande influenza sulle scelte politiche circa la distribuzione delle risorse e quindi sulla salute degli individui. Questi determinanti di salute sono stati definiti “Strutturali”. Ce ne sono poi di “Intermedi” che comprendono le condizioni materiali dell’individuo e della collettività, vale a dire disponibilità di acqua potabile, di infrastrutture igieniche, di riscaldamento di cibo.

Determinanti intermedi di salute sono anche i comportamenti individuali, fattori biologici come età, sesso e fattori genetici, le condizioni socio-ambientali e psicosociali correlate: la posizione socio-economica svantaggiata può essere causa di stress cronico che ha impatto sulla salute. La coesione sociale ed il livello dell'organizzazione sanitaria sono anch'essi determinanti intermedi di salute.

Il report della Commissione sui determinanti sociali di salute ha però posto l'accento anche sulle gravi disuguaglianze di salute tra paesi ed all'interno dei paesi stessi, dichiarando che "la giustizia sociale sta diventando una questione di vita o di morte. Le risorse sono distribuite in modo ineguale e le persone raggiungono differenti posizioni sociali a seconda del reddito, dell'occupazione lavorativa, del gruppo etnico e del genere". Il rapporto ha posto l'imperativo per tutti i governi di agire sui determinanti sociali di salute nel loro insieme al fine di eliminare le disuguaglianze e per evitare che "la giustizia sociale finisca insieme alla vita di moltissime persone".

Sulla base di queste valutazioni le organizzazioni internazionali hanno messo in atto piani a medio e lungo termine per ridurre le disuguaglianze.

Al giorno d'oggi però non tutto funziona come dovrebbe in questa direzione. Come dimostrano recenti studi e statistiche internazionali la situazione di pandemia ha aggravato le disuguaglianze: i poveri sono aumentati e sono diventati più poveri, i ricchi sono diventati più ricchi (Rapporto OXAM, 2022). Ci sono paesi poverissimi, ci sono guerre su tutto il pianeta, ci sono movimenti politici che contrastano ogni tentativo di riequilibrio socio-economico, c'è il grave problema dell'inquinamento dell'ecosistema.

Dialoghi durante l'evento

L'esperienza maturata dagli autori in questi anni ha consentito di verificare di persona quanto queste differenze e questi problemi condizionano la disponibilità del bene salute e quanto situazioni socioeconomiche svantaggiate ostacolano gravemente la realizzazione ed il godimento del diritto fondamentale alla salute. Quest'esperienza ha dato anche modo agli autori di conoscere personalmente in diverse parti del mondo policy-makers del sistema salute, operatori sanitari e studiosi impegnati sulle modalità di raggiungere l'obiettivo della salute come bene globale.

E' nata pertanto l'idea di organizzare un convegno internazionale con l'intenzione di gettare uno sguardo su quanto sta accadendo nel mondo in tema di salute negata, allo scopo di evidenziare perché la salute sia un bene comune, perché debba essere riconosciuto come tale e quali siano gli ostacoli che l'affermazione di questo principio

incontra. Attraverso il convegno, abbiamo voluto rimarcare come la salute sia un diritto umano inalienabile, e come tale richieda protezione. Il Rettore dell'Università di Parma Paolo Andrei, nel suo discorso di apertura, ha ricordato che la salute è sia un diritto che un dovere: diritto umano fondamentale che deve essere garantito ad ogni individuo, e dovere di ogni individuo di impegnarsi per il suo riconoscimento e per la sua tutela. Una chiamata ad essere protagonisti attivi.

Il convegno si è arricchito della partecipazione di relatori provenienti da parti del mondo lontanissime ed all'apertura dei lavori si è dovuto salutare i partecipanti augurando buongiorno a chi si collegava da ovest e buona sera a chi si collegava da est.

Abbiamo dato spazio a voci provenienti da aree di guerra.

La nostra collaborazione con università ed organizzazioni sanitarie del Myanmar ed i rapporti di amicizia che si erano instaurati con persone appartenenti a diverse categorie sociali e professionali di quel paese ci ha reso particolarmente attenti e partecipi alla tragedia che quel popolo sta vivendo. Dopo che il paese aveva assaporato il profumo della democrazia, dopo più di sessant'anni di dittatura militare, stava ponendo particolare impegno nel ripristino di un sistema sanitario che garantisse un miglior livello di salute e stava affrontando con competenza la pandemia di Covid-19, il 1 febbraio 2021 un ennesimo colpo di stato militare ha calpestato il giovane germoglio della democrazia ed ha ripristinato la dittatura militare che aveva, già in passato, distrutto il sistema sanitario pubblico favorendo al contrario strutture private ad uso esclusivo dell'apparato militare. Abbiamo invitato a descrivere l'attuale situazione sanitaria di quello sfortunato paese il Prof. Zaw Wai Soe, chirurgo ortopedico, già Rettore dell'Università di Medicina 1 di Yangon, coordinatore dell'assemblea nazionale dei rettori, responsabile della gestione del Covid-19 nella regione di Yangon ed oggi Ministro della sanità e dell'istruzione del NUG, il Governo di Unità Nazionale nominato dai parlamentari eletti democraticamente prima del colpo di stato che opera in esilio contro la giunta militare. Il Prof. Zaw Wai Soe ha illustrato la situazione sanitaria del Myanmar, in particolar modo in relazione alla pandemia da Covid-19, prima e dopo il colpo di stato, sottolineando le differenze di gestione e i relativi rischi. Fino a prima del colpo di stato del 1 febbraio scorso, la diffusione della pandemia durante la prima e la seconda ondata è stata limitata grazie a sforzi massicci e coordinati dell'apparato politico democratico, del sistema sanitario, e di tutti i cittadini. Infatti, sotto la guida della Consigliera di Stato Daw Aung San Suu Kyi e il coordinamento del comitato di gestione della pandemia appositamente istituito, sono stati creati ospedali e altri presidi appositi per gestire i casi confermati, sono stati creati centri di quarantena, sono stati formati personale sanitario e volontari, ed è stato istituito un sistema di tracciamento e sorveglianza. A gennaio

2020 il Myanmar era pronto a cominciare lo sforzo vaccinale. In particolare, era stato fondamentale il coinvolgimento attivo delle comunità, attraverso campagne di sensibilizzazione e di formazione a loro dedicate. A seguito del colpo di stato è cambiato tutto: la campagna vaccinale è stata sospesa o dedicata solo ai militari e alle loro famiglie, i dati sono irreperibili o non verificabili dal momento che non esiste più un sistema di tracciamento, i dispositivi di protezione individuale e l'ossigeno sono difficilmente reperibili. Inoltre, i militari hanno occupato ospedali, vandalizzato strutture sanitarie e perseguitato, arrestato o ucciso i professionisti sanitari che si rifiutano di lavorare per loro. Il sistema sanitario è al collasso, il diritto alla salute è negato. Il NUG sta guidando una rete sanitaria di emergenza, ma i bisogni sono esponenziali, c'è bisogno di aiuto dal resto del mondo.

Quanto ci ha riferito il Prof. Zaw Wai Soe documenta come lo stato di guerra in un'area metta a repentaglio il diritto alla salute non solo di quell'area, ma anche del resto del mondo se si considera che molti cittadini birmani scappano dal paese per sfuggire alle violenze dell'esercito e la maggior parte di loro non sono vaccinati.

Della gestione di emergenze, come la pandemia in aree di guerra, ha parlato anche il Dott. Sauro Forni, coordinatore infermieristico della Organizzazione non governativa (ONG) "Emergency" che, dal 1994, è impegnata in maniera indipendente e neutrale, ad offrire cure medico-chirurgiche gratuite e di elevata qualità alle vittime delle guerre, delle mine antiuomo e della povertà in vari paesi del mondo. Dal 2006 Emergency è attiva anche in Italia, dove lavora per difendere il diritto alla salute dei più vulnerabili, come homeless e migranti, e supportare quanto dichiarato dall'articolo 32 della Costituzione Italiana, garantire la salute come diritto dell'individuo e come interesse della collettività. In particolare, in Italia Emergency si pone come ponte tra la persona e il sistema sanitario, fornendo cure di base a persone che verrebbero altrimenti escluse ed indirizzandole al servizio regionale. Da marzo 2020, anche Emergency si trova ad affrontare l'emergenza Covid-19, con l'obiettivo principale di non chiudere gli ambulatori, ma attrezzarsi per dare una risposta e rendere gli accessi sicuri. La risposta si è basata su due concetti fondamentali: formazione e informazione. Formazione dedicata del personale, anche grazie all'esperienza già maturata da Emergency nella gestione della pandemia di Ebola nel continente africano, con istituzione di protocolli ad hoc, potenziamento del lavoro logistico, e creazione di gruppi di ricerca. Grande sforzo è stato dato a gestire una campagna di informazione corretta e dedicata al bacino di utenza, ovvero persone che vivono in contesti precari e non hanno accesso ad altro tipo di informazione, attraverso i canali social di Emergency, filmati registrati in varie lingue, e creazione di gruppi WhatsApp per rispondere tempestivamente a dubbi e domande

Il convegno ha dato spazio ad aree del mondo nelle quali la classe politica dominante sta rendendo difficili gli sforzi dei professionisti sanitari per affrontare il Covid-19, ostacolando l'affermazione del principio della salute come bene comune. Il Prof. Alcindo Ferla, Professore associato dell'Università Federale del Rio Grande do Sul a Porto Alegre in Brasile, ha descritto l'esperienza dell'assistenza di base per la popolazione del Brasile anche in relazione alla gestione della pandemia. Non ci soffermeremo sui contenuti della sua relazione in quanto questi ultimi sono oggetto di un capitolo che lo stesso relatore ha scritto per questo volume.

Abbiamo dato voce a chi conosce bene il grande malato del globo terrestre, il continente africano afflitto da povertà endemica resa ancor più grave da numerose guerre. Il Dott. Andrea Atzori di "Medici per l'Africa - Cuamm" ha descritto il pregevole operato dell'associazione ora diretta da Don Dante Carraro. Gli operatori del Cuamm, non solo medici, sono impegnati nella cooperazione sanitaria nell'Africa subsahariana (Angola, Etiopia, Mozambico, Tanzania, Sierra Leone, Sud Sudan, Uganda, Repubblica Centrafricana). Amano dire che il loro lavoro si svolge nell'ultimo miglio, in aree lontane da quelle urbanizzate, per la tutela della salute delle popolazioni che ne hanno più bisogno. Dopo che il primo caso di Covid-19 nell'Africa subsahariana è stato confermato il 28 febbraio del 2020 in Nigeria, è stato indispensabile continuare a mantenere in funzione le loro strutture, mettendo, ovviamente, in sicurezza gli operatori. Uno dei problemi principali che hanno dovuto affrontare nei primi mesi di diffusione del coronavirus è stato quello di motivare gli operatori che temevano, continuando a lavorare, di contrarre l'infezione. La motivazione è stata ottenuta con un'adeguata formazione sulle modalità di trasmissione e diffusione del Covid-19, mostrando loro come e perché le strutture sanitarie venivano adeguate alla situazione ed insegnando l'uso corretto dei dispositivi di protezione individuale. Il passo successivo è stato quello di mobilitare le comunità convincendole a superare lo stigma. I pazienti non affetti dall'infezione da SARS-CoV-2 non si recavano in ospedale per i loro problemi di salute, temevano di contrarre l'infezione oltre a non avere i soldi per pagare il taxi o il mototaxi necessario per arrivare in ospedale. È stato quindi necessario informare le comunità di quanto era stato fatto per rendere sicuri i luoghi di cura, sono stati migliorati i sistemi igienici, sono stati garantiti trasporti gratuiti in ospedale con ambulanze o motoambulanze, e si è riusciti ad andare incontro anche agli altri bisogni di salute. Per ottenere questi risultati e consentire la cura delle persone affette da Covid-19 e l'avvio di una campagna vaccinale si è reso necessario l'approvvigionamento di dispositivi di protezione individuali, di disinfettanti, di farmaci e di vaccino. Il materiale, proveniente da donazioni, è stato stoccato in siti europei, cinesi ed a Dubai ed è stato inviato con voli umanitari nelle sedi di utilizzo, in Africa, organizzando la logistica necessaria.

L'impatto sui poveri è stato l'effetto indiretto più grave: la pandemia ha ridotto le importazioni e le esportazioni, il turismo internazionale ha avuto una diminuzione tra il 60% e l'80%, sono drasticamente calati gli investimenti dall'estero. Il 40% della popolazione africana vive in condizioni di estrema povertà, con meno di 2 dollari al giorno, si calcola che questa fascia di poveri raddoppierà nel prossimo futuro. "La malattia è un amplificatore senza confini delle gravissime disuguaglianze sociali ed economiche" ha affermato don Dante Carraro nel suo recente libro intitolato "Quello che possiamo imparare in Africa. La salute come bene comune" (Carraro; Di Paolo, 2022).

Delle gravissime disuguaglianze ha parlato durante il convegno la Dott.ssa Flavia Bustreo, medico, già Vice Direttrice generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la salute della famiglia delle donne e dei bambini e vice presidente del GAVI Alliance (già Global Alliance for vaccines and immunization), ente di cooperazione mondiale tra soggetti pubblici e privati con lo scopo di assicurare l'immunizzazione per tutti. Indubbiamente il risultato del progresso scientifico va celebrato: non era mai accaduto che in meno di un anno dalla prima mappatura del DNA del virus si riuscisse ad ottenere un vaccino efficace. La produzione dei vaccini ha tuttavia generato un "nazionalismo vaccinale": le ditte farmaceutiche che hanno prodotto vaccini li hanno distribuiti prevalentemente alle popolazioni a loro vicine. Ecco che, come conseguenza l'83% delle dosi è stata distribuita in paesi ad alto reddito e solo l'1% a paesi africani. Occorre istituire una campagna vaccinale globale, una battaglia ed una collaborazione senza precedenti che comprenda l'ingegnerizzazione dei vaccini, la loro produzione, la commercializzazione, la distribuzione, la formazione all'utilizzo e l'eliminazione di ogni barriera. Solo così sarà possibile eliminare questa incredibile iniquità. Per raggiungere questo scopo occorre innanzitutto disporre di una piattaforma globale e la COVAX Platform costituita dal GAVI in collaborazione con il CEPi risponde a questa esigenza. Grazie a quanto messo in campo da questa piattaforma sono stati raggiunti anche i paesi a basso reddito. Bisogna poi pensare all'approvvigionamento dei vaccini. C'è stato un incontro a Roma che ha riunito i paesi del G-20 affinché questi producessero uno sforzo urgente per sostenere la piattaforma COVAX con la fornitura di dosi di vaccino. È stato raggiunto l'accordo per conferire a COVAX le dosi in eccesso dei paesi ad alto reddito da condividere con i paesi a basso reddito. Sono state anche ottenute donazioni dalle grandi compagnie farmaceutiche produttrici di vaccino. Pfizer BioNTech ha annunciato che un miliardo di dosi del loro vaccino verrà messo a disposizione di COVAX, Johnson & Johnson ne metterà a disposizione 200 milioni. Un'ulteriore iniziativa indispensabile per eliminare le iniquità della vaccinazione contro la pandemia è quella sotto l'egida dell'Organizzazione Mondiale del Commercio (WTO), proposta dai governi di Sudafrica e India e

sostenuta da Gino Strada di Emergency, che richiede la sospensione temporanea dei brevetti e la condivisione del know how tecnico e delle competenze per ampliare la produzione degli stessi. Non c'è ancora consenso unanime nonostante il sostegno degli stati uniti e di paesi europei come l'Italia. Una soluzione provvisoria potrebbe essere quella di una sospensione temporanea dei brevetti su basi e volontaria.

La pandemia ha messo in evidenza le carenze strutturali dei sistemi sanitari avanzati, soprattutto a livello territoriale. Di diverse sfaccettature di questo tema hanno riferito Il Prof. Glenn Laverack, collaboratore del governo regionale di Aragona in Spagna, il Prof. Pedro Melo dell'Università Cattolica Portoghese, entrambi esperti di salute pubblica e di comunità, la Dott.ssa Augusta Nicoli, già responsabile del Programma Innovazione sociale dell'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia Romagna ed il Dott. Sandrino Marra docente a contratto del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Parma e responsabile dell'internazionalizzazione del Corso. Il loro contributo è riportato in specifici capitoli di questo volume. Ne ha parlato anche il Dott. Gianfranco Martucci, medico, specializzato in salute pubblica, che ha evidenziato come la pandemia ha messo in risalto la necessità che strutture come i laboratori o gli ospedali necessitino in generale di una elevata standardizzazione e uniformazione dei processi per dare risultati migliori mentre, al contrario, le cure primarie e più in generale la salute pubblica richiedono un forte adattamento di possibili linee guida al contesto dove vengono implementate. Gli interventi in questi ambiti sono sistemi complessi lanciati all'interno di altri sistemi complessi, ovvero sono caratterizzati da più livelli intersecati tra loro, che non possiamo limitarci ad analizzare separatamente, ma che devono necessariamente essere guardati nel loro insieme.

La Dott.ssa Anne Maria Muller, dell'Università di Friburgo in Germania ha messo in rilievo un aspetto particolare dei danni causati dalla pandemia che è quello che riguarda la sfera psichica delle persone coinvolte sia come pazienti che come operatori sanitari. Diversi studi sostengono che una perdita del controllo degli accadimenti prolungata per molto tempo, assieme all'isolamento sociale generano stress, stanchezza, fatigue. Nel corso della pandemia, il disagio psicologico ha riguardato soprattutto persone fragili come bambini, vecchi e disabili. L'isolamento delle persone anziane è avvenuto sia in famiglia per ridurre il rischio di contagio, sia in ospedale quando la gravità della malattia richiedeva il ricovero. A questi problemi si sono aggiunti in molti casi quelli economici, la perdita del lavoro, le incognite sul futuro. Ne è conseguita spesso l'insorgenza di ansia, stress emotivo, depressione, dipendenza da psicofarmaci e alcool. Non sono esenti da problemi psicologici gli operatori sanitari che, con frequenza non trascurabile sono andati incontro a stress sino all'esaurimento sul piano emotivo: Burnout. Lo

stress in altri casi ha smascherato, peggiorandoli, problemi psicologici preesistenti. Un trial clinico ha evidenziato stress nel 33% della popolazione esaminata che era venuta in contatto con il Covid-19, chi era già affetto da ansia ha visto un peggioramento di questo sintomo, il 7,6% di persone che hanno contratto l'infezione è andato incontro a depressione. Lo stress prolungato determina una riduzione dell'efficienza del sistema immunitario e questa è probabilmente la causa della maggior incidenza di altre patologie tra i malati di Covid-19. Un possibile antidoto a queste conseguenze psicologiche è l'impegno in attività quali sport, volontariato, iniziative che diano spazio alla creatività.

Per concludere

Quel convegno, ricco di contenuti e di spunti, ha permesso di analizzare il tema della salute come bene comune da prospettive molto diverse, ma convergenti. Il Covid-19 ci ha trovato impreparati, nelle modalità di comunicazione, nel mancato coinvolgimento delle comunità, e questo ha avuto effetti negativi in una fase iniziale della gestione della pandemia anche nei paesi ricchi, ma la diffusione rapida dei dati, l'impegno della scienza e l'alleanza di questa con la politica ha consentito di ottenere importanti risultati. Questi risultati vanno condivisi anche con studiosi ed operatori di paesi meno ricchi; informazione e formazione sono strumenti fondamentali. Ma fondamentale è anche vaccinare chi non può acquistare il vaccino, chi non ha la possibilità di raggiungere i centri vaccinali, chi non ha a disposizione centri vaccinali. Occorre fare un ulteriore sforzo comune per consentire al bene salute di diventare bene comune. La salute deve essere concepita come bene comune, e come tale ristabilire la gerarchia di valori a cui tutte le politiche economiche, gli assetti produttivi, i servizi pubblici, la ricerca scientifica e l'istruzione devono essere finalizzati. L'impegno del singolo e della collettività deve essere indirizzato al riconoscimento e all'affermazione di questo diritto per tutti, in ogni parte del mondo. La salute diventa così davvero un bene comune, diventa progetto condiviso.

Ci piace concludere questo capitolo con una citazione del compianto Gino Strada: "I diritti sono tali solo se sono uguali per tutti, sennò sono dei privilegi".

Referenze bibliografiche

Università di Parma, convegno "La salute come bene comune", 26 Maggio 2021. <https://www.unipr.it/notizie/26-maggio-convegno-health-common-good-sharing-international-experiences-during-covid-19>

Carraro D. con Di Paolo P. Quello che possiamo imparare in Africa. La salute come bene comune. Laterza, Bari, 2022. ISBN 978-88-581-4187-8

Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health, 27 Agosto 2008, consultabile al link: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

Costituzione della Repubblica Italiana, entrata in vigore il 1 Gennaio 1948, consultabile al link: https://www.senato.it/sites/default/files/media-documents/Costituzione_novembre_2021.pdf

Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, entrata in vigore il 7 Aprile 1948. Consultabile al link: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, entrata in vigore il 10 Dicembre 1948, consultabile al link: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Rapporto OXAM: La pandemia come disuguaglianza. 2022
<https://www.oxfamitalia.org/la-pandemia-della-disuguaglianza/>

A saúde como um bem comum: compartilhando experiências internacionais durante a pandemia de Covid-19

Clelia D'Apice
Leopoldo Sarli

Para iniciar

O conteúdo deste volume é o resultado de uma videoconferência internacional organizada pelos autores em maio de 2021² com o objetivo de trocar experiências relacionadas com as consequências da pandemia de Covid-19 de todo o mundo.

A pandemia desencadeada pela infecção pelo vírus SAR-CoV-2, que causa a doença comumente chamada de Covid-19, provocou mudanças no comportamento habitual de todos os humanos no planeta Terra como nunca na história conhecida. De certa forma, a pandemia uniu toda a raça humana, independentemente do sexo, idade ou localização geográfica, e os envolveu em uma enorme tragédia, mas também destacou e acentuou desigualdades incríveis. Além dos efeitos nocivos da infecção viral, que afetou centenas de milhões de pessoas e causou milhões de mortes, também houve danos à economia mundial, e as pessoas que mais sofreram foram as mais pobres, especialmente aquelas na parte do mundo que definimos, grosso modo, como *o Sul* ou *o Terceiro Mundo*.

A pandemia desencadeou uma batalha planetária sem precedentes. A possibilidade de se encontrar virtualmente, de trocar informações em tempo real na web e nas mídias sociais, a atenção global produzida pelo rádio e pela televisão, significou que a ciência e a política finalmente uniram forças e alcançaram resultados importantes na luta contra o vírus.

Entretanto, a pandemia também nos mostrou que não estamos no controle do planeta e, acima de tudo, nos fez perceber que, em certas circunstâncias, todos os seres humanos, e não apenas os cientistas, precisam cooperar com todos os outros seres humanos do planeta,

²Università di Parma, convegno “ La salute come bene comune”, 26 Maggio 2021.
<https://www.unipr.it/notizie/26-maggio-convegno-health-common-good-sharing-international-experiences-during-covid-19>

independentemente das fronteiras estatais e das visões políticas e religiosas.

A pandemia de Covid-19 mostrou que a solução do problema não pode ser alcançada independentemente e em estados isolados, mas deve necessariamente envolver todo o planeta Terra. Sabemos que se toda a população europeia for vacinada, mas não permitimos, por exemplo, que todos os africanos fossem vacinados, o vírus continuará a se replicar e o que aconteceu recentemente na África do Sul acontecerá: O vírus mudará sua composição genética, criará variações que lhe permitirão atacar mais facilmente a população não vacinada, surgirão as chamadas variantes que podem ser resistentes às vacinas, tão habilmente e prontamente produzidas, e dentro de algumas semanas essas variações da África do Sul chegarão inexoravelmente à Europa, mudarão o curso da pandemia e colocarão as populações vacinadas de joelhos novamente. E isto continuará a acontecer até que toda a população mundial seja vacinada.

A pandemia de Covid-19 mostrou, assim, que a saúde não é apenas um bem que diz respeito a si mesmo, ou a si mesmo e aos seus entes queridos ou à sociedade em que se vive, mas é um bem que diz respeito ao mundo inteiro. A saúde é um bem comum que deve ser distribuído igualmente entre todos os seres humanos na Terra, se quisermos garantir nossa própria saúde, a saúde do indivíduo. "Ninguém será salvo a menos que todos sejamos salvos", disse a Dra. Flavia Bustreo durante a conferência na qual este livro se baseia, e que discutiremos mais tarde.

Neste momento, é necessário um esclarecimento. Se a pandemia nos mostrou que a saúde, entendida como recuperação da infecção pelo vírus SRA-CoV-2 e/ou como prevenção dessa infecção, é um bem comum, isso não significa que o bem comum seja apenas a vitória da batalha contra esse vírus ou contra todos os vírus ou contra todas as infecções ou contra todas as doenças que conhecemos... Esse bem comum, a saúde, é muito mais.

Em primeiro lugar, podemos observar que, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a saúde como uma condição de completo bem-estar físico, mental e social, mudou o entendimento comum de saúde como ausência de doença e como condição de eficiência do organismo, que é experimentada individualmente como um estado de relativo bem-estar físico, caracterizado pela ausência de patologias (Constituzione ..., 1948). A saúde, entendida como completo bem-estar físico, mental e social, ao qual o atributo "espiritual" foi mais recentemente acrescentado, é um direito inalienável da raça humana, protegido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (Dichiarazione .., 1948) e, na Itália, pelo artigo 32 da Constituição, que diz: "A República protege a saúde como um direito fundamental do indivíduo, assim como um interesse para a

coletividade" (Constituzione ..., 1948). O direito universal à saúde sustenta todos os outros direitos fundamentais de todas as pessoas, aplicando princípios importantes como dignidade, justiça, respeito e igualdade.

Levando em consideração estas definições universalmente aceitas, é claro que os Estados devem assumir tarefas que não podem se limitar apenas à gestão de um sistema de saúde, mas devem promover fatores que influenciam favoravelmente o bem-estar completo da comunidade e do indivíduo, ao mesmo tempo em que eliminam fatores que têm uma influência negativa. Os fatores que podem influenciar positiva ou negativamente a saúde, seja individual, comunitária ou populacional, são numerosos e agora são referidos como determinantes da saúde. Estes incluem comportamento pessoal, estilo de vida, fatores genéticos, condições de vida ou de trabalho, condições econômicas, ambientais e culturais, e acesso a serviços de saúde. Claramente, alguns determinantes são diretamente modificáveis pelo indivíduo ou pela sociedade, enquanto outros não o são. A lista poderia ser ainda mais longa, e as políticas em geral reconhecem a importância de todos esses determinantes.

Os problemas reais surgem quando a comunidade, através da política, tenta dar uma hierarquia aos determinantes da saúde, e com base nessa hierarquia propõe estratégias de saúde pública que podem ser antitéticas e injustas. É bem conhecido, por exemplo, que nos EUA a ênfase é colocada na responsabilidade individual; diz-se que 50% da saúde das pessoas é condicionada pelo comportamento e estilo de vida dos indivíduos e muito menos por fatores ambientais e pela organização do sistema de saúde. Na Europa, por outro lado, há uma tendência a enfatizar o contexto, sendo as condições socioeconômicas, culturais e ambientais as que têm maior influência sobre a saúde. É evidente que conceitos tão diferentes, quase opostos, estão na base de políticas e organizações de saúde muito diferentes entre si nos diversos países. É por esta razão que em 2005 a OMS criou uma Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde que, após um estudo aprofundado realizado em todo o mundo, publicou um relatório final (WHO, 2008), três anos mais tarde. Este relatório também atribui grande importância ao contexto político e socioeconômico que, embora inclua aspectos culturais, estruturais e funcionais da organização social que não podem ser quantificados, tem grande influência nas escolhas políticas relativas à distribuição de recursos e, portanto, na saúde dos indivíduos. Esses determinantes da saúde têm sido denominados "estruturais". Há também determinantes "intermediários", que incluem as condições materiais do indivíduo e da comunidade, ou seja, disponibilidade de água potável, saneamento, aquecimento e alimentação. Os determinantes intermediários da saúde também são comportamentos individuais, fatores biológicos como idade, sexo e

fatores genéticos, e condições socioambientais e psicossociais relacionadas: uma posição socioeconômica desfavorecida pode causar estresse crônico que impacta na saúde. A coesão social e o nível de organização da saúde também são determinantes intermediários da saúde.

Entretanto, o relatório da Comissão sobre os determinantes sociais da saúde também destacou as graves desigualdades na saúde entre e dentro dos países, afirmando que "a justiça social está se tornando uma questão de vida ou morte". Os recursos são desigualmente distribuídos e as pessoas atingem diferentes posições sociais de acordo com sua renda, ocupação, grupo étnico e gênero". O relatório estabeleceu o imperativo para todos os governos de agir sobre os determinantes sociais da saúde como um todo, a fim de eliminar as desigualdades e evitar que "a justiça social termine junto com as vidas de tantas pessoas".

Com base nessas avaliações, as organizações internacionais estabeleceram planos de médio e longo prazos para reduzir as desigualdades.

Hoje, no entanto, nem tudo está funcionando como deveria nesta direção. Como mostram estudos recentes e estatísticas internacionais, a situação pandêmica agravou as desigualdades: os pobres aumentaram e se tornaram mais pobres, os ricos se tornaram mais ricos (Rapporto OXAM, 2022). Há países muito pobres, há guerras em todo o planeta, há movimentos políticos que se opõem a qualquer tentativa de reequilíbrio socioeconômico, e há o grave problema da poluição dos ecossistemas.

Diálogos durante o evento

A experiência adquirida pelos autores nos últimos anos lhes permitiu ver, por si mesmos, o quanto essas diferenças e problemas afetam a disponibilidade da saúde e o quanto as situações socioeconômicas desvantajosas dificultam seriamente a realização e o gozo do direito fundamental à saúde. Esta experiência também deu aos autores a oportunidade de se encontrarem pessoalmente em diferentes partes do sistema mundial de saúde, com trabalhadores da saúde e com acadêmicos comprometidos com as formas de alcançar o objetivo da saúde como um bem global.

Isto deu origem à ideia de organizar uma conferência internacional com a intenção de dar uma mirada no que está acontecendo no mundo em termos de saúde negada, com o objetivo de destacar porque a saúde é um bem comum, porque ela deve ser reconhecida como tal e quais são os obstáculos para a afirmação deste princípio. Através da conferência, quisemos destacar que a saúde é um direito humano inalienável e, como tal, requer proteção. Em seu discurso de

abertura, o Reitor da Universidade de Parma, Paolo Andrei, lembrou que a saúde é tanto um direito quanto um dever: um direito humano fundamental que deve ser garantido a cada indivíduo, e o dever de cada indivíduo de trabalhar para seu reconhecimento e proteção. Um chamado para sermos protagonistas ativos.

A conferência foi enriquecida com a participação de palestrantes de partes distantes do mundo, e na abertura dos trabalhos tivemos que saudar os participantes desejando bom dia àqueles que estavam se conectando do Oeste e boa noite àqueles que estavam se conectando do Leste.

Demos espaço às vozes das zonas de guerra.

Nossa colaboração com universidades e organizações de saúde em Mianmar, e nossas amizades com pessoas de diferentes origens sociais e profissionais do país, nos tornaram particularmente conscientes e solidários com a tragédia que as pessoas estavam vivenciando naquele país. Depois de o país ter provado o perfume da democracia, após mais de sessenta anos de ditadura militar, estava fazendo um esforço especial para restaurar um sistema de saúde que garantisse um melhor nível de saúde e estava enfrentando com competência a pandemia de Covid-19, em 1 de fevereiro de 2021, mais um golpe militar pisoteou o jovem broto da democracia e restaurou a ditadura militar que já havia, no passado, destruído o sistema de saúde pública, favorecendo, em vez disso, estruturas privadas para o uso exclusivo do aparelho militar. Convidamos o Prof. Zaw Wai Soe, cirurgião ortopedista, ex-Reitor da Universidade de Medicina 1 de Yangon, coordenador da Assembleia Nacional de Reitores, responsável pela gestão do Covid-19 na região de Yagon e Ministro da Saúde e Educação do NUG, o Governo de Unidade Nacional, nomeado pelos parlamentares democraticamente eleitos antes do golpe de Estado, e que atualmente opera no exílio contra a junta militar, para descrever a situação atual da saúde naquele infeliz país. O Prof. Zaw Wai Soe descreveu a situação da saúde em Mianmar, particularmente em relação à pandemia de Covid-19, antes e depois do golpe, destacando as diferenças na gestão e riscos relacionados. Até antes do golpe de 1º de fevereiro, a propagação da pandemia durante a primeira e segunda ondas foi contida graças aos esforços maciços e coordenados do aparato político democrático, do sistema de saúde e de todos os cidadãos. De fato, sob a liderança da Conselheira de Estado Daw Aung San Suu Kyi e a coordenação do comitê de gestão da pandemia especialmente estabelecido, foram criados hospitais e outras instalações para lidar com casos confirmados, foram criados centros de quarentena, foram treinados trabalhadores de saúde e voluntários e foi estabelecido um sistema de rastreamento e vigilância. Em janeiro de 2020, Mianmar estava pronta para iniciar o esforço de vacinação. Em particular, o envolvimento ativo das comunidades, através de campanhas de

conscientização e treinamento dirigidas a elas, tinha sido crucial. Após o golpe, tudo mudou: a campanha de vacinação foi suspensa ou dedicada apenas aos militares e suas famílias, os dados são indetectáveis ou incontroláveis, pois não há mais um sistema de rastreamento, equipamentos de proteção pessoal e oxigênio são difíceis de encontrar. Além disso, os militares ocuparam hospitais, vandalizaram instalações de saúde e assediaram, prenderam ou mataram profissionais de saúde que se recusam a trabalhar para eles. O sistema de saúde está em colapso, o direito à saúde é negado. O NUG está liderando uma rede de saúde de emergência, mas as necessidades são exponenciais, a ajuda é necessária do resto do mundo.

O que o Prof. Zaw Wai Soe nos disse documenta como o estado de guerra em um território põe em risco o direito à saúde não apenas daquela área, mas também do resto do mundo, se considerarmos que muitos cidadãos birmaneses fogem do país para escapar da violência do exército e a maioria deles não são vacinados.

A gestão de emergências, tais como pandemias em zonas de guerra, também foi discutida pelo Dr. Sauro Forni, coordenador de enfermagem da organização não-governamental (ONG) "Emergência" que, desde 1994, tem se comprometido de forma independente e neutra em oferecer assistência médico-cirúrgica gratuita e de alta qualidade às vítimas de guerra, minas terrestres e pobreza em vários países do mundo. Desde 2006, a Emergency também está ativa na Itália, onde trabalha para defender o direito à saúde dos mais vulneráveis, como os sem-teto e os migrantes, e para apoiar o que está estabelecido no Artigo 32 da Constituição Italiana, garantindo a saúde como um direito individual e como um interesse coletivo. Em particular, na Itália, a Emergency atua como uma ponte entre a pessoa e o sistema de saúde, fornecendo cuidados básicos às pessoas que, de outra forma, seriam excluídas e encaminhadas para o serviço social regional. Desde março de 2020, a Emergency também teve que enfrentar a emergência Covid-19, com o objetivo principal de não fechar as clínicas ambulatoriais, mas se equipar para dar uma resposta e tornar os acessos seguros. A resposta foi baseada em dois conceitos fundamentais: treinamento e informação. Treinamento dedicado do pessoal, também graças à experiência que a Emergency já havia adquirido na gestão da pandemia do Ébola no continente africano, com o estabelecimento de protocolos *ad hoc*, o fortalecimento do trabalho logístico e a criação de grupos de pesquisa. Foi feito um grande esforço para gerenciar uma campanha de informação correta dedicada à área de captação, ou seja, pessoas que vivem em contextos precários e não têm acesso a outros tipos de informação, através dos canais sociais do Emergency, vídeos gravados em vários idiomas e a criação de grupos WhatsApp para responder prontamente a dúvidas e perguntas.

A conferência deu espaço a áreas do mundo onde a classe política dominante está dificultando os esforços dos profissionais de saúde para enfrentar o Covid-19, impedindo a afirmação do princípio da saúde como um bem comum. O Prof. Alcindo Ferla, Professor Associado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em Porto Alegre, Brasil, descreveu a experiência dos cuidados primários para a população do Brasil também em relação ao manejo da pandemia. Não vamos nos deter no conteúdo de seu relatório, pois este é o tema de um capítulo que ele mesmo escreveu para este volume.

Também demos voz a alguém que conhece a grande doença do globo, o continente africano, afligido pela pobreza endêmica, agravada ainda mais por numerosas guerras. A Dra. Andrea Atzori de 'Doutores para a África - Cuamm' descreveu o valioso trabalho da associação agora dirigida por Don Dante Carraro. Os operadores Cuamm, não apenas médicos, estão engajados na cooperação sanitária na África subsaariana (Angola, Etiópia, Moçambique, Tanzânia, Serra Leoa, Sudão do Sul, Uganda, República Centro-Africana). Eles gostam de dizer que seu trabalho ocorre na última milha, em áreas distantes das áreas urbanizadas, para proteger a saúde das pessoas que mais precisam. Depois que o primeiro caso de Covid-19 na África subsaariana foi confirmado, em 28 de fevereiro de 2020, na Nigéria, era imperativo continuar a manter suas instalações funcionando, enquanto, é claro, mantinham seus trabalhadores em segurança. Um dos principais problemas que enfrentaram nos primeiros meses do surto de coronavírus foi motivar os trabalhadores que temiam ser infectados por continuarem a trabalhar. A motivação foi alcançada fornecendo treinamento adequado sobre como a Covid-19 é transmitida e difundida, mostrando-lhes como e porque as instalações de saúde foram adaptadas à situação, e ensinando o uso correto de equipamentos de proteção pessoal. O passo seguinte foi mobilizar as comunidades e convencê-las a superar o estigma. Os pacientes que não estavam infectados com o SRA-CoV-2 não iam ao hospital para cuidar de seus problemas de saúde, pois tinham medo de contrair a infecção e não tinham dinheiro para pagar o táxi ou o mototáxi para chegar ao hospital. Portanto, era necessário informar às comunidades sobre o que havia sido feito para tornar os locais de atendimento seguros, melhorado o saneamento, garantido o transporte gratuito para o hospital em ambulância ou motocicleta e outras providências para minimizar as necessidades de saúde. Para alcançar estes resultados e permitir o tratamento das pessoas que sofrem de Covid-19 e o lançamento de uma campanha de vacinação, foi necessário adquirir equipamentos de proteção individual, desinfetantes, medicamentos e vacinas. O material, proveniente de doações, foi armazenado em locais na Europa, China e Dubai e enviado em voos humanitários para os locais de uso na África, organizando a logística necessária. O impacto sobre os pobres foi o efeito indireto mais grave: a pandemia reduziu as importações e

exportações, o turismo internacional caiu entre 60% e 80%, e o investimento estrangeiro caiu drasticamente. Quarenta por cento da população africana vive em extrema pobreza, com menos de 2 dólares por dia, e estima-se que este grupo de pessoas pobres irá dobrar no futuro próximo. "A doença é um amplificador sem limites de desigualdades sociais e econômicas muito sérias", disse Don Dante Carraro em seu recente livro intitulado "O que podemos aprender na África". A saúde como um bem comum" (Carraro; Di Paolo, 2022).

No evento, a Dra. Flavia Bustreo, médica e ex-diretora geral adjunta da Organização Mundial da Saúde para a saúde das famílias, mulheres e crianças, e vice-presidente da Aliança GAVI (antiga Aliança Global para Vacinas e Imunização), um órgão de cooperação global entre entidades públicas e privadas com o objetivo de garantir imunização para todos, falou sobre as desigualdades extremamente graves. Não há dúvida de que a conquista do progresso científico deve ser comemorada: nunca foi possível obter uma vacina eficaz em menos de um ano após o primeiro mapeamento do DNA do vírus como em relação à Covid-19. Entretanto, a produção de vacinas levou ao "nacionalismo vacinal": as empresas farmacêuticas que as produziram distribuíram-nas principalmente para populações próximas a elas. Como resultado, 83% das doses foram distribuídas em países de alta renda e apenas 1% para países africanos. Precisamos estabelecer uma campanha global de vacinação, uma batalha e colaboração sem precedentes que englobe a engenharia de vacinas, sua produção, marketing, distribuição, treinamento em seu uso e a remoção de todas as barreiras. Só então será possível eliminar esta incrível iniquidade. Para isso, precisamos de uma plataforma global, e a Plataforma COVAX criada pela GAVI em colaboração com a CEPI atende a essa necessidade. Graças ao trabalho desta plataforma, mesmo os países de baixa renda foram alcançados. Houve uma reunião em Roma que reuniu os países do G-20 para fazer um esforço urgente para apoiar a plataforma COVAX com o fornecimento de doses de vacinas. Chegou-se a um acordo para dar à COVAX doses excedentes dos países de alta renda para compartilhar com os países de baixa renda. As doações também foram obtidas das grandes empresas de vacinas. A Pfizer BioNTech anunciou que um bilhão de doses de sua vacina serão disponibilizadas à COVAX, a Johnson & Johnson fornecerá 200 milhões. Outra iniciativa necessária para eliminar as desigualdades da vacinação pandêmica é aquela sob os auspícios da Organização Mundial do Comércio (OMC), proposta pelos governos da África do Sul e da Índia e apoiada por Gino Strada de Emergency, que pede a suspensão temporária das patentes e o compartilhamento de know-how técnico e de especialização para expandir sua produção. Ainda não há consenso unânime, apesar do apoio dos Estados Unidos e de países europeus, como a Itália. Uma solução provisória poderia ser uma suspensão temporária das patentes, numa base voluntária.

A pandemia tem destacado as deficiências estruturais dos sistemas avançados de saúde, especialmente em nível territorial. Glenn Laverack, colaborador do governo regional de Aragão na Espanha, Pedro Melo da Universidade Católica Portuguesa, ambos especialistas em saúde pública e comunitária, Dra. Augusta Nicoli, ex-chefe do Programa de Inovação Social da Agência de Saúde e Social da Região Emilia Romagna, e Dr. Sandrino Marra, professor contratado do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade de Parma e responsável pela internacionalização do Curso, relataram as várias facetas deste tema. Sua contribuição é relatada em capítulos específicos deste volume. O Dr. Gianfranco Martucci, médico especializado em saúde pública, também falou sobre a pandemia, destacando a necessidade de estruturas como laboratórios ou hospitais terem um alto nível de padronização e uniformidade de processos a fim de alcançar melhores resultados, enquanto os cuidados primários e a saúde pública em geral requerem uma forte adaptação das possíveis diretrizes ao contexto em que são implementadas. As intervenções nestes campos são sistemas complexos lançados dentro de outros sistemas complexos, ou seja, caracterizam-se por vários níveis de interseção, que não podemos simplesmente analisar separadamente, mas que devem necessariamente ser analisados como um todo.

A Dra. Anne Maria Muller, da Universidade de Freiburg, na Alemanha, destacou um aspecto particular dos danos causados pela pandemia, que diz respeito à esfera psicológica das pessoas envolvidas, tanto em pacientes quanto aos agentes de saúde. Vários estudos afirmam que a perda prolongada do controle sobre os eventos relativos à própria vida, juntamente com o isolamento social, leva ao estresse, fadiga e cansaço. Durante a pandemia, o sofrimento psicológico afetou principalmente pessoas frágeis, como crianças, idosos e deficientes. O isolamento dos idosos ocorreu tanto dentro da família, para reduzir o risco de infecção, como no hospital, quando a gravidade da doença exigia hospitalização. Em muitos casos, estes problemas foram agravados por problemas econômicos, a perda de empregos e incertezas sobre o futuro. Isto frequentemente levou à ansiedade, estresse emocional, depressão e dependência de drogas psicotrópicas e álcool. Os trabalhadores da saúde não estão isentos de problemas psicológicos: eles têm frequentemente experimentado estresse a ponto de exaustão emocional: burnout. Em outros casos, o estresse tem desmascarado e agravado os problemas psicológicos pré-existentes. Um ensaio clínico mostrou estresse em 33% da população examinada que tinha entrado em contato com o Covid-19, aqueles que já sofriam de ansiedade sofreram um agravamento deste sintoma, e 7,6% dos infectados sofreram depressão. O estresse prolongado leva a uma redução na eficiência do sistema imunológico e esta é provavelmente a causa da maior incidência de outras doenças entre os portadores de Covid-19. Um possível antídoto para

estas consequências psicológicas é envolver-se em atividades como o esporte, o trabalho voluntário e iniciativas que proporcionem espaço para a criatividade.

Para finalizar

Essa conferência, rica em conteúdo e ideias, tornou possível analisar o tema da saúde como um bem comum a partir de perspectivas muito diferentes, mas convergentes. O Covid-19 nos encontrou despreparados, em termos de métodos de comunicação e da falta de envolvimento da comunidade, e isto teve efeitos negativos na fase inicial da gestão da pandemia mesmo nos países ricos, mas a rápida disseminação dos dados, o compromisso da ciência e sua aliança com a política tornou possível a obtenção de resultados importantes. Estes resultados também devem ser compartilhados com cientistas e operadores em países menos ricos; informação e treinamento são ferramentas fundamentais. Mas também é essencial vacinar aqueles que não podem comprar a vacina, aqueles que não podem chegar aos centros de vacinação, aqueles que não têm centros de vacinação disponíveis. Um esforço conjunto adicional é necessário para permitir que a saúde se torne um bem comum. A saúde deve ser concebida como um bem comum e, como tal, restabelecer a hierarquia de valores para a qual todas as políticas econômicas, estruturas de produção, serviços públicos, pesquisa científica e educação devem ser dirigidas. O compromisso do indivíduo e da comunidade deve ser direcionado para o reconhecimento e a afirmação deste direito para todos, em todas as partes do mundo. A saúde torna-se assim verdadeiramente um bem comum, um projeto compartilhado.

Gostaríamos de concluir este capítulo com uma citação do falecido Gino Strada: "Direitos são direitos somente se forem iguais para todos, caso contrário, são privilégios".

Referências bibliográficas

Università di Parma, convegno “ La salute come bene comune”, 26 Maggio 2021. <https://www.unipr.it/notizie/26-maggio-convegno-health-common-good-sharing-international-experiences-during-covid-19>

Carraro D. con Di Paolo P. Quello che possiamo imparare in Africa. La salute come bene comune. Laterza, Bari, 2022. ISBN 978-88-581-4187-8

Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on

social determinants of health, 27 Agosto 2008, consultabile al link: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

Costituzione della Repubblica Italiana, entrata in vigore il 1 Gennaio 1948, consultabile al link: https://www.senato.it/sites/default/files/media-documents/Costituzione_novembre_2021.pdf

Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, entrata in vigore il 7 Aprile 1948. Consultabile al link: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, entrata in vigore il 10 Dicembre 1948, consultabile al link: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Rapporto OXAM: La pandemia come disuguaglianza. 2022 <https://www.oxfamitalia.org/la-pandemia-della-disuguaglianza/>

Texto traduzido e revisado do original em italiano por Alcindo Antônio Ferla e Maria Augusta Nicoli.

Health as a common good. Sharing international experiences during the Covid-19 pandemic

Clelia D'Apice
Leopoldo Sarli

To start

The content of this volume is the result of an international conference in videoconference organised by the authors in May 2021³ with the aim of exchanging worldwide experiences related to the consequences of the Covid-19 pandemic.

The pandemic originating from the SARS-CoV-2 virus infection, which causes the disease commonly referred to as Covid-19, has led to modifications in the habitual behavior of all humans on planet earth as never before in known history. In a certain way, the pandemic has united the whole human race without distinction of sex, age, geographical location, embracing it in a sole huge tragedy, but it has also highlighted whilst accentuating, incredible inequalities. To the fatal effects of the viral infection that has affected hundreds of millions of people and caused millions of deaths, the damage to the world economy has also been added and the populations that have suffered the greatest consequences are precisely the poorest ones, especially those of that part of the world that is roughly define the south of the world or the third world.

The pandemic has sparked an unprecedented planetary battle that has seen unprecedented collaboration between human beings. The possibility of meeting electronically, exchanging information in real time on the web and on social media, the global attention produced by radio and television stations, have led to an alliance between science and politics thus achieving important results in the struggle against the virus.

Nevertheless, the pandemic has also shown us that we do not have control of the planet and, above all, it has made us realize that under certain circumstances all human beings, and not just scientists, need to collaborate with all other human beings of our planet, regardless of state borders and political and religious ideas.

The Covid-19 pandemic has shown that the solution to the problem cannot be achieved independently nor by individual states, but it must necessarily involve the entire planet earth. We know that if the entire European population gets vaccinated, but we do not help all

³University of Parma, conference "Health as a Common Good", 26 May 2021. <https://www.unipr.it/notizie/26-maggio-convegno-health-common-good-sharing-international-experiences-during-covid-19>

Africans to get vaccinated, for example, the virus will continue to replicate and what happened recently in South Africa will happen again: the virus will change its genetic makeup, determine variations that will allow it to attack the unvaccinated population more easily, the so-called variants that could be resistant to vaccines so skilfully and promptly produced and within a few weeks these variations from South Africa will inexorably reach Europe, change the course of the pandemic and bring the populations that had got vaccination to their knees again. And this will happen again as long as the entire world population is not vaccinated.

The Covid-19 pandemic has therefore shown that health is not a good that concerns only oneself, or oneself together with loved ones or the society in which one lives, but it is a good that involves the whole world. Health is a common good that must be equally distributed among all human beings on earth if you want to guarantee your own health, the health of the individual. "No one will be safe if we are not all safe" stated Dr. Flavia Bustreo during the conference this volume deals with and which will issue of later discussion.

At this point it is necessary to make a clarification. If the pandemic has evidenced that health, meant as healing from the infection of the SARS-CoV-2 virus and/or as prevention of that infection, is a common good, it does not mean that "common good" is only the victory of a battle against that virus or against all viruses or against all infections or diseases that we know ... That common good, health, is much more.

First of all, we can observe how the World Health Organization (WHO) has defined health as a condition of total physical, mental and social well-being, thus modifying what is the common feeling that health only means the absence of disease and as a condition of efficiency of one's own organism that is experienced individually as a state of relative physical well-being characterized by the absence of pathologies. Health understood as complete physical, mental and social well-being, to which more recently the "spiritual" attribute has also been associated, is an inalienable right of the human race, protected by the Universal Declaration of Human Rights (Constituzione ..., 1948) and in Italy by the article 32 of the Constitution which states: "The republic protects health, as a fundamental right of the individual, as well as an interest for the community" (Dichiarazione .., 1948). The universal right to health is the basis of all other fundamental rights that belong to people, applying important principles such as dignity, fairness, respect, equality.

Taking into account these universally accepted definitions, it is evident that states must take on tasks that cannot be limited exclusively to the management of a health system, but must promote the factors that influence positively the complete well-being of the community and the individual, eliminating at the same time the factors that affect negatively. The factors that can positively or negatively affect health, both individual and community or population health, are numerous and are today defined as Health

Determinants. We could list among them personal behaviors, lifestyles, genetic factors, living or working conditions, economic, environmental, cultural conditions, the possibility of accessing health services. It is clear that some determinants are directly modifiable by the individual or by society, while others are immutable. The list could be even longer and politics overall recognizes the importance of all these determinants.

The real problems arise when the community, through politics, tries to give a hierarchy to the determinants of health and on this hierarchy it proposes public health strategies that can be antithetical and unfair. It is well known, for example, how in the USA the emphasis is on individual responsibility; people's health would be conditioned for 50% by the behavior and lifestyle of individuals and much less by environmental factors and the organization of the health system. In Europe, on the other hand, there is a tendency to emphasize the context; in fact, the socio-economic, cultural and environmental conditions would have the greatest influence on the state of health. It is evident that such different, almost antithetical, conceptions are at the basis of very different health policies and organizations. This is why in 2005 the WHO established a Commission on the social determinants of health which, after an in-depth study conducted around the world, published a final report three years later (WHO, 2008). This report also confers a very significant importance to the political and socio-economic context which, while including cultural, structural and functional aspects of the social organization that cannot be quantified, has a great influence on political choices regarding the distribution of resources and therefore on the health of individuals. These health determinants have been termed "Structural". There are also "Intermediates" which include the material conditions of the individual and the community, namely the availability of drinking water, sanitation infrastructure, food heating. Intermediate determinants of health are also individual behaviors, biological factors such as age, sex and genetic factors, related socio-environmental and psychosocial conditions: the disadvantaged socio-economic position can cause chronic stress that has an impact on health. Social cohesion and the level of health organization are also intermediate health determinants.

However, the Commission's report on the social determinants of health also emphasized serious health inequalities between countries and within countries, declaring that "social justice is becoming a matter of life and death. Resources are unevenly distributed and people reach different social positions depending on income, job occupation, ethnic group and gender ". The report placed the imperative for all governments to act on the social determinants of health as a whole in order to eliminate inequalities and to prevent "social justice from ending up with the lives of many people".

Based on these assessments, international organizations have put in place medium- and long-term plans to reduce inequalities.

Nowadays, however, not everything works as it should in this direction. As recent studies and international statistics show, the

pandemic situation has intensified inequalities: the poor have increased and become poorer, the rich have become richer (Rapporto OXAM, 2022). There are very poor countries, there are wars all over the planet, there are political movements that oppose any attempt at socio-economic rebalancing, there is the serious problem of ecosystem pollution.

Dialogues during the event

The experience gained by the authors over the years has made it possible to personally verify how much these differences and problems affect the availability of health as a good and how much disadvantaged socio-economic situations seriously hinder the realization and enjoyment of the fundamental right to health. This experience has also given the authors the opportunity to get to know personally in different parts of the world health system policy-makers, health professionals and scholars committed to understand the paths to achieve the goal of health as a global good.

Therefore, the idea of organizing an international conference arose with the aim of giving a glance at what is happening in the world in terms of denied health, in order to highlight why health is a common good, why it should be recognized as such and what are the obstacles encountered by the affirmation of this principle.

Through the conference, we intended to underline how health is an inalienable human right, and as such it requires protection. The Rector of the University of Parma Paolo Andrei, in his opening speech, recalled that health is both a right and a duty: a fundamental human right that must be guaranteed to every individual, and a duty of every individual to commit himself/herself for its acknowledgement and for its protection. An appeal to be active protagonists.

The conference was enriched by the participation of speakers from very distant parts of the world and at the opening of the meeting the participants had to be greeted by wishing good morning to those who connected from the west and good evening to those who connected from the east.

We gave space to voices from war areas.

Our collaboration with universities and health organizations in Myanmar and the friendly relationships that had been established with people belonging to different social and professional categories of that country rendered us particularly focused and involved in the tragedy that people are experiencing. After the country had tasted the scent of democracy, after more than sixty years of military dictatorship, it was making particular efforts to restore a health system that would guarantee a better level of health and was dealing with the Covid-19 pandemic competently. On 1 February 2021, yet another military coup trampled on the young seed of democracy and restored the military dictatorship which had already destroyed the public health system in the past by favoring private structures for the exclusive use of the military apparatus. We invited Prof. Zaw Wai Soe,

orthopedic surgeon, former Rector of Yangon Medical University 1, coordinator of the national assembly of rectors, responsible for the management of Covid-19 in the Yangon region and today Minister of Health and Education of the NUG, the National Unity Government appointed by the democratically elected parliamentarians before the coup which operates in exile against the military junta.

Prof. Zaw Wai Soe illustrated the health situation in Myanmar, especially in relation to the Covid-19 pandemic, before and after the coup, underlining the differences in management and the related risks. Until before the coup on February 1, the spread of the pandemic during the first and second waves was limited thanks to massive and coordinated efforts by the democratic political apparatus, the health system, and all citizens. In fact, under the leadership of State Councillor Daw Aung San Suu Kyi and the coordination of the pandemic management committee specifically set up, hospitals and other special facilities were created to manage confirmed cases, quarantine centers were set up, health personnel and volunteers were trained, and a tracking and surveillance system was established. In January 2020, Myanmar was ready to begin the vaccination effort. In particular, the active involvement of the communities was fundamental, through awareness-raising and training campaigns dedicated to them. Following the coup, everything changed: the vaccination campaign was suspended or dedicated only to the military and their families, the data are unavailable or unverifiable since there is no longer a tracking system, personal protective equipment and oxygen are difficult to find. In addition, the military occupied hospitals, damaged health facilities and persecuted, arrested or killed health professionals who refuse to work for them. The health system is in collapse, the right to health is denied. The NUG is leading an emergency health network, but the needs are exponential, there is a need for help from the rest of the world.

The information reported by Prof. Zaw Wai Soe proves how the state of war in an area jeopardizes the right to health not only of that area, but also of the rest of the world if we consider that many Myanmar citizens flee the country to escape the violence of the army and most of them are not vaccinated.

Dr. Sauro Forni, nursing coordinator of the non-governmental organization (NGO) "Emergency" which has been engaged since 1994 in providing medical-surgical care for the victims of wars, landmines and poverty in various countries of the world, also reported about the management of emergencies such as the pandemic in war areas. Since 2006 Emergency has also been active in Italy, where it works to defend the right to health of the most vulnerable, such as homeless people and migrants, and to support what is declared by article 32 of the Italian Constitution, to guarantee health as a right of the individual and as a collective interest. In Italy, Emergency acts particularly as a bridge between the person and the health system, providing basic care to people who would otherwise be excluded and directing them to the regional service. Since March 2020, Emergency has also been facing the Covid-19 emergency, with the main objective

of not closing the clinics, but getting equipped to give answers and make access safe. The answer was based on two fundamental concepts: training and information. Dedicated staff training, also thanks to the experience already gained by Emergency in the management of the Ebola pandemic on the African continent, with the establishment of ad hoc protocols, strengthening of logistical work, and creation of research groups. Great effort was made to manage a correct information campaign dedicated to the pool of users, i.e. people who live in precarious contexts and do not have access to other types of information, through Emergency's social channels, videos recorded in various languages, and creation of WhatsApp groups to promptly respond to doubts and questions.

The conference gave space to areas of the world in which the ruling political class is making it difficult for health professionals to deal with Covid-19, hindering the affirmation of the principle of health as a common good. Prof. Alcindo Ferla, Associate Professor of the Federal University of Rio Grande do Sul in Porto Alegre in Brazil, described the experience of basic care for the population of Brazil also in relation to the management of the pandemic. We will not dwell on the contents of his report as these are the subject of a chapter that the speaker has written for this volume.

We have given a voice to those who know well the great sick man of the globe, the African continent afflicted by endemic poverty made even more serious by numerous wars. Dr. Andrea Atzori of "Doctors for Africa - CUAMM" described the valuable work of the association now headed by Don Dante Carraro. CUAMM operators, not just doctors, are engaged in health cooperation in sub-Saharan Africa (Angola, Ethiopia, Mozambique, Tanzania, Sierra Leone, South Sudan, Uganda, Central African Republic). They like to say that their work takes place in the last mile, in areas far from urbanized ones, for the protection of the health of the populations who need it most. After the first case of Covid-19 in sub-Saharan Africa was confirmed on February 28, 2020 in Nigeria, it was essential to continue to keep their facilities running, obviously putting operators in safety. One of the main problems they had to face in the first months of the spread of the coronavirus was to motivate operators who feared contracting the infection by continuing to work. The motivation was obtained with adequate training on the methods of transmission and dissemination of Covid-19, showing them how and why the health facilities were adapted to the situation and teaching the correct use of personal protective devices. The next step was to mobilize communities by convincing them to overcome the stigma. Patients not affected by SARS-CoV-2 infection did not go to the hospital for their health problems, they feared contracting the infection as well as not having the money to pay for the taxi or motorbike taxi needed to get to the hospital.

It was therefore necessary to inform the communities of what had been done to make healthcare places safe, the sanitation systems were improved, free transport to the hospital with ambulances or motor ambulances was guaranteed, and it was also possible to meet

other health needs. To obtain these results and allow the treatment of people affected by Covid-19 and the launch of a vaccination campaign, it was necessary to procure personal protective equipment, disinfectants, drugs and vaccines. The material, coming from donations, was stored in European, Chinese and Dubai sites and was sent by humanitarian flights to the sites of use, in Africa, organizing the necessary logistics. The impact on the poor was the most serious indirect effect: the pandemic has reduced imports and exports, international tourism has decreased between 60% and 80%, investments from abroad have drastically dropped. 40% of the African population lives in conditions of extreme poverty, on less than 2 dollars a day, it is estimated that this group of poor will double in the near future. "Illness is a boundless amplifier of the very serious social and economic inequalities" said Don Dante Carraro in his recent book entitled "What we can learn in Africa. Health as a common good (Carraro; Di Paolo, 2022).

Dr. Flavia Bustreo, physician, former Deputy Director General of the World Health Organization for the health of the family of women and children and vice president of the GAVI Alliance (formerly Global Alliance for vaccines and immunization), a worldwide cooperation body between public and private entities with the aim of ensuring immunization for all, reported about the very serious inequalities. Undoubtedly, the result of scientific progress must be celebrated: it had never happened that in less than a year from the first DNA mapping of the virus it was possible to obtain an effective vaccine. The production of vaccines, however, has generated a "vaccine nationalism": the pharmaceutical companies that have produced vaccines have distributed them mainly to the populations close to them. As a result, 83% of the doses were distributed to high-income countries and only 1% to African countries. We need to establish a global vaccination campaign, an unprecedented battle and collaboration that includes the engineering of vaccines, their production, marketing, distribution, training in use and the elimination of all barriers. This is the only way possible to eliminate this incredible iniquity. To achieve this goal, it is necessary first of all to have a global platform and the COVAX Platform set up by GAVI in collaboration with CEPI responds to this need. Thanks to what has been implemented by this platform, low-income countries have also been reached. We must then think about the supply of vaccines.

A meeting held in Rome that brought together the G-20 countries with the aim of making an urgent effort to support the COVAX platform with the supply of vaccine doses. An agreement was reached to give COVAX excess doses from high-income countries to be shared with low-income countries. Donations have also been obtained from large vaccine pharmaceutical companies. Pfizer BioNTech has announced that one billion doses of their vaccine will be made available to COVAX, Johnson & Johnson will make available 200 million. A further indispensable initiative to eliminate the inequities of vaccination against the pandemic is that under the aegis of the World Trade Organization (WTO), proposed by the governments of South Africa and India and supported by Gino Strada

of Emergency, which requests the temporary suspension of patents and the sharing of technical know-how and skills to expand their production. There is still no unanimous consensus despite the support of the United States and European countries such as Italy. An interim solution could be a temporary suspension of patents on a voluntary basis.

The pandemic has highlighted the structural deficiencies of advanced health systems, especially at the territorial level. Prof. Glenn Laverack, collaborator of the regional government of Aragon in Spain, Prof. Pedro Melo of the Portuguese Catholic University, both experts in public and community health, Dr. Augusta Nicoli, former head of the Social Innovation Program of the Health and Social Agency of the Emilia Romagna Regional Government and Dr. Sandrino Marra, contract lecturer of the Degree Course in Nursing at the University of Parma and responsible for the internationalization of the course reported on different facets of this theme. Their contribution is reported in specific chapters of this volume. Dr. Gianfranco Martucci, medical doctor, specialized in public health, also reported about it and highlighted how the pandemic has evidenced the need for structures such as laboratories or hospitals in general to require a high standardization and uniformity of processes to give better results while, on the contrary, primary care and more generally public health require a strong adaptation of possible guidelines to the context in which they are implemented. Interventions in these areas are complex systems launched within other complex systems, or are characterized by multiple intersecting levels, which we cannot analyse separately, since they necessarily require to be looked at as a whole.

Dr. Anne Maria Müller, of the University of Freiburg in Germany, highlighted a particular aspect of the damage caused by the pandemic which concerns the psychic sphere of the people involved both as patients and as health workers. Several studies argue that a prolonged loss of control of events, together with social isolation, generate stress, tiredness and fatigue. During the pandemic, psychological distress has mainly affected fragile people such as children, the elderly and the disabled. The isolation of the elderly took place both in the family to reduce the risk of infection, and in the hospital when the severity of the disease required hospitalization. Economic problems have then been added to these in many cases, in addition to the loss of work and the doubts about the future. All this often resulted in the onset of anxiety, emotional stress, depression, addiction to psychotropic drugs and alcohol. Health workers are not exempt from psychological problems who, with a non-negligible frequency, have experienced stress to the point of exhaustion on an emotional level: Burnout. Stress in other cases has exposed pre-existing psychological problems and made them worse. A clinical trial highlighted stress in 33% of the population examined who had come into contact with Covid-19, those who were already suffering from anxiety saw a worsening of this symptom, 7.6% of people who contracted the infection went into depression. Prolonged stress causes a reduction in the efficiency of the immune system and this is

probably the cause of the higher incidence of other diseases among Covid-19 patients. A possible antidote to these psychological consequences is engaging in activities such as sports, volunteering, initiatives that give space to creativity.

In conclusion

That conference, rich in content and ideas, made it possible to analyze the theme of health as a common good from very different but converging perspectives. Covid-19 found us unprepared, in the communication methods, in the lack of community involvement, and this had negative effects in an initial phase of the management of the pandemic even in rich countries, but the rapid dissemination of data, the commitment of science and its alliance with politics has made it possible to obtain important results. These results should also be shared with scholars and operators from less rich countries; information and training are fundamental tools. But it is also fundamental to vaccinate those who cannot buy the vaccine, those who do not have the possibility to reach the vaccination centers, those who do not have vaccination centers available. A further common effort must be made to allow the good health to become the common good. Health must be conceived as a common good, and as such re-establish the hierarchy of values to which all economic policies, productive assets, public services, scientific research and education must be aimed. The commitment of the individual and the community must be aimed at the recognition and affirmation of this right for everyone, in every part of the world. Health thus truly becomes a common good, it becomes a shared project.

We like to conclude this chapter with a quote from the late Gino Strada: "Rights are such only if they are the same for everyone, otherwise they are privileges".

References

Università di Parma, convegno “ La salute come bene comune”, 26 Maggio 2021. <https://www.unipr.it/notizie/26-maggio-convegno-health-common-good-sharing-international-experiences-during-covid-19>

Carraro D. con Di Paolo P. Quello che possiamo imparare in Africa. La salute come bene comune. Laterza, Bari, 2022. ISBN 978-88-581-4187-8

Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health, 27 Agosto 2008, consultabile al link: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

Costituzione della Repubblica Italiana, entrata in vigore il 1 Gennaio 1948, consultabile al link: https://www.senato.it/sites/default/files/media-documents/Costituzione_novembre_2021.pdf

Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, entrata in vigore il 7 Aprile 1948. Consultabile al link: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, entrata in vigore il 10 Dicembre 1948, consultabile al link: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Rapporto OXAM: La pandemia come disuguaglianza. 2022
<https://www.oxfamitalia.org/la-pandemia-della-disuguaglianza/>

Text translated from Italian by Rosângela de Simone

Atenção básica em saúde no enfrentamento à COVID-19: apoiando a *respiração* da vida nos diferentes territórios

Alcindo Antônio Ferla

Introdução:

A oportunidade de pensar a saúde como um *bem comum* durante a pandemia de COVID-19, que foi despertada e potencializada pelo seminário internacional de compartilhamento de experiências realizado a partir da Universidade de Parma, é primorosa. Inclusive pelo fato de que, ao convidar ao pensamento, o seminário também constitui a saúde como *bem comum*, aproximando fronteiras, agenciando encontros e despertando pensamentos. O seminário colocou pontos muito relevantes para pensarmos na saúde no contexto da pandemia, considerando os acúmulos das últimas décadas e séculos, mas também as lacunas e desafios que esse período produziu. Eu fui mobilizado pela ideia de que a saúde como bem comum é uma possibilidade cultural e pragmática no cotidiano dos fazeres nos pontos de atenção nos diferentes territórios. Ou seja, a ideia de uma saúde como bem comum, como valor compartilhável pelas pessoas nas relações cotidianas, nos convoca a superar a imagem que fomos construindo ao longo dos últimos séculos de uma saúde como estado abstrato que se constata pelos testes nas capacidades fisiológicas de cada pessoa. A pandemia chamou a atenção para os sistemas de saúde de acesso universal e para redes de colaboração. Em ambas as situações, os principais efeitos se expressam como práticas de proximidade, como cuidados no território. Um efeito próximo ao construto epistêmico das iniciativas de bem-estar social, ou seja, de políticas públicas como direitos das pessoas e não como concessão dos governos.

Os desafios aos sistemas de políticas públicas de abrangência nacional, como fomos aprendendo ao longo dos últimos séculos, alcançaram o apogeu nos *sistemas de bem-estar social*, sobretudo nos países europeus, mas vêm ultrapassando as condições do seu triunfo há algumas décadas, com fortes evidências de esgotamento, como explicitou a pandemia. Muitos países não lograram alcançar patamares suficientes de respostas socio sanitárias às parcelas mais vulnerabilizadas da população e as crises econômicas e sociais produziram retrocessos importantes em diversos países, seja ampliando a pobreza e a vulnerabilidade, seja por não alcançar patamares sucessivos de necessidades, ampliando desigualdades e iniquidades. As enormes desigualdades sociais, econômicas e de acesso às condições dignas de vida de expressivos grupos

populacionais em todo o planeta atingem, mais cedo ou mais tarde, a todos e todas. Atingem diretamente, como adoecimento e morte, e indiretamente, como esgarçamento do valor da saúde e da vida, seja pela redução das condições de acesso a bens e serviços de saúde, seja pela naturalização da morte. E as migrações humanitárias expõem o limite da capacidade dos estados nacionais para a defesa dos direitos das pessoas e coletividades, ampliando o volume de pessoas sem cidadania ou com uma cidadania de menor validade diante das populações “nacionais”. A exclusão e, portanto, a negação da vida, se expressa em diferentes localidades. O “estado” de bem-estar-social é um desafio anterior e superior a cada país individualmente, inclusive por necessitar de uma sustentabilidade maior do que as oscilações políticas e econômicas dos países, sobretudo em tempos de uma economia globalizada. Esse contexto nos desafia a ocupar essa globalização com redes de solidariedade ampliadas, que se conectem em cada território singular e se sustentem em fluxos supranacionais.

A *crise civilizatória* (Ferla et al., 2020) que a pandemia explicitou, em escala mundial, a partir dos primeiros dias de 2020 é também relacionada aos modos como o *andar da vida* foi sendo produzido como cultura e como possibilidade objetiva para os diferentes grupos populacionais. A “velha” normalidade, pré-pandêmica, também é um dos condicionantes da pandemia: as formas predatórias de ocupação dos territórios, sobretudo na relação do humano com a natureza, e as relações de exploração que se faz nos territórios, para produzir riquezas e concentrá-las, cada vez mais, estão associadas à emergência e à gravidade da pandemia. A humanidade *saiu do normal* desde o início da pandemia e é importante refletir sobre as condições e parâmetros que produzimos ao longo dos anos para classificar esse *normal*. Os padrões de normalidade anteriores à pandemia, mais do que supostas condições de segurança à saúde e à vida, constituem parte do problema que a pandemia explicitou. Relações de exploração e hierarquização das pessoas de acordo com suas capacidades de produzir ou consumir bens arquitetaram um “comum” que colonizou o pensamento de setores influentes da política global, naturalizando a iniquidade e a injustiça social. As condições para a saída da crise que nos envolve, mundialmente, incluem refletir criticamente sobre como chegamos à COVID-19 e ampliar o pensamento sobre as relações que mantemos, entre as nações, mas, sobretudo, nas redes internacionais de defesa dos direitos humanos, de preservação do ambiente natural e de produção de iniciativas no âmbito da sociedade civil.

O ensaio que ofereço à leitura foi produzido pela revisão das minhas ideias iniciais a partir dos debates que fizemos ao longo do Seminário de Compartilhamento de Experiências (e pensamentos, que são sempre mais generosos com o valor das vidas do que o relato de experiências que os ativa). Nesse texto, falo a partir de minha inserção em algumas iniciativas de enfrentamento à pandemia, no Brasil e em algumas redes de resistência com as quais me coloquei em relação ao longo do período da crise sanitária. O que denomino de *redes de resistência* são alguns coletivos ativados nas aproximações com as populações tradicionais que vivem na

Amazônia (para as quais as fronteiras nacionais não traduzem limites válidos como nação, uma vez que sua existência é anterior e jamais foi contemplada pelas fronteiras nacionais e, tampouco, pela colonização estrangeira de suas terras originárias); por iniciativas de pesquisa sobre iniciativas internacionais de enfrentamento à pandemia (onde os diferentes pontos de rede são pesquisadores com diversidade de inserções em instituições de ensino e pesquisa, em serviços e redes de atenção formais e populares, em programas de mestrado e doutorado com estudantes de diferentes países que compartilham suas experiências no trânsito entre as fronteiras nacionais); e, também, pela inserção no Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Brasil, fórum de participação da população no Sistema Único de Saúde (SUS). O CNS é um fórum formalmente reconhecido na institucionalidade do sistema de saúde brasileiro, que tem como objetivo o exercício do controle da população sobre a ação dos governos na saúde e políticas públicas, para que sejam políticas de Estado a serviço do interesse da população, traduzindo-se pelas necessidades predominantes em cada território e, ao mesmo tempo, por iniciativas de inclusão de pessoas e grupos sociais que, mesmo sendo numericamente minoritários, têm assegurado na Constituição Brasileira de 1988 o direito à saúde e à cidadania (Brasil, 1988). A produção de equidade é uma das diretrizes do sistema de saúde brasileiro e a inclusão social é tradução pragmática desse princípio, que se embasa na ideia de democracia como igualdade de condições de vida aos diferentes grupos da população.

A participação social em saúde e políticas públicas no Brasil precisa ser compreendida com base no processo histórico que a constituiu. A Constituição Brasileira de 1988 (Brasil, 1988) nasce de um processo conhecido como redemocratização do país, após um ciclo de ditadura militar que se esgotou em crises de legitimidade, sanitária, econômica, de capacidade de respostas do governo central e social, com a exposição das violências produzidas pelo governo, utilizando o aparelho de Estado para a repressão e para a produção de cultura. O esgotamento da capacidade de coerção e de convencimento do governo militar foi sendo gestado no interior do próprio governo, pela incapacidade de produzir respostas socialmente aceitas, mas também na sociedade civil, com movimentos de resistência, de denúncia e de enfrentamento às violências produzidas no interior do aparelho de estado e sobre setores da população. O esgotamento do modelo autoritário, naquele ciclo da vida brasileira, foi também estimulado pelas iniciativas de cooperação internacional e intercâmbio de experiências, nas quais o *estado de bem-estar social* produzia respostas no acesso a ações e serviços que equalizavam, de certa maneira, as diferenças injustas que o sistema produtivo naturalizava na sociedade. Um Estado mediador das relações de injustiça e iniquidade se projetava como oposição a um Estado autoritário e violento, que não se ocupava dos problemas do cotidiano da vida das pessoas. No Brasil, chegamos próximos à ideia de um estado de bem-estar social apenas com as reformas iniciadas a partir da Constituição de 1988. Entretanto, os anos que se seguiram,

não tiveram pleno êxito em políticas de inclusão de todos os segmentos da sociedade.

O país logrou, sobretudo nos governos democráticos do início dos anos 2000 e até o golpe de 2016, reduzir a pobreza, combater a fome e a miséria extremas, com um nível de tensão social que se expressou fortemente no golpe de 2016. Essa experiência de inclusão não foi suficiente para esgotar as iniquidades e tampouco para superar as tensões entre o Estado e a sociedade civil, tornando necessária na agenda política a existência de fóruns de participação e controle da sociedade civil, complementares às formas de representação previstas nos diferentes Poderes do modelo de governo (Executivo, Legislativo, Judiciário e Moderador). Por isso, na saúde, são reconhecidos conselhos de participação da população nos municípios (são 5,7 mil municípios com autonomia política e administrativa, relativa ao seu território), aos estados (são 27 estados e o distrito federal, com a mesma autonomia relativa) e a União. O Conselho Nacional de Saúde, com atuação no âmbito do território nacional, compõe com os conselhos estaduais e municipais, uma grande rede de participação social. A rede de conselhos de saúde, liderada pelo Conselho Nacional de Saúde, teve grande visibilidade na organização das respostas à pandemia, enfrentando a omissão e a produção de artefatos negacionistas no governo federal, principalmente pelo titular do governo.

Bem, esse segmento inicial do ensaio localiza o lugar da fala que pretendo ocupar, nessa reflexão sobre os ensinamentos da pandemia de COVID-19. Desde esse lugar de fala, considerado a forma como diferentes fluxos de subjetivação e aprendizagem me atravessam para essa reflexão, pretendi sistematizar algumas ideias que, sinteticamente, apresento a seguir, e que são centradas na produção de saúde nos *territórios* onde as pessoas vivem, trabalham e circulam, que o geógrafo brasileiro Milton Santos (2017) já classificava, nos anos de 1960, como *territórios vivos*, em oposição às representações técnico-geográficas com que costumam ser descritos. A expressão “territórios vivos” se coloca, aqui, em oposição à institucionalidade fixa dos serviços e das redes de ação das políticas públicas, abrindo mais espaços de interação com as pessoas e coletividades que fazem a vida nos territórios. Penso que a produção de uma saúde como bem comum se assenta em relações de proximidade, sustentadas por fluxos ampliados e globalizados, que permitam reduzir a influência da globalização econômica e o sistema produtivo sobre cada território vivo.

Compreendo que a pandemia nos mostrou que os sistemas e serviços de saúde precisam sair dos seus prédios e reconhecer os determinantes e condicionantes da saúde nos territórios onde estão inseridos. O cuidado de proximidade não é apenas o tratamento das doenças, mas a produção de formas mais saudáveis de organizar a vida e as relações em cada território. As iniquidades, injustiças e diferentes saúdes se espalham pelos territórios e podem ser atenuadas ou ativadas por práticas locais. A promoção da saúde e da vida pede ações em rede entre a densidade tecnológica dos serviços

especializados e o cotidiano complexo da vida nos territórios. Essa evidência tem impactos sobre o trabalho e a formação dos trabalhadores da saúde. As melhores respostas à Covid-19 entre os países foram alcançadas por meio de ações nos territórios, não nos leitos de UTI. Mas tivemos muitas diferenças nas respostas entre os países e isso demonstra também escassez de laços de solidariedade entre eles e com seus povos. Nessas dimensões que quero refletir sobre a vida como valor comum, compartilhado.

A pandemia e o valor da vida, de todas as vidas

No momento do seminário, dizia que sempre que 1, 2, 1.000, 450.000 vidas são perdidas por negligência, doenças evitáveis, guerras ou outros atos genocidas, é a vida como valor civilizatório que se esvazia. A vida de cada um de nós ... Pois bem, passados menos de quatro meses daquele momento, o Brasil sofre a perda de aproximadamente 600 mil pessoas por COVID-19, o que coloca um país com pouco menos de 3% da população mundial num lugar vergonhoso no ranking das mortes, com aproximadamente 13% dos óbitos pela doença no mundo. E o governo federal e parte da sociedade sequer consideram esse um problema verdadeiro. A pandemia nos mostra que a saúde não está *encarnada* nas políticas públicas, no pensamento e na agenda política das autoridades, deixando as mortes no plano das abstrações e das estatísticas. A comoção social pelas mortes por COVID-19 não é equivalente ao sofrimento produzido pela dor dos familiares e amigos e, em muitos lugares, temos nos constituído em meros expectadores das estatísticas do final de cada dia, comemorando ou lamentando as tendências de redução ou aumento das mortes, contágios, adoecimentos e o surgimento de novas cepas. E os sistemas de saúde são, de certa forma, reduzidos à arena onde esse espetáculo se desenlaça. Essa saúde não comove, não mobiliza e não traduz um bem comum, apenas um evento distante dos lugares onde a vida acontece e produz relações. A saúde precisa pertencer aos territórios onde a vida acontece e estabelecer conexões globais como redes de *relações encarnadas* (Bispo; Gherardi, 2019) a partir deles. Vivemos um tempo em que o conhecimento parece ter ocupado uma dimensão apenas racional da nossa existência, tornando a vida perigosamente próxima aos hologramas.

O Brasil tem dimensões continentais e é formado pela União, por cinco regiões geográficas (Centro-Oeste, Norte, Nordeste, Sul, Sudeste), por 27 Estados e por 5.568 municípios com autonomia territorial. Também tem extremas desigualdades nas regiões e municípios, uma história de políticas públicas de inclusão e democracia muito recentes e, atualmente, vive uma crise institucional reconhecidas internacionalmente. A crise brasileira, além do amplo reconhecimento internacional, tem forças globais de sustentação. A naturalização do interesse do sistema produtivo é que empobrece a vida e invisibiliza as desigualdades, inclusive a pobreza extrema, a fome e a morte precoce por doenças evitáveis e/ou negligenciadas. Essas condições acontecem nos mesmos territórios

que se produzem alimentos para exportação, consumidos por povos no mundo todo. Essa é uma questão muito relevante, de refletirmos densamente sobre a importância de redes de solidariedade que não aceitem a invisibilidade da exposição da vida e da destruição do ambiente, tornando inviável a existência nas próximas gerações, se não houver respostas eficazes no tempo que vivemos. Os produtos disponíveis para consumo em qualquer lugar do planeta precisam ter associadas a si, para a decisão do consumidor final, as condições em que são produzidos. Não podemos aceitar a monetarização das vidas e a hierarquização dos produtores e consumidores, como se a possibilidade de adquirir um produto tornasse a pessoa melhor do que aquela que o produziu.

O Sistema Único de Saúde (SUS) que atende aos brasileiros e brasileiras foi criado na Constituição Federal de 1988 com princípios de universalidade de acesso, integralidade da atenção, descentralização político-administrativa e participação social na formulação de políticas e no acompanhamento da gestão. Sua implantação, no entanto, seguiu direções paradoxais nos anos iniciais e, nos anos recentes, tem sido combatido fortemente pelo próprio governo brasileiro, pela asfixia financeira e pela escassa liderança da autoridade federal na sua qualificação. Mesmo com essa posição do governo federal, a responsabilidade compartilhada com estados e municípios na sua manutenção tem permitido ações de grande relevância no enfrentamento à pandemia. Em muitas localidades a ação das equipes de atenção básica, nos territórios municipais, mesmo em áreas de grande vulnerabilidade, mantiveram relativo controle do contágio e impuseram resistência ao discurso do Presidente da República que minimiza, desde a origem da pandemia, a gravidade da doença e reitera que a economia não pode parar, como se a economia pudesse prescindir da vida e da saúde das pessoas. A economia brasileira está paralisada predominantemente pela incapacidade do governo de conduzir iniciativas de desenvolvimento e por sua dependência de obscuros interesses privados. Se diz, correntemente, que esse é o pior governo da história do país, mesmo que tenha havido ciclos anteriores de pouca expressão. Mas aqui não pretendo uma análise exaustiva do desenvolvimento brasileiro, senão chamar a atenção para o caráter descentralizado do sistema de saúde, com um vetor de forças muito relevante para o cuidado no território. Que logrou êxito de resistência, em diferentes territórios, inclusive em movimento contrário ao governo central.

Na pandemia, os fatores condicionantes e determinantes da saúde mostraram que há grande complexidade da saúde nos territórios onde a vida acontece. Muitas vezes, equipamentos, medicamentos e procedimentos não são suficientes para preservar, recuperar e produzir a saúde nos territórios. Complexidade e densidade tecnológica não são sinônimas e requerem capacidades diversas dos sistemas de saúde. A complexidade da produção da saúde nos territórios nos desafia a organizar o trabalho de cuidado de proximidade com o melhor que a ciência e a técnica já produziram, mas também com muita pesquisa e sistematização de conhecimentos

relacionados ao próprio trabalho nos territórios, produzindo uma inteligência para gerenciar o cuidado que associa normas e diretrizes gerais às potencialidades de cada localidade. A saúde como bem comum não é uma saúde que se expressa de forma idêntica em todos os territórios, mas que necessita de uma alquimia em cada um. No Brasil, a diversidade cultural também se expressa na compreensão sobre a saúde e as formas de preservá-la. Os povos tradicionais indígenas não opõem a saúde à doença e consideram que o *bem viver* é a capacidade de interagir construtivamente com o meio, com as adversidades e com a diversidade. O adoecer faz parte da vida e precisa mobilizar respostas de cuidado para permitir que a vida encontre viabilidade. Mas as formas tradicionais de adoecer das populações indígenas, assim como outros grupos populacionais culturalmente característicos, encontram as doenças da “civilização” nos fluxos migratórios regionais e globais e é necessário construir elos de cuidado entre as práticas tradicionais e as práticas oficiais, associadas ao desenvolvimento biomédico dos séculos mais recentes. A pandemia nos ensinou que não são apenas fluxos econômicos que se globalizam facilmente, mas também os microrganismos que produzem doenças. Esse exemplo é apenas para destacar a importância de respostas locais do sistema de saúde que, mesmo com orientações, diretrizes e normas uniformes para o país como um todo, ampliam a eficácia das respostas, uma vez que permitem uma compreensão ampliada dos condicionantes e determinantes que produzem a saúde e as formas de adoecimento em cada localidade, em que pese também existirem forças transversais e similares no país inteiro. Uma assistência à saúde ofertada apenas a partir de serviços de alta densidade tecnológica não logra produzir todas as saúdes que pedem expressão no Brasil. Por outro lado, assegurar o acesso em todo o país aos cuidados com a densidade tecnológica que a ciência produziu, é também um vetor de ação relevante e um enorme desafio. Temos ainda grandes áreas com vazios assistenciais importantes, como demonstraram os estudos que embasaram o Programa Mais Médicos, implementado em 2013 no governo da então presidenta Dilma Rousseff, e que mobilizou 18 mil médicos para áreas de maior dificuldade de fixação. Muitos desses territórios não tinham logrado oferecer assistência médica de forma permanente à população, entre esses, a maior parte das áreas tradicionais indígenas. E já não o fazem, em decorrência das catastróficas medidas da diplomacia brasileira no momento da transição do governo posterior ao golpe de 2016 e o atual presidente.

A pandemia explicitou uma crise civilizatória que demonstra a impossibilidade de seguirmos a vida com o “normal” anterior, que abriu espaço a esse evento mundial e, também, a eventos localizados que já prenunciavam o contexto atual. As feridas na democracia e na vida se espalham pelo mundo, articuladas por interesses econômicos e políticos. O que faremos nós, que nos interessamos pela vida e pela saúde como valor civilizatório? Ficaremos esperando? Os golpes democráticos no Brasil, na República de Mianmar e em tantos países seguirão sendo “problemas locais”, sem mobilizar solidariedade e redes de força para serem combatidos? E o genocídio das populações

indígenas na Amazônia brasileira, mas também das populações tradicionais em diversos locais do mundo, seguirão mobilizando apenas notas de protesto? O tema da vida como valor comum precisa nos alertar para respostas locais, nos territórios onde a vida acontece, mais do que nos territórios do interior dos serviços, onde as tecnologias de assistência às doenças tiveram seu ápice nos últimos dois ou três séculos. Mas a vida como bem comum também nos mobiliza a pensar que o local dos territórios se liga, e necessita de amálgamas mais fortes, com a dimensão global, onde se expressa a produção dos condicionantes e determinantes da saúde em cada território.

Território, solidariedade e saúdes mais fortes, como bem comum

O tema da saúde em cada território nos conecta globalmente com diferentes territórios, diferentes culturas, com uma enorme diversidade de línguas e de histórias. A vida como bem comum chama ações mais fortes e mais colaborativas entre a sociedade e grupos de pensamento democrático. A destruição do planeta, das democracias, dos sistemas de saúde, da humanidade e a monetarização da vida seguirão? Seguiremos financiando as guerras e a extinção de povos, silenciosamente? Seguiremos não atentando ao gosto residual de sangue das populações tradicionais amazônicas nos grãos consumidos nas refeições nos restaurantes europeus? Já é um passo adiante que a asfixia produzida pela extração abusiva das reservas naturais amazônicas esteja sendo sentida no âmbito mundial ... Não apenas isso, há redes relevantes de resistência e pensamento sobre os modos de organizar a vida e de produzir saúde. Anualmente, no Laboratório Italo-Brasileiro de Formação, Pesquisas e Práticas em Saúde Coletiva, colocamos em contato pesquisadores e trabalhadores dos sistemas de saúde no Brasil e na Itália, sobretudo na Região da Emília Romagna, para compartilhar experiências. E sonhos de uma saúde como bem comum. Essa é apenas uma experiência, de tantas outras.

Temos construído sistemas de cuidado de proximidade, formado trabalhadores de saúde com capacidade de escuta à vida nos territórios, organizado sistemas de saúde que estão na rua ... Precisamos fazer mais! Temos compartilhado, em diferentes ciclos de desenvolvimento, as experiências de cada território para expandir o pensamento nos lugares onde a vida está mais vulnerável. Agora temos a aprendizagem da pandemia para compartilhar.

Uma liderança brasileira das pessoas que vivem na rua disse-me em uma oportunidade: "temos que dar as mãos a todos e todas e não soltar as mãos de ninguém! O isolamento espacial na pandemia não pode nos isolar da nossa própria condição humana!" Temos que escutar mais nossas diferenças e aprender com elas. E temos que combater o genocídio que nos cerca por todos os lados.

Os esforços para construir um "comum" com base na saúde e na qualidade de vida das pessoas e coletividades, na ideia de saúde como direito e não como algo a ser consumido, me parece

promissora. São sugestivas dessa possibilidade, as redes de solidariedade local que se conectaram durante a pandemia, seja para apoiar a vida nas vizinhanças, seja para prover alimento, ou, mesmo, para homenagear e proteger o trabalho na saúde e nas áreas essenciais à vida.

O enfrentamento à pandemia, que se torna mais eficaz com ações territoriais, onde trabalhadores de saúde apoiam práticas locais e expandem o acesso a bens e serviços com diferentes graus de densidade tecnológica, mostra que os territórios ensinam. Mas é necessário, como nos dizia o educador brasileiro Paulo Freire (2014; 2018), que não percamos a capacidade de aprender. Nos dizia ele que, sem capacidade de aprender, também não teremos condições de ensinar. Para fazer isso, é preciso considerar a esperança de tempos melhores como condição ontológica do humano. Paulo Freire cunhou a expressão *esperançar*. No português brasileiro, um dos sentidos da expressão esperança é a capacidade de esperar que o tempo torne viáveis novas condições para a vida. Freire nos dizia, entretanto, que a esperança não pode esperar. Que ela precisa de indignação e solidariedade, para lutar para que a vida seja possível. Inspirados em Paulo Freire, me parece possível pensar numa expressão densa a vida como bem comum. A vida que, para ser vivida, nos convoca a superar as adversidades que as *pandemias* provocam, mas também aquelas provocadas pelos modelos injustos de produção de riquezas e, sobretudo, para as violências que se projetam contra a vida de pessoas ou grupos, em diferentes territórios do globo. Sempre que uma vida é subjugada e seus algozes não são rigorosamente penalizados, morremos um pouco todos nós. Sempre que uma democracia sangra, a democracia como valor comum perde um pouco de sua potência.

Para essa vida que tem a saúde como bem comum, a arte é imprescindível. A vida como bem comum se expressa numa vida-arte, como nos disse, já nos anos 1980, Mercedes Sosa, cantando a composição de León Gieco (*Solo le pido a Dios*). A saúde como bem comum se expressa pela indignação à dor, à injustiça, à guerra, à exploração da vida. Se expressa como construção cotidiana de futuros, com alianças fortes em que, globalmente, tenhamos nossas mãos seguras pela solidariedade quando nos faltar a condição de resistir em cada território. Se expressa pela ação “divina” das redes de solidariedade que se movimentam nos territórios e se transmutam a outros territórios como defesa das saúdes e de todas as vidas. Faço uma homenagem à arte de expressar a saúde como bem comum, na voz inesquecível de Mercedes Sosa.

Solo le pido a Dios

Solo le pido a Dios

Que el dolor no me sea indiferente

Que la resaca muerte no me encuentre

Vacía y sola sin haber hecho lo suficiente

*Solo le pido a Dios
Que lo injusto no me sea indiferente
Que no me abofeteen la otra mejilla
Después que una garra me arañe esta suerte*

*Solo le pido a Dios
Que la guerra no me sea indiferente
Es un monstruo grande y pisa fuerte
Toda la pobre inocencia de la gente
Es un monstruo grande y pisa fuerte
Toda la pobre inocencia de la gente*

*Solo le pido a Dios
Que el engaño no me sea indiferente
Si un traidor puede más que unos cuantos
Que esos cuantos no lo olviden fácilmente*

*Solo le pido a Dios
Que el futuro no me sea indiferente
Desahuciado está el que tiene que marchar
A vivir una cultura diferente*

*Solo le pido a Dios
Que la guerra no me sea indiferente
Es un monstruo grande y pisa fuerte
Toda la pobre inocencia de la gente
Es un monstruo grande y pisa fuerte
Toda la pobre inocencia de la gente*

Referências:

Bispo MS, Gherardi S. (2019). Flesh-and-blood knowing: Interpreting qualitative data through embodied practice-based research. **RAUSP Management Journal**, 2019. Vol. 54 No. 4, pp. 371-383. <https://doi.org/10.1108/RAUSP-04-2019-0066>

Brasil. (1988). Constituição brasileira de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Ferla A, Martino A, Merhy EL, Baptista GC, Schweickardt JC, Nicoli MA, Pereira MGA, Ferreira MR, OrizcoValadares MA, Ceccim RB, Franco TB. (2020). Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. **Saúde em Redes**. 2020;6(Supl.2):1-6. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2.3215g478>.

Freire, Paulo. (2014). **Pedagogia dell'autonomia**. Saperi necessari per la pratica educativa. Torino, EGA-Edizioni Gruppo Abele, 2014.

Freire, Paulo. (2018). **La pedagogia degli oppressi**. Torino, EGA-Edizioni Gruppo Abele, 2018.

Santos, Milton. (2017). **Toward an Other Globalization: From the Single Thought to Universal Conscience**. Springer International Publishing AG 2017.

L'assistenza sanitaria di base nell'affrontare la COVID-19: sostenere la *respirazione* della vita nei differenti territori

Alcindo Antônio Ferla

Introduzione:

L'opportunità di pensare alla salute come bene comune durante la pandemia COVID-19, risvegliata e potenziata dal seminario internazionale di condivisione delle esperienze tenuto dall'Università di Parma, è straordinaria. Anche perché, invitando al pensiero, il seminario costituisce anche la salute come bene comune, avvicinando le frontiere, organizzando incontri e risvegliando i pensieri. Il seminario ha sollevato punti molto rilevanti per pensare alla salute nel contesto della pandemia, considerando gli accumuli degli ultimi decenni e secoli, ma anche le lacune e le sfide che questo periodo ha prodotto. Sono stato mobilitato dall'idea che la salute come bene comune è una possibilità culturale e pragmatica nelle azioni quotidiane nei punti di cura nei diversi territori. Cioè, l'idea della salute come un bene comune, come un valore che può essere condiviso dalle persone nelle loro relazioni quotidiane, ci chiama a superare l'immagine che abbiamo costruito negli ultimi secoli della salute come uno stato astratto che viene verificato da test sulle capacità fisiologiche di ogni persona. La pandemia ha richiamato l'attenzione sui sistemi sanitari di accesso universale e sulle reti di collaborazione. In entrambe le situazioni, gli effetti principali si esprimono come pratiche di prossimità, come cura del territorio. Un effetto vicino alla costruzione epistemica delle iniziative di benessere sociale, cioè delle politiche pubbliche come diritti delle persone e non come concessione dei governi.

Le sfide ai sistemi di politiche pubbliche di portata nazionale, come abbiamo imparato negli ultimi secoli, hanno raggiunto il loro apogeo nei sistemi di welfare sociale, soprattutto nei paesi europei, ma da alcuni decenni stanno superando le condizioni del loro trionfo, con una forte evidenza di esaurimento, come la pandemia ha reso evidente. Le crisi economiche e sociali hanno prodotto notevoli battute d'arresto in diversi paesi, sia aumentando la povertà e la vulnerabilità, sia non raggiungendo i successivi livelli di necessità, aumentando le disuguaglianze e le disparità. Le enormi disuguaglianze sociali, economiche e di accesso a condizioni di vita decenti di importanti gruppi di popolazione in tutto il pianeta colpiscono tutti prima o poi. Colpiscono direttamente, come malattia e morte, e indirettamente, come sfilacciamento del valore della salute e della vita, sia riducendo le condizioni di accesso ai beni e ai servizi sanitari, sia con la naturalizzazione della morte. La migrazione

umanitaria espone i limiti della capacità degli stati nazionali di difendere i diritti delle persone e delle comunità, aumentando il volume delle persone senza cittadinanza o con una cittadinanza meno valida di fronte alle popolazioni "nazionali". L'esclusione, e quindi la negazione della vita, si esprime in diversi luoghi. Lo welfare sociale è una sfida che precede e supera ogni singolo paese, anche perché richiede una sostenibilità superiore alle fluttuazioni politiche ed economiche dei paesi, soprattutto in tempi di economia globalizzata. Questo contesto ci sfida a occupare questa globalizzazione con reti di solidarietà estese che si collegano in ogni singolo territorio e sono sostenute da flussi sovranazionali.

La *crisi di civiltà* (Ferla et al., 2020) che la pandemia ha esplicitato, su scala globale, a partire dai primi giorni del 2020, è anche legata ai modi in cui il cammino della vita è stato prodotto come cultura e come possibilità oggettiva per i diversi gruppi di popolazione. La "vecchia" normalità, pre-pandemia, è anche una delle condizioni della pandemia: le forme predatorie di occupazione dei territori, soprattutto nel rapporto tra uomo e natura, e le relazioni di sfruttamento che si fanno nei territori, per produrre ricchezza e concentrarla, sempre di più, sono associate all'emergere e alla gravità della pandemia. L'umanità è fuori dalla normalità dall'inizio della pandemia ed è importante riflettere sulle condizioni e sui parametri che abbiamo prodotto negli anni per classificare questa normalità. Gli standard di normalità prima della pandemia, piuttosto che le presunte condizioni di sicurezza per la salute e la vita, costituiscono parte del problema che la pandemia ha reso esplicito. Le relazioni di sfruttamento e la gerarchizzazione delle persone in base alla loro capacità di produrre o consumare beni hanno architettato un "comune" che ha colonizzato il pensiero di settori influenti della politica globale, naturalizzando l'iniquità e l'ingiustizia sociale. Le condizioni per uscire dalla crisi che ci circonda a livello globale includono la riflessione critica su come siamo arrivati a COVID-19 e l'ampliamento del pensiero sulle relazioni che manteniamo tra le nazioni, ma soprattutto nelle reti internazionali per la difesa dei diritti umani, la conservazione dell'ambiente naturale e la produzione di iniziative all'interno della società civile.

Il saggio che offro al lettore è stato prodotto rivedendo le mie idee iniziali sulla base dei dibattiti che abbiamo avuto durante il Seminario di Condivisione delle Esperienze (e dei pensieri, che sono sempre più generosi con il valore delle vite che con la relazione delle esperienze che le attiva). In questo testo, parlo del mio inserimento in alcune iniziative per affrontare la pandemia in Brasile e in alcune reti di resistenza con cui mi sono messo in relazione durante il periodo della crisi sanitaria. Quelle che chiamo reti di resistenza sono alcuni collettivi attivati negli approcci alle popolazioni tradizionali che vivono in Amazzonia (per le quali le frontiere nazionali non traducono limiti validi come nazione, poiché la loro esistenza è precedente e non è mai stata contemplata dalle frontiere nazionali, né dalla colonizzazione straniera delle loro terre originali); da iniziative di ricerca su iniziative internazionali per combattere la pandemia (dove i diversi punti della rete sono ricercatori con una diversità di

inserimenti in istituzioni di insegnamento e ricerca, in servizi e reti di assistenza formale e popolare, in programmi di master e dottorato con studenti di diversi paesi che condividono le loro esperienze nel transito tra i confini nazionali); e anche dall'inserimento nel Consiglio Nazionale della Salute brasiliano (CNS), un forum di partecipazione della popolazione nel Sistema Único de Saúde (SUS). Il CNS è un forum formalmente riconosciuto nell'istituzionalità del sistema sanitario brasiliano, che ha come obiettivo l'esercizio del controllo da parte della popolazione sull'azione governativa in materia di salute e di politiche pubbliche, affinché siano politiche statali al servizio dell'interesse della popolazione, tradotto dai bisogni predominanti in ogni territorio e, allo stesso tempo, da iniziative per includere persone e gruppi sociali che, anche se numericamente una minoranza, sono assicurati nella Costituzione brasiliana del 1988 il diritto alla salute e alla cittadinanza (Brasil, 1988). La produzione di equità è una delle linee guida del sistema sanitario brasiliano e l'inclusione sociale è una traduzione pragmatica di questo principio, che si basa sull'idea di democrazia come uguaglianza di condizioni di vita per diversi gruppi di popolazione.

La partecipazione sociale alla salute e alle politiche pubbliche in Brasile deve essere compresa a partire dal processo storico che l'ha costituita. La Costituzione brasiliana del 1988 (Brasil, 1988) è nata da un processo conosciuto come la ridemocratizzazione del paese, dopo un ciclo di dittatura militare che si è esaurito in crisi di legittimità, sanitaria, economica, di capacità di risposta del governo centrale e sociale, con l'esposizione della violenza prodotta dal governo, utilizzando l'apparato statale per la repressione e per la produzione di cultura. L'esaurimento della capacità di coercizione e di convincimento del governo militare si generava all'interno del governo stesso, per l'incapacità di produrre risposte socialmente accettate, ma anche nella società civile, con movimenti di resistenza, di denuncia e di confronto della violenza prodotta all'interno dell'apparato statale e su settori della popolazione. L'esaurimento del modello autoritario in quella fase della vita brasiliana fu stimolato anche da iniziative di cooperazione internazionale e scambio di esperienze, in cui lo stato sociale produsse risposte sotto forma di accesso ad azioni e servizi che in qualche modo equiparavano le ingiuste differenze che il sistema produttivo naturalizzava nella società. Uno Stato che mediava le relazioni di ingiustizia e disuguaglianza veniva proiettato come opposizione a uno Stato autoritario e violento, che non si occupava dei problemi quotidiani della vita delle persone. In Brasile, ci siamo avvicinati all'idea di uno stato sociale solo con le riforme avviate dopo la Costituzione del 1988. Tuttavia, gli anni che seguirono non riuscirono pienamente nelle politiche di inclusione per tutti i segmenti della società.

Il paese è riuscito, soprattutto durante i governi democratici dei primi anni 2000 e fino al colpo di stato del 2016, a ridurre la povertà, combattere la fame estrema e la miseria, con un livello di tensione sociale che si è espresso fortemente nel colpo di stato del 2016. Questa esperienza di inclusione non è stata sufficiente per esaurire le disuguaglianze, né per superare le tensioni tra lo Stato e la società

civile, rendendo necessaria nell'agenda politica l'esistenza di fori di partecipazione e controllo della società civile, complementari alle forme di rappresentanza previste nei diversi poteri del modello di governo (esecutivo, legislativo, giudiziario e moderatore). Per questo motivo, nella salute, i consigli di partecipazione della popolazione sono riconosciuti nei comuni (ci sono 5,7 mila comuni con autonomia politica e amministrativa, relativa al loro territorio), negli stati (ci sono 27 stati e il distretto federale, con la stessa autonomia relativa), e nell'Unione. Il Consiglio Nazionale della Salute, che opera a livello nazionale, costituisce una grande rete di partecipazione sociale con i consigli statali e comunali. La rete dei consigli di salute, guidata dal Consiglio Nazionale della Salute, ha avuto grande visibilità nell'organizzazione delle risposte alla pandemia, affrontando l'omissione e la produzione di artefatti negazionisti nel governo federale, soprattutto da parte del titolare del governo.

Ebbene, questo segmento iniziale del saggio individua il luogo del discorso che intendo occupare, in questa riflessione sugli insegnamenti della pandemia di COVID-19. Da questo luogo del discorso, considerando il modo in cui diversi flussi di soggettivazione e apprendimento mi attraversano per questa riflessione, ho inteso sistematizzare alcune idee che, sinteticamente, presento qui di seguito, e che sono incentrate sulla produzione di salute nei territori dove vivono, lavorano e circolano le persone, che il geografo brasiliano Milton Santos (2017) già classificava, negli anni '60, come territori viventi, in opposizione alle rappresentazioni tecnico-geografiche con cui vengono solitamente descritti. L'espressione "territori viventi" si pone qui in opposizione all'istituzionalità fissa dei servizi e delle reti di azione delle politiche pubbliche, aprendo più spazi di interazione con le persone e le collettività che fanno la vita nei territori. Penso che la produzione di salute come bene comune si basi su relazioni di prossimità, sostenute da flussi allargati e globalizzati, che permettono di ridurre l'influenza della globalizzazione economica e del sistema produttivo su ogni territorio vivente.

Capisco che la pandemia ci ha mostrato che i sistemi e i servizi sanitari devono uscire dai loro edifici e riconoscere i determinanti e i condizionamenti della salute nei territori in cui si trovano. La cura di prossimità non è solo la cura delle malattie, ma la produzione di modi più sani di organizzare la vita e le relazioni in ogni territorio. Le disuguaglianze, le ingiustizie e le diverse condizioni di salute sono diffuse nei territori e possono essere mitigate o attivate dalle pratiche locali. La promozione della salute e della vita richiede azioni di rete tra la densità tecnologica dei servizi specializzati e la complessa vita quotidiana dei territori. Queste prove hanno un impatto sul lavoro e sulla formazione degli operatori sanitari. Le migliori risposte a Covid-19 tra i paesi sono state ottenute attraverso azioni nei territori, non nei letti di terapia intensiva. Ma abbiamo avuto molte differenze nelle risposte tra i paesi e questo dimostra anche la mancanza di legami di solidarietà tra loro e i loro popoli. È in queste dimensioni che voglio riflettere sulla vita come valore comune e condiviso.

La pandemia e il valore della vita, di tutte le vite

All'epoca del seminario, dicevo che ogni volta che si perdono 1, 2, 1.000, 450.000 vite per negligenza, malattie prevenibili, guerre o altri atti genocidi, è la vita come valore civilizzante che si svuota. La vita di ognuno di noi ... Ebbene, meno di quattro mesi dopo quel momento, il Brasile subisce la perdita di circa 600 mila persone per COVID-19, che pone un paese con poco meno del 3% della popolazione mondiale in un posto vergognoso nella classifica dei decessi, con circa il 13% delle morti per la malattia nel mondo. E il governo federale e parte della società non lo considerano nemmeno un vero problema. La pandemia ci mostra che la salute non è incarnata nelle politiche pubbliche, nel pensiero e nell'agenda politica delle autorità, lasciando le morti nel regno delle astrazioni e delle statistiche. La commozione sociale per le morti da COVID-19 non è equivalente alla sofferenza prodotta dal dolore dei familiari e degli amici, e in molti luoghi siamo diventati semplici spettatori delle statistiche alla fine di ogni giorno, celebrando o lamentando le tendenze di riduzione o aumento dei decessi, delle infezioni, delle malattie e dell'emergere di nuovi ceppi. E i sistemi sanitari sono, in un certo senso, ridotti all'arena dove si gioca questo spettacolo. Questa salute non muove, non mobilita e non traduce un bene comune, solo un evento lontano dai luoghi dove la vita accade e produce relazioni. La salute ha bisogno di appartenere ai territori dove accade la vita e stabilire connessioni globali come reti di relazioni *incarnate* (Bispo; Gherardi, 2019) da essi. Viviamo in un'epoca in cui la conoscenza sembra aver occupato una dimensione esclusivamente razionale della nostra esistenza, rendendo la vita pericolosamente vicina agli ologrammi.

Il Brasile è di dimensioni continentali ed è formato dall'Unione, cinque regioni geografiche (Centro-Ovest, Nord, Nord-Est, Sud, Sud-Est), 27 stati e 5.568 comuni con autonomia territoriale. Ha anche disuguaglianze estreme nelle regioni e nei comuni, una storia di politiche pubbliche di inclusione e democrazia molto recente e sta vivendo una crisi istituzionale riconosciuta a livello internazionale. La crisi brasiliana, oltre all'ampio riconoscimento internazionale, ha forze globali che la sostengono. La naturalizzazione degli interessi del sistema produttivo è ciò che impoverisce la vita e rende invisibili le disuguaglianze, compresa la povertà estrema, la fame e la morte precoce per malattie prevenibili e/o trascurate. Queste condizioni si verificano negli stessi territori dove il cibo viene prodotto per l'esportazione e consumato dalle persone di tutto il mondo. Questo è un tema molto attuale, per riflettere profondamente sull'importanza delle reti di solidarietà che non accettano l'invisibilità dell'esposizione della vita e la distruzione dell'ambiente, rendendo impraticabile l'esistenza delle prossime generazioni, se non ci sono risposte efficaci nel tempo che viviamo. I prodotti disponibili per il consumo in qualsiasi parte del pianeta devono avere associate a se stesse, per la decisione del consumatore finale, le condizioni in cui sono prodotti. Non possiamo accettare la monetizzazione delle vite e la gerarchizzazione di produttori e consumatori, come se la possibilità di acquistare un prodotto rendesse una persona migliore di quella che lo ha prodotto.

Il Sistema Único de Saúde (SUS) che serve i brasiliani è stato creato nella Costituzione Federale del 1988 con principi di accesso universale, integrità delle cure, decentralizzazione politico-amministrativa e partecipazione sociale nella formulazione delle politiche e nel controllo della gestione. La sua attuazione, tuttavia, ha seguito direzioni paradossali negli anni iniziali e, negli ultimi anni, è stata fortemente contrastata dallo stesso governo brasiliano, a causa dell'asfissia finanziaria e della scarsa leadership dell'autorità federale nella sua qualificazione. Anche con questa posizione del governo federale, la responsabilità condivisa con gli stati e i comuni nel suo mantenimento ha permesso azioni di grande rilevanza nell'affrontare la pandemia. In molti luoghi, l'azione dei team di cure primarie, nei territori comunali, anche in aree di grande vulnerabilità, ha mantenuto il controllo relativo del contagio e imposto la resistenza al discorso del Presidente della Repubblica che minimizza, dall'origine della pandemia, la gravità della malattia e ribadisce che l'economia non può fermarsi, come se l'economia potesse fare a meno della vita e della salute delle persone. L'economia brasiliana è paralizzata soprattutto dall'incapacità del governo di condurre iniziative di sviluppo e dalla sua dipendenza da oscuri interessi privati. Si dice comunemente che questo è il peggior governo nella storia del paese, anche se ci sono stati cicli precedenti di scarsa espressione. Ma qui non intendo un'analisi esaustiva dello sviluppo brasiliano, ma attirare l'attenzione sul carattere decentralizzato del sistema sanitario, con un vettore di forze molto rilevante per la cura del territorio. Ha ottenuto successi di resistenza in diversi territori, anche in un movimento contro il governo centrale.

Nella pandemia, i condizionamenti e i fattori determinanti della salute hanno mostrato che c'è una grande complessità nella salute nei territori dove la vita accade. Spesso le attrezzature, i farmaci e le procedure non sono sufficienti per preservare, recuperare e produrre salute nei territori. Complessità e densità tecnologica non sono sinonimi e richiedono diverse capacità dei sistemi sanitari. La complessità della produzione di salute nei territori ci sfida a organizzare il lavoro di cura di prossimità con il meglio che la scienza e la tecnica hanno già prodotto, ma anche con molta ricerca e sistematizzazione delle conoscenze relative al lavoro stesso nei territori, producendo un'intelligenza di gestione delle cure che associ norme e orientamenti generali alle potenzialità di ogni località. La salute come bene comune non è una salute che si esprime in modo identico in tutti i territori, ma che richiede un'alchimia in ognuno di essi. In Brasile, la diversità culturale si esprime anche nella comprensione della salute e dei modi per preservarla. I popoli indigeni tradizionali non oppongono la salute alla malattia e considerano che la buona vita è la capacità di interagire in modo costruttivo con l'ambiente, con le avversità e con la diversità. La malattia fa parte della vita e deve mobilitare le risposte di cura per permettere alla vita di trovare la vitalità. Ma le forme tradizionali di malattia delle popolazioni indigene, così come altri gruppi di popolazione culturalmente caratteristici, incontrano le malattie della "civiltà" nei flussi migratori regionali e globali, ed è necessario

costruire collegamenti di cura tra le pratiche tradizionali e le pratiche ufficiali, associate allo sviluppo biomedico dei secoli più recenti. La pandemia ci ha insegnato che non sono solo i flussi economici ad essere facilmente globalizzati, ma anche i microrganismi che producono malattie. Questo esempio è solo per evidenziare l'importanza delle risposte locali del sistema sanitario che, anche in presenza di linee guida, direttive e norme uniformi per tutto il paese, amplificano l'efficacia delle risposte, poiché permettono una comprensione più ampia delle condizioni e dei determinanti che producono salute e delle forme di malattia in ogni luogo, nonostante l'esistenza di forze trasversali e simili in tutto il paese. Un'assistenza sanitaria offerta solo da servizi di alta tecnologia non può produrre tutta la salute che richiede espressione in Brasile. D'altra parte, garantire l'accesso in tutto il paese alle cure con la densità tecnologica che la scienza ha prodotto è anche un vettore di azione rilevante e una sfida enorme. Abbiamo ancora grandi aree con importanti vuoti di cura, come dimostrano gli studi che hanno formato la base del Programma Mais Médicos, implementato nel 2013 nel governo dell'allora presidente Dilma Rousseff, e che ha mobilitato 18.000 medici in aree con maggiori difficoltà di insediamento. Molti di questi territori non erano stati in grado di offrire cure mediche permanenti alla popolazione, compresa la maggior parte delle aree indigene tradizionali. E non lo fanno più a causa delle misure catastrofiche prese dalla diplomazia brasiliana durante la transizione dal governo post-coup 2016 all'attuale presidente.

La pandemia ha reso esplicita una crisi di civiltà che dimostra l'impossibilità di seguire la vita con la "normalità" precedente, che ha fatto spazio a questo evento globale e anche a eventi localizzati che già prefiguravano il contesto attuale. Le ferite nella democrazia e nella vita si stanno diffondendo in tutto il mondo, articolate da interessi economici e politici. Cosa faremo noi, che siamo interessati alla vita e alla salute come valore civilizzante? Aspettiamo? I colpi di stato democratici in Brasile, nella Repubblica di Myanmar e in tanti altri paesi continueranno ad essere "problemi locali", senza mobilitare solidarietà e reti di forza da combattere? E il genocidio delle popolazioni indigene nell'Amazzonia brasiliana, ma anche delle popolazioni tradizionali in varie parti del mondo, continuerà a mobilitare solo note di protesta? Il tema della vita come bene comune deve metterci in guardia sulle risposte locali, nei territori dove la vita accade, piuttosto che nei territori dell'interno dei servizi, dove le tecnologie di assistenza alle malattie hanno avuto il loro apice negli ultimi due o tre secoli. Ma la vita come bene comune ci mobilita anche a pensare che il locale dei territori è legato, e ha bisogno di amalgami più forti, con la dimensione globale, dove si esprime la produzione dei fattori condizionanti e determinanti della salute in ogni territorio.

Territorio, solidarietà e salute più forte come bene comune

Il tema della salute in ogni territorio ci collega globalmente con diversi territori, diverse culture, con un'enorme diversità di lingue e storie.

La vita come bene comune richiede azioni più forti e più collaborative tra la società e i think tank democratici. La distruzione del pianeta, delle democrazie, dei sistemi sanitari, dell'umanità e la monetizzazione della vita continueranno? Continueremo a finanziare in silenzio le guerre e l'estinzione dei popoli? Continueremo a ignorare il retrogusto di sangue delle popolazioni tradizionali dell'Amazzonia nei cereali consumati nei pasti presi nei ristoranti europei? È già un passo avanti che l'asfissia prodotta dall'estrazione abusiva delle riserve naturali amazzoniche si fa sentire su scala globale? Non solo, ci sono rilevanti reti di resistenza e di pensiero sui modi di organizzare la vita e produrre salute. Ogni anno, nel Laboratorio Italo-Brasiliano di Formazione, Ricerca e Prassi in Salute Collettiva, mettiamo in contatto ricercatori e operatori dei sistemi sanitari del Brasile e dell'Italia, soprattutto della Regione Emilia Romagna, per condividere esperienze. E sogna la salute come bene comune. Questa è solo un'esperienza, tra tante altre.

Abbiamo costruito sistemi di cure di prossimità, formato operatori sanitari con la capacità di ascoltare la vita nei territori, organizzato sistemi sanitari che sono in strada... Dobbiamo fare di più! Abbiamo condiviso, in diversi cicli di sviluppo, le esperienze di ogni territorio per ampliare il pensiero nei luoghi dove la vita è più vulnerabile. Ora abbiamo l'apprendimento dalla pandemia da condividere.

Un leader brasiliano della gente che vive per strada mi ha detto in un'occasione: "dobbiamo tenerci per mano con tutti e non lasciare la mano di nessuno! L'isolamento spaziale nella pandemia non può isolarci dalla nostra stessa condizione umana!". Dobbiamo ascoltare di più le nostre differenze e imparare da esse. E dobbiamo combattere il genocidio che ci circonda da tutte le parti.

Gli sforzi per costruire un "comune" basato sulla salute e la qualità della vita delle persone e delle comunità, sull'idea di salute come un diritto e non come qualcosa da consumare, mi sembra promettente. Le reti locali di solidarietà che sono state collegate durante la pandemia sono suggestive di questa possibilità, sia per sostenere la vita nei quartieri, o per fornire cibo, o anche per rendere omaggio e proteggere il lavoro nella salute e nei settori essenziali per la vita.

La lotta contro la pandemia, che diventa più efficace con azioni territoriali, dove gli operatori sanitari sostengono le pratiche locali e ampliano l'accesso a beni e servizi con diversi gradi di densità tecnologica, dimostra che i territori insegnano. Ma è necessario, come diceva l'educatore brasiliano Paulo Freire, che non perdiamo la capacità di imparare. Ci ha detto che senza la capacità di imparare non saremo in grado nemmeno di insegnare. Per fare questo, è necessario considerare la speranza di tempi migliori come una condizione ontologica dell'essere umano. Paulo Freire (2014; 2018) ha coniato l'espressione *esperançar* (speranza). In portoghese brasiliano, uno dei significati dell'espressione *esperançar* è la capacità di sperare che il tempo renda praticabili nuove condizioni di vita. Freire ci ha detto, tuttavia, che la speranza non può aspettare. Che ha bisogno di indignazione e solidarietà per lottare affinché la vita sia possibile. Ispirato da Paulo Freire, mi sembra possibile pensare la vita

come un bene comune in un'espressione densa. Vita che, per essere vissuta, ci chiama a superare le avversità che le pandemie provocano, ma anche quelle causate da ingiusti modelli di produzione della ricchezza e, soprattutto, la violenza che si proietta contro la vita di individui o gruppi in diversi territori del globo. Ogni volta che una vita viene sottomessa e i suoi autori non vengono rigorosamente puniti, moriamo un po' tutti. Ogni volta che una democrazia sanguina, la democrazia come valore comune perde un po' della sua potenza.

Per questa vita che ha la salute come bene comune, l'arte è indispensabile. La vita come bene comune si esprime in un'arte vitale, come ci disse Mercedes Sosa, già negli anni '80, cantando la composizione di León Gieco (Solo le pido a Dios). La salute come bene comune si esprime attraverso l'indignazione per il dolore, l'ingiustizia, la guerra, lo sfruttamento della vita. Si esprime come la costruzione quotidiana di futuri, con forti alleanze in cui, globalmente, le nostre mani sono al sicuro attraverso la solidarietà quando ci manca la condizione per resistere in ogni territorio. Si esprime con l'azione "divina" delle reti di solidarietà che si muovono nei territori e si trasmutano in altri territori come difesa della salute e di tutte le vite. Rendo omaggio all'arte di esprimere la salute come bene comune, nella voce indimenticabile di Mercedes Sosa.

Solo le pido a Dios

*Solo le pido a Dios
Que el dolor no me sea indiferente
Que la reseca muerte no me encuentre
Vacía y sola sin haber hecho lo suficiente*

*Solo le pido a Dios
Que lo injusto no me sea indiferente
Que no me abofeteen la otra mejilla
Después que una garra me arañe esta suerte*

*Solo le pido a Dios
Que la guerra no me sea indiferente
Es un monstruo grande y pisa fuerte
Toda la pobre inocencia de la gente
Es un monstruo grande y pisa fuerte
Toda la pobre inocencia de la gente*

*Solo le pido a Dios
Que el engaño no me sea indiferente
Si un traidor puede más que unos cuantos
Que esos cuantos no lo olviden fácilmente*

*Solo le pido a Dios
Que el futuro no me sea indiferente
Desahuciado está el que tiene que marchar*

A vivir una cultura diferente

Solo le pido a Dios

Que la guerra no me sea indiferente

Es un monstruo grande y pisa fuerte

Toda la pobre inocencia de la gente

Es un monstruo grande y pisa fuerte

Toda la pobre inocencia de la gente

Referências:

Bispo MS, Gherardi S. (2019). Flesh-and-blood knowing: Interpreting qualitative data through embodied practice-based research. **RAUSP Management Journal**, 2019. Vol. 54 No. 4, pp. 371-383. <https://doi.org/10.1108/RAUSP-04-2019-0066>

Brasil. (1988). Constituição brasileira de 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Ferla A, Martino A, Merhy EL, Baptista GC, Schweickardt JC, Nicoli MA, Pereira MGA, Ferreira MR, OrizcoValadares MA, Ceccim RB, Franco TB. (2020). Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. **Saúde em Redes**. 2020;6(Supl.2):1-6. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2.3215g478>.

Freire, Paulo. (2014). **Pedagogia dell'autonomia**. Saperi necessari per la pratica educativa. Torino, EGA-Edizioni Gruppo Abele, 2014.

Freire, Paulo. (2018). **La pedagogia degli oppressi**. Torino, EGA-Edizioni Gruppo Abele, 2018.

Santos, Milton. (2017). **Toward an Other Globalization: From the Single Thought to Universal Conscience**. Springer International Publishing AG 2017.

Texto traduzido do original em português pelo autor.

Learning to live with COVID-19

Glenn Laverack

COVID-19 is here to stay. We can expect more outbreaks, confounded by new variants, that combined with a greater disease burden and emerging diseases, will lead to worse health and weaker economies. A conventional public health approach including testing and tracing, isolation, and preventive measures, has mostly failed to halt the COVID-19 pandemic. In truth, we have never been in control of the spread of the virus and few countries will be spared the impact of COVID-19. The prevention focus has been focussed on protecting the fragile critical care sector and the draining of resources away from other essential services. A mutating virus, slow vaccination coverage, stressed health systems and a fatigued population have led to a "perfect storm" of factors for the virus to spread faster and further than ever before.

It will be a great disappointment to a great many people that the conventional, top-down public health approach has failed to halt the spread of COVID-19.

It is important to recognise that there is not a simple top-down solution to the pandemic. "Learning to live with COVID-19" must remain a priority with a focus on maintaining low transmission and protecting the most vulnerable people. Vaccination alone is not sufficient and preventive measures must remain a priority although maintaining public cooperation for lockdowns, travel, and work restrictions, will be a major challenge. The inability of governments to control the pandemic means that they must rebuild public trust and bring local leaders, authorities, and communities with them when making difficult decisions to control the spread of COVID-19.

Public health measures that have a negative socio-economic impact cannot be sustained without first gaining public support.

Vaccination has been an important part of the public health strategy to reduce the number of cases, hospital admissions and deaths even though it may not be able to prevent the transmission of the virus and new variants may render vaccination less effective. Ultimately, to avoid 'vaccine wars' or 'vaccine nationalism', the supply chain must be reliable and equitable. However, cooperation between pharmaceutical companies and some countries has not been forthcoming and global initiatives such as the COVID-19 technology access pool (C-Tap) and the World Health Organisation's COVAX facility have struggled to gain support. Reaching those who cannot or will not use vaccination services, including the anti-vax and human rights movements, will also be critical in minimizing misinformation

and vaccine hesitancy. Public health authorities must work with individuals, families, and communities through engaging with them in a dialogue, by creating support networks and by enhancing the ability of local leaders.

No one is safe until everyone in the world has been vaccinated.

The COVID-19 pandemic does provide an opportunity for health promotion in delivering tailored information and capacity building approaches to reach everyone, to address the local context, to engage with the vulnerable and to counter anti-vaccination. Health promotion can help to motivate people who do not, or cannot, change their behaviour and to gain the trust of citizens to work with their governments to fight COVID fatigue. Community-based organisations including voluntary, faith and neighbourhood associations, are an important health promotion tool that can act as a bridge between public health measures and community compliance. It is important for governments to recognize the value of community-based organizations and to provide strong funding streams and to build the skills of local leaders to be part of the outbreak response. Raising awareness and targeting and mobilising people have been successful in controlling the spread of STIs and promoting immunisation with specific high-risk groups (Laverack, 2018).

Reaching those who cannot or will not maintain low community transmission through tailored interventions is a crucial step towards living with COVID-19.

A culturally sensitive health promotion practice is necessary to work in a meaningful way that pays attention to different needs and gives a mutual understanding for empathy and a critical awareness of inequality. Building a meaningful relationship requires time and space and there are approaches that can begin to bridge the cultural divide including critical education and a reflexive professional practice (Laverack, 2018). Culturally sensitive and tailored interventions can be more effective than mainstream educational approaches alone to address the spread of the virus. Selected tailored interventions include online peer education for adolescents and engaging with people to promote testing, self-isolation, and the use of vaccination services. Public health professionals do not routinely receive training on cultural competence to provide a foundation for empathy and a critical awareness of the different perceptions of health. Building a workforce that is culturally competent will require the implementation of diversity training across all levels and professions of health care systems.

COVID-19 exploits weaknesses in our individual health as well as weaknesses in the public health and healthcare systems.

Rethinking the response to COVID-19

Emerging “hubs” of intense outbreaks and new variants, such as in Brazil, have accelerated regional infection rates. The control of COVID-19 in African countries is yet to be determined whereas in some Asian countries including Taiwan, China, and South Korea there has been, so far, considerable success. An ADB (Asian..., 2021) assessment of the COVID-19 response in the Republic of Korea concluded that its citizens were cooperative with government policies which were well prepared and based on a scientific approach. The country had previously experienced an outbreak of MERS, and this led to a higher level of public trust and a willingness to comply with preventive measures for COVID-19. Robust health systems, quick political action, and compliant communities in the East contrast with the “cult of the individual” and the failure of the state in the West. Of course, the reality of what has happened is complex and we cannot compare success between countries based solely on the epidemiological data.

Was the spread of COVID-19 managed better in the East compared to West?

We have learned from our mistakes but there is still more to learn. Our understanding of the relationship between COVID-19 and society, human behaviour, the built environment, and travel must improve for future outbreak responses. We must rethink the influence of super spreader events, the effectiveness of personal protection and the restriction of civil liberties. Social research to identify socio-cultural barriers will be an essential element as will be an analysis of feedback from frontline workers to reveal how knowledge, beliefs and practices influence an outbreak response (Gilmore et al., 2020).

The use of stringent measures, which have not addressed community needs, have had questionable levels of success. Stringent measures were used by governments that urgently wanted to take charge of the outbreak response in a traditional, top-down manner. The “Government Stringency Index”⁴ is a composite measure of nine metrics, such as school and workplace closures, that shows how harsh measures have been a popular option to try to control the spread of the virus. Stringent measures have led to weaker economies and have created an added burden from untreated communicable and non-communicable diseases including mental health, that will have a negative impact on health systems.

Governments will have to rethink their reliance on stringent measures and on vaccination to reduce COVID-19 cases and deaths. In countries where the reported case fatality rate of COVID-19 has declined we have seen a relaxation of preventive measures. However, caution is needed as this is partly because of increased testing, which per 1,000 population had poor predictive value, an increased rate of infection in younger people and improvements in case management

⁴ [COVID-19: Stringency Index - Our World in Data](#)

and treatment (AM.J.TROP, 2021). A whole-of-society approach is required that involves everyone in the prevention and control of COVID-19.

No one is safe until everyone has been vaccinated. A task that may have to be repeated every year, for new variants, low vaccine efficacy or for re-infections. "Vaccinating the world", a political aspiration of equity, to reach everyone, everywhere, is simply not feasible from a public health perspective. Experiences with influenza, polio and preventable childhood diseases have demonstrated the difficulty to vaccinate everyone worldwide. Soon there will be a surplus in some countries and the new challenge will be vaccine acceptance. In other countries there will be a deficit and the challenge will be supply, distribution and out-reach. However, in our haste to meet vaccination targets we have overlooked the need for a "Plan B" to reach those people who will not or cannot use vaccination services. Relying on the default of a herd immunity through infection is neither a safe nor a guaranteed strategy. "Learning to live with COVID-19" must therefore remain a priority.

There is no "Plan B" to vaccinate those people people who cannot or will not be reached.
--

People have shown remarkable resilience during the pandemic, a situation sometimes wrongly portrayed in the media as the blame has been conveniently shifted onto individuals for not complying with COVID-19 restrictions. The absence of adequate support has led people to feel guilty and responsible for the spread of the virus (BMJ, 2021), including young people. Interventions for a single, specific behavioural risk such as social distancing have little impact on the broader causes of risk to COVID-19 in the first place. Complying with preventive measures is especially difficult when living and working in overcrowded conditions. The focus on individual behaviour can create a culture of 'victim-blaming', by making people feel guilty because they are exposed to risk, when it is often outside of their control. Communication, regulation, and enforcement have not been enough to ensure that everyone complies with the recommended COVID-19 preventive measures. Non compliance will continue to be a feature during the pandemic unless behaviour change is accompanied with a policy framework that creates a supportive environment and helps to empower people to be able to take control of their own circumstances (Laverack, 2017).

Working with young people in Las Delicias, North East Spain

Poor economic environments and unstable living spaces, inadequate sanitation and high population density create favourable conditions for the spread of an infectious disease such as COVID-19. Robust community engagement and communication strategies can help to raise awareness and to develop skills and are crucial to the success of an outbreak response in overcrowded urban conditions. In April 2021, the Association of Neighbours of Delicias (Manuel Viola), in collaboration with agencies that work with youth, started to prepare

for a project based on the needs of young people and the control of COVID-19.



Las Delicias is a low socio-economic, multi-cultural and densely populated neighbourhood in the city of Zaragoza, North East Spain. The residents are Romania, Spanish, South American, Chinese and North African. The neighbourhood has a significant population of elderly and young persons.

The community project was based on the principles of working with young people to **Educate – Involve – Reward**. The international evidence (WHO, 2021) shows that young people are sensitive to peer judgments, to online influencers and to reward and social recognition. The Association of Neighbours of Delicias identified activities to help to occupy young people during the hot summer period, including:

- An online gymkhana to provide a series of tests and questions (some related to COVID) by individuals and in teams. The gymkahana is recorded on YouTube and uploaded so that it could be used throughout the summer. Technological innovations can provide options for social interaction and online influencers normally not possible during the outbreak.
- A face mask design contest based on the themes of what young people like so that they could see their design and encourage personal preventive measures. Young people are sensitive to peer judgments, and this can help others to conform to use face masks among their friends. Making the face masks readily available and free, such as in a park or shopping centre from a "mask stand", can also help to promote use among young people.



Many young people in inner city areas in Spain do not have a village or a resort to visit during July and August. They are without the usual youth activities that close or have limited capacity such as in outdoor swimming pools because of strict social distancing rules. Illegal youth parties or “botellónes”, in which young people gather in parks, often with alcohol, are also popular in the summer and may be helping to spread COVID-19.

Conclusions

The worse days of the pandemic may still lay ahead with outbreaks of new virus variants. Countries, regions or communities with low immunity and slow vaccination are susceptible to devastating outbreaks. Densely populated countries such as Nigeria and Indonesia may experience an intensity that we have already seen in India and Brazil. No country will escape untouched and even remote and isolated communities could be decimated beyond recovery by the impact of an outbreak. Perhaps we have chosen to hide behind the evidence, even when it was weak, contradictory, or non-existent and have hidden behind a traditional public health response that regards the population only as the recipient of top-down measures. We should put more trust in our own professional common sense and the experiences that we have gained from previous disease outbreaks.

The inability of some governments and international health organisations to recognise the value of engaging with communities may have led to the non-compliance of preventive measures. Public frustration and mistrust can manifest itself in civil disturbances such as the demonstrations and illegal mass gatherings we have seen around the world. Strict measures such as lockdowns, work and travel restrictions can erode social wellbeing and lead to greater poverty, health inequalities and civil unrest. Community engagement and support to community-based organisations have been a missing feature of the COVID-19 outbreak response. The lessons of past

outbreaks have not been learned and there is a real risk that future responses will continue to use a top-down approach that excludes communities from having an active role in the prevention of a disease. We must accept that the pandemic cannot be stopped until individuals, families and communities are given more control to protect themselves and others against COVID-19.

It is more important than ever to work with community-based organisations to help give support to young people as well as to the unemployed, the homeless, the hungry, the chronically ill, the mentally unwell, the socially isolated and the many others who are in a worse situation because of stringent measures. Community-based organisations provide a bridge between those people at need in society and government funded services that can provide support and assistance, both during and after the pandemic. Governments must now rethink the response to COVID-19. "Learning to live with COVID-19" must remain the priority with a focus on protecting the vulnerable in society alongside vaccination, testing and tracing and other control measures.

It is both a bottom-up and top-down approach that will lead us out of the pandemic.

Governments must rebuild public trust and engage with communities in a meaningful way through a bottom-up approach. It is only through both a bottom-up and a top-down approach that governments can lead their countries out of the pandemic.

Traditional public health strategies will remain critical to the response, but these must be supported by a stronger political commitment to provide a central role to communities to prevent the continued spread of COVID-19.

Responding to a pandemic also requires a unique set of competencies that can be developed through education, training, and field experience. These competencies and the role for health promotion professionals has already been mapped out in an accessible text (Laverack, 2018). Combined with a more culturally competent and reflexive workforce this could create an essential new professional field and must be supported by the political, academic, and professional sectors.

References

Am. J. Trop. Med. Hyg., 00(00), 2021, pp. 1–9 doi:10.4269/ajtmh.20-1496.

Asian development Bank (2021) Assessment of COVID-19 Response in the Republic of Korea. ADB, Manila.

BMJ 2021: 372:n137 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n13>.

Gilmore B, Ndejjo R, Tchetchia A, et al. (2020) Community engagement for COVID-19 prevention and control: a rapid evidence

synthesis. *BMJ Global Health*; 5:e003188. doi:10.1136/bmjgh-2020-003188

Laverack, G. (2017) The challenge of behaviour change and health promotion. 8, 25. *Challenges*. doi:10.3390/challe8020025C.
<https://www.mdpi.com/2078-1547/8/2/25>

Laverack, G. (2018) Health promotion in disease outbreaks and health emergencies. Boca Raton, Florida. CRC press. Taylor & Francis group.
www.crcpress.com/9781138093171

Laverack, G. (2018) Is health promotion culturally competent to work with migrants? **Global Health Promotion**. Vol 25(2): 3-5.

Laverack, G. (2018) The Challenge of Promoting the Health of Refugees and Migrants in Europe: A Review of the Literature and Urgent Policy Options. *MDPI. Challenges*. 9(32): 1-12.

World Health Organisation (2021) Behavioural Considerations for Risk-Taking by Young People (with special reference to COVID-19). WHO, Geneva.

Health as a common good: Contributions of Nursing to Community Health

Pedro Melo

The years 2020 and 2021 marked the world with a health crisis associated with a pandemic, with a magnitude that had not happened in a century. In a society contextually based on an intense technological evolution and globally linked by this same technological network, the Covid-19 pandemic found a different world from the one that the Spanish flu had visited 100 years earlier (I could refer here to the swine flu, which was an important pandemic in the country. beginning of the 21st century, but the dimension of Covid-19 can be better reflected with the Spanish Flu that affected more than a quarter of the world population and with symptoms very similar to that caused by SARS-Cov-2). Paradoxically, the evolved society of the 21st century did not stop the relentless advance of a pandemic that literally came to stop the world, isolate people, feed fear, affect economies... And we can ask ourselves why? Because in a society so different from that which at the beginning of the 20th century was devastated in conditions of development of health and communication systems that were much less evolved, after all, we were not able to control the pandemic?

Perhaps the answer lies in the essence that is never lost with all social and technological evolutions: The Human condition. It is about Human condition that I will speak in this chapter and, above all, about the solutions that the world can find in a science and a profession whose central focus of study and care is precisely the Human Beings and their existential condition.

To better understand these solutions, I will organize this chapter into 3 parts: a vision of the Human condition, Nursing as a specialized view of the Human condition, and the contributions of Nursing to Community Health.

At the end of this chapter I hope to be able to promote a deep reflection on the importance of, in the view of health as a common good, taking advantage of the Nursing assets in the World to ensure an irreplaceable contribution to the survival of Humanity.

A view of the human condition

Analyzing the human condition, such a complex concept, is an adventure that requires us to break through a winding terrain and boldly dive into our own vision of ourselves in the context of our

existence. But it is this condition that makes us identity in a world so diverse and complex that it integrates into an even more complex and diverse system in a Universe in constant challenge of infinite knowledge. In the universal cosmos of global existence, the human species can be faced with a fragility associated with its possible finitude in multiple scenarios, but at the same time framed in an existential genius that allows the inevitable fragility to emerge a unique ability to reinvent scenarios using research, culture, philosophy and, at the limit, this almost divine competence of Thinking and coexisting with a creative world that, while not being visible, embodies the possibility of making real dreams and convictions so typical of Human Persons. But aren't Humans all Persons? – You will ask yourselves - Isn't it redundant to say “Person” and “Human” in the same expression? We will understand this same issue in a moment, based on the rest of the existential quorum that I mentioned a few lines ago.

In the universal cosmos of global existence, the human species can be faced with a fragility associated with its possible finitude in multiple scenarios, but at the same time framed in an existential genius.

In the view of contemporary philosopher Hannah Arendt, the Human Condition is related to three important dimensions: the biological characteristics that differentiate us and allow us to survive, in the context of human identity anatomophysiology and the biological processes that enable us to dominate species, namely neurological processes. But we also have the creative and transforming capacity of nature that allows us to create what the philosopher calls a differentiated habitat. There is also one last dimension, which Arendt defends, that allows us to ensure freedom. An action that allows us to be plural in mutual interaction with other humans and with the world, make decisions and implement them, create, innovate, politicize the world. It is this last dimension that allows us to be free in relation to the biological and to a creative process that can no longer be just functional to be real and concrete in a uniqueness that each Human Being has (Arendt, 1958).

In this context, the capacity for liberating interaction, where freedom can be associated with education through dialog, which Paulo Freire introduces us to (Freire, 2005), brings this ingenious addition associated with this liberating education that allows the Human Person to have in the hands the key that, through an active, activist and transformative education, makes this Human Person unique in promoting a common good rooted in freedom. In the same way that, antagonistically, it can use a locket represented by the thirst for power, where the promotion of oppression through illiteracy can represent an opposition to the liberating Human Condition defended by Arendt.

I also consider it important to add the vision of sociologist Edgar Morin, who refers us to a “profane trinity” in the context of communication, articulating information theory, cybernetics and general systems theory, as promoters of a complexity that results

from an ecosystem dynamic that integrates the human condition, although limited in its biological capacity, in a transformative process that makes it possible in a space beyond the obvious and not just the tidy in the drawers of positivist science (Morin, 1999).

There is also the dimension of morality and ethics, which then constitutes the character of Person to the Human Being, whenever he is endowed with the ability to reflect, to morally judge his actions and those of others and, therefore, to have autonomy (Kant, 1797). In this Kantian perspective of the Human Condition, we can conclude that the covering of the Human Being (a species endowed with differentiating characteristics from others) with the ability to reason, reflect, morally judge and be autonomous, completes the condition of Being a Person to the Human condition. The person's condition is built along life and existence. We are born human and build ourselves Persons (unless for some reason we may be deprived of this development of autonomy, by some compromise of the systems that control reason).

We are born human and we build ourselves Persons, when we take on autonomy, reasoning ability and moral reflection about ourselves and others.

Nursing as a specialized look at the human condition

After taking a sideways but intense look at the human condition in the previous section of this chapter, now is the time to understand the individual contribution of Nursing, in the context of global health care, to address this human condition.

Let us, first, analyse the etymological perspective of the word Nurse. According to Carvalho (2016: 70), it will not be “nutrix” (as it is often referred to by the English use of the word “nurse”). She also mentions that “Florence Nightingale herself lets it show when, in her “Notes on Nursing”, in 1860, she wrote: “I use the word nursing for lack of a better one” (Carvalho, 2016: 74). Therefore, it is referred that, quoting, “it originated from the term “infirmario”, that is, one of the graphics for “infirmarius”, a more correct word in Latin at the time, which, by an etymological process similar to the Portuguese case, is also at the origin of: enfermero, in Castilian; infirmier, in French; infermieri, in Italian; infermer, in Catalan; and infirmarer or infirmarian, in English.” (Oak, 2016:70). Now the meaning of “infirmarius” is “the one who is not firm”. Therefore, we can say that nurses take care of infirm people and not just sick people, as the profession is commonly associated.

Infirmity is a state that is associated with the absence of something that allows robustness to, when we talk about Health, maintain it. We might even associate it with an absence of power to maintain health.

Considering the concept proposed by Segre and Ferraz (1997:542), opposing the concept of perfect physical well-being indicated by the World Health Organization, that Health will then be, quoting: “a state of reasonable harmony between the subject and its own reality”,

then the absence of firmness will be a state of disharmony between the person and his own reality.

The Portuguese Board of Nurses (Ordem dos Enfermeiros), in the Nursing Care Quality Standards, adds that, in the eyes of Nursing, the Person is endowed with three types of processes: intentional processes (related to knowledge, beliefs, values, decision-making), I would even say that it is the intentional processes that confer, according to the condition of the Human Person described in the previous point, the possibility of Being a Person; unintentional processes (which are, for example, physiological) and processes of interaction with the environment (which include human, physical, political, economic, social, etc. elements).

In this sense, Nursing takes care of infirm people in their intentional, unintentional processes and interaction with the environment, thus demanding that this disciplinary and professional area have a complete vision of Human People in the development of their clinical approach, from the nursing diagnosis to the Results assessment.

By analyzing Table 1, it is possible to understand that Nurses can diagnose and intervene in the context of the human condition, namely Human People, in the context of their autonomy in the decision-making process related to the susceptibility to infection, with adherence to vaccination and in the exercise of caregiving roles, such as the parental and caregiver role. At the same time, take care of the physiological dimension associated with managing the symptoms of the disease (whether in hospital, in more severe cases, or in the home context, in cases where self-management of the infection is possible, with monitoring). In the interaction with the environment, the family and economic context (especially family income), the diagnosis and intervention of nurses is possible, considering the family as a care unit, using, for example, the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (MDAIF) (Figueiredo, 2012).

Table 1 shows an example, considering the phenomenon of the Covid-19 pandemic, the focuses of attention of Nurses, considering the ICNP (ICN, 2019):

Intentional Processes	Unintentional processes	Interaction processes with the environment
<p>Susceptibility to SARS-Cov-2 infection:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Knowledge about the infection and protective measures; - Learning skills for using PPE; - Beliefs about susceptibility to infection <p>Infection self-control</p> <p>Parental Role (if sick child) Knowledge about disease and symptom control; Adherence behaviors.</p> <p>Caregiver role (if sick dependent person) Knowledge about disease and symptom control; Adherence behaviors.</p> <p>Adherence to Vaccination: knowledge about vaccine beliefs about vaccines Adherence Behaviors to Vaccine</p>	<p>SARS-Cov-2 infection:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Symptom control <p>Immunization regimen (related to vaccine administration)</p>	<p>Family Process (related to confinement), namely:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Family Communication; - Family Dynamic relationship; - Role Interaction; <p>Marital Satisfaction;</p> <p>Family Income;</p> <p>Community Management (related to pandemic management):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Community participation; - Community Process; - Community Leadership.

Table 1 shows the complete and complex approach that is provided to persons in the light of nursing lenses.

Nursing takes care of infirm people in their intentional, unintentional processes and interaction with the environment, thus demanding that this disciplinary and professional area have a complete view of Human People in the development of their clinical approach, from the nursing diagnosis to the evaluation of results .

In the context of the different Schools of Knowledge in Nursing that have been developed since the mid-twentieth century, it is possible to identify how the Science of Nursing and evidence-based practices evolved from care more focused on self-care (Orem, 1991), or on human needs (Henderson, 1969), for care focused on human interactions (Peplau, 1988), or even on the transitions people make throughout their lives (Meleis, 1991), or human adaptation (Roy & Roberts, 1984). These are just a few examples of the scientific evolution of Nursing, which demonstrate that, although with different positions according to models and theories and Schools of Knowledge, since the development of Modern Nursing (Nightingale, 1859), the relationship of Nursing with the promotion of autonomy (identity of the Human Person) and promoting the improvement of the human condition, whether in the biological, creative or action dimensions.

In the pandemic context, considering all the above, as well as the examples shown, Nursing has contributed in a unique and irreplaceable way to the survival of Humanity and the guarantee of Firmness in the Human Condition.

Contributions of Nursing to Community Health

Now, with better evidence of the core of the existence of Nursing, in its relationship with promoting firmness to the infirm, it is important to understand that nurses take care of Human Persons from an individual perspective, but also collectively, whether in the context of the small group approach (such as a class in the school context, for example), families (considering the family as a care unit, as we saw in the example in column 3 of table 1), communities (for example nursing homes, schools, companies, etc.) and populations (considering, for example, epidemiological surveillance in Public Health Units, or the approach of the Health Crisis⁵ focus, in the same context).

In my doctoral thesis, considering the foundations of Nursing and extrapolating them to the care of communities as care units, I conclude that, quoting (Melo, 2016: 173):

“If nursing care is care for the person without firmness, when we talk about the collective of people and community infirmity, we are talking about a political-social system without firmness. The system is the persons, and community empowerment is integrated into the decision-making process of nurses, a noble way of strengthening the political-social system, promoting the health of populations and citizenship.”

Still in the context of the research within the thesis, a mid-range theory was developed that constitutes a theoretical model in nursing, considering the community as a unit of care for nurses. In addition to the concepts of community, community environment, community health and nursing care to the community and the assumptions and postulates of the model, a clinical decision matrix is presented that prescribes the clinical decision process in nursing, from the activity of diagnosis to the evaluation of results. We call this theory the Assessment, Intervention and Community Empowerment Model (MAIEC), considering that community empowerment is presented as a process and as a result of the application of this clinical decision matrix (Melo, 2021).

Thus, we realize that, when it comes to the health of the communities we are talking about, the central focus of attention of nurses (considering the aforementioned ICNP) is "Community Management", having as diagnostic dimensions the "Community

⁵ In the case of Covid-19, in the example of the Portuguese context, specialist nurses in Community Health and Public Health Nursing diagnose the Health Crisis focus based on the epidemiological data of the disease (incidence and prevalence, general and ICU admissions, Rt Factor, etc.) and manage and optimize intervention teams for the follow-up, monitoring and promotion of case isolation.

process", related to community coping; "Community participation", related to communication, partnerships and organizational structures; and "Community leadership", related to the knowledge, beliefs and volition of community members and leaders (Melo, 2021).

By diagnosing and intervening in "Community Management", nurses are promoting a collective firmness, enhancing the autonomy of the community to solve their problems, through the optimization of communication processes, experiences that promote forces in the community, the increase of partnerships and the creation of aggregating organizational structures and the promotion of community literacy, as well as the optimization of beliefs and the ability to enhance adherence behaviours of its members and leaders.

Regardless of the uncertainty for which a solution is sought, MAIEC has demonstrated that Nursing has a voice of its own to guide programs and projects that enhance community health.

Ao diagnosticar e intervir na "Gestão comunitária" os enfermeiros estão a promover uma firmeza coletiva, potenciadora da autonomia da comunidade para resolver os seus problemas.

Proximity nursing care, and the allocation of nurses, especially specialists in community health and public health in health promotion contexts, is thus an excellent political strategy to ensure the firmness of any country's social-political system.

Concluding

In this chapter, it became evident that the human condition and the enhancement of the condition of the Human Person are closely associated with the practice of Nursing as a profession, as well as with its study in the context of Nursing as a scientific discipline.

The approach of intentional, unintentional processes and interaction with the People's environment, by nurses, enhances the development of their autonomy, whether from an individual or collective perspective, and allows to promote the health of people, communities, and populations.

Know that health policies take advantage of the specialized care of nurses and we will have a world with a firmer future, not only regarding Covid-19 pandemic and others that may exist, but in all dimensions of people's lives.

References:

Arendt, H [1958]. *A Condição Humana*. Trad. Roberto Raposo. Lisboa: Relógio D'Água, 2001

Carvalho, C. O Infirmarius, Precursor Medieval do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem* Vol. 20 N.º 1, 63-78

- Figueiredo, MH. *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar- uma ação colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusodidata, 2012
- Freire, P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- George, JB. et al. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- Henderson, V. *Basic Principles of Nursing Care*. New York, 1969
- International Council of Nurses. International Classification for Nursing Practice (ICNP). [online] available in: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>, consultado a 12/07/2021.
- Kant, I. [1797]. *A Metafísica dos Costumes*. Trad. Edson Bini. São Paulo: EDIPRO, 2003.
- Meleis, AI. *Theoretical Nursing: development & progress*. 2. ed. Philidelphia: Library of Congress, 1991, p. 169-80
- Melo, P. *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel, 2021
- Melo, P. *Enfermagem Comunitária Avançada: Um Modelo de Empoderamento Comunitário*. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para o Grau de Doutor em Enfermagem. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2016
- Melo P, Alves O. Community Empowerment and Community Partnerships in Nursing Decision-Making. *Healthcare*. 2019; 7(2):76.
- Morim, E [1999]. *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget, 6ª edição, 2017
- Nightingale, F [1859]. *Notas sobre enfermagem*. Loures: Lusodidata, 2005
- Orem, DE. *Nursing, concepts of practice*. 4 ed. St. Louis: Mosby, 1991
- Ordem dos Enfermeiros. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Conselho de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001
- Peplau, H. E. *Interpersonal Relations in Nursing: a conceptual frame of references for psychodynamic nursing*, Kingdom: MacMillan Education, 1988.
- Roy, CS., Roberts, SL. *Theory construcion in nursing: an adaptation model*. 2ª ed. Englewood: Cliffs, Prentice-Hall, 1984
- Segre, M & Ferraz, FC. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, 31 (5), 1997, 538-42
- Sève, L. *Qu'est-ce que la personne humaine? Bioéthique et démocratie*. Paris: La Dispute, 2006.

Saúde como um *bem comum*: Contributos da Enfermagem para a Saúde das Comunidades

Pedro Melo

Os anos 2020 e 2021 marcaram o mundo com uma crise sanitária associada a uma pandemia, com uma magnitude que não acontecia há um século. Numa sociedade contextualmente alicerçada numa evolução tecnológica intensa e globalmente ligada por essa mesma rede tecnológica, a pandemia por Covid-19 encontrava um mundo diferente daquele que 100 anos antes a gripe espanhola tinha visitado (podia aqui referir a gripe suína que foi uma importante pandemia no início do século XXI, mas a dimensão da Covid-19 pode ser melhor espelhada com a Gripe Espanhola que afetou mais de um quarto da população mundial e com sintomatologia muito semelhante com a provocada pelo SARS-Cov-2). Paradoxalmente a sociedade evoluída do Séc. XXI não impediu o avanço sem tréguas de uma pandemia que veio literalmente parar o mundo, isolar as pessoas, alimentar o medo, afetar as economias... E podemos perguntar-nos porquê? Porque numa sociedade tão diferente daquela que no início do Séc. XX foi assolada em condições de desenvolvimento dos sistemas de saúde e de comunicação muito menos evoluídos, afinal não conseguimos controlar a pandemia?

Talvez a resposta esteja na essência que jamais se perde com todas as evoluções sociais e tecnológicas: a condição Humana. É sobre ela que falarei neste capítulo e acima de tudo sobre as soluções que o mundo pode encontrar numa ciência e numa profissão cujo foco central de estudo e de cuidado é precisamente o Ser Humano e a sua condição existencial.

Para compreender melhor estas soluções vou organizar este capítulo em 3 partes: uma visão da condição humana, a Enfermagem como olhar especializado para a condição humana e os contributos da Enfermagem para a Saúde das Comunidades.

No final deste capítulo espero poder promover uma profunda reflexão sobre a importância de, na visão da saúde como um bem comum, aproveitar os ativos de Enfermagem no Mundo para assegurar um contributo insubstituível para a sobrevivência da Humanidade.

Uma visão da condição humana

Analisar a condição humana, conceito tão complexo, é uma aventura que nos exige um desbravar de um terreno sinuoso e com um

mergulhar corajoso na nossa própria visão de nós mesmos no contexto da nossa existência. Mas é essa condição que nos torna identitários num mundo tão diverso e complexo que se integra num sistema ainda mais complexo e diverso num Universo em permanente desafio de conhecimento infinito. No cosmos universal da existência global, a espécie humana pode ser encarada com uma fragilidade associada à sua finitude possível em múltiplos cenários, mas ao mesmo tempo enquadrada numa genialidade existencial que permite que na fragilidade inevitável emergja uma capacidade única de reinventar os cenários com recurso à investigação, à cultura, à filosofia e no limite, a esta competência quase divina de Pensar e coexistir com um mundo criativo que não sendo visível torna corporizada a possibilidade de tornar reais sonhos e convicções tão próprias das Pessoas Humanas. Mas os Humanos não são todas Pessoas? - perguntar-se-ão -Não é redundante dizer “Pessoa” e “Humana” numa mesma expressão? Já iremos compreender essa mesma questão daqui a pouco, alicerçada em todo o restante quórum existencial que referia há umas linhas atrás.

No cosmos universal da existência global, a espécie humana pode ser encarada com uma fragilidade associada à sua finitude possível em múltiplos cenários, mas ao mesmo tempo enquadrada numa genialidade existencial.

Na visão da filósofa contemporânea Hannah Arendt, a Condição Humana relaciona-se com três dimensões importantes: as características biológicas que nos diferenciam e permitem sobreviver, no contexto da anatomofisiologia identitária dos humanos e dos processos biológicos que nos tornam capazes de dominar as espécies, nomeadamente os processos neurológicos. Mas temos também a capacidade criativa e de transformação da natureza que nos permite criar aquilo que a filósofa chama de habitat diferenciado. Há ainda uma última dimensão, que Arendt defende que nos permite assegurar a liberdade. Uma ação que nos permite ser plurais na interação mútua com os outros humanos e com o mundo, ter decisões e concretizar as mesmas, criar, inovar, politizar o mundo. É esta última dimensão que nos permite ser livres em relação ao biológico e a um processo criativo que pode deixar de ser apenas funcional para ser real e concreto numa unicidade que cada Ser Humano tem (Arendt, 1958).

Neste contexto, a capacidade de interação libertadora, onde a liberdade se pode associar à educação por via dialógica, à qual Paulo Freire nos apresenta (Freire, 2005), traz neste seu acréscimo genial associado a esta educação libertadora que permite à Pessoa Humana ter nas mãos a chave que, por via de uma educação ativa, ativista e transformadora, a torna única na promoção de um bem-comum enraizado na liberdade. Da mesma forma que antagonicamente pode antes usar um aloquete representado pela sede de poder, onde a promoção da opressão por via da iliteracia pode representar uma contrariedade à Condição Humana libertadora defendida por Arendt.

Neste contexto, considero importante ainda acrescentar a visão do Sociólogo Edgar Morin, que nos remete para uma “trindade profana” no contexto da comunicação, articulando a teoria da informação, a cibernética e a teoria geral dos sistemas, como promotoras de uma complexidade que resulta de um ecossistema dinâmico que integra a condição humana, apesar de limitada na sua capacidade biológica, num processo transformativo que a torna possível num espaço além do óbvio e não apenas o arrumável nas gavetas da ciência positivista (Morin, 1999).

Existe ainda, a dimensão da moralidade e da ética, que constitui então o caráter de Pessoa ao Ser Humano, sempre que este é dotado da capacidade de refletir, de julgar moralmente os seus atos e os dos outros e, por isso, de ter autonomia (Kant, 1797). Nesta perspetiva Kantiana da condição humana, podemos concluir que o revestir do Ser Humano (espécie dotada de características diferenciadoras das outras) da capacidade de raciocinar, refletir, julgar moralmente e ser autónoma, completa a condição de Ser Pessoa à condição Humana. A condição de Pessoa constrói-se por isso. Nascemos humanos e construímo-nos Pessoas (a não ser que por algum motivo possamos estar privados desse desenvolvimento de autonomia, por algum comprometimento dos sistemas que controlam a razão).

Nascemos humanos e construímo-nos Pessoas, quando nos revestimos da autonomia, capacidade de raciocínio e reflexão moral sobre nós e sobre os outros.

A Enfermagem como olhar especializado para a condição humana

Depois de um olhar de soslaio, mas intenso sobre a condição humana, no ponto anterior deste capítulo, é agora o momento de compreender o contributo individualizado da Enfermagem, no contexto dos cuidados globais de saúde, para a abordagem desta condição humana.

Vamos, primeiro de tudo, analisar a perspetiva etimológica da palavra Enfermeiro. De acordo com Carvalho (2016: 70), não será “nutrix” (como muitas vezes é referido pela utilização da palavra “*nurse*” pelos ingleses). Refere aliás que a “a própria Florence Nightingale deixa transparecer quando, nas suas Notes on Nursing, em 1860, escreveu: “utilizo a palavra *nursing* à falta de outra melhor” (Carvalho, 2016:74). Portanto é referido que, cito, “se originou a partir do termo “*infirmario*”, isto é, um dos grafismos para “*infirmarius*”, palavra mais correcta no latim de então, que, por um processo etimológico semelhante ao caso português, também está na origem de: enfermero, em Castelhana; infirmier, em Francês; infermieri, em Italiano; infermer, em Catalão; e infirmarier ou infirmarian, em Inglês.” (Carvalho, 2016:70). Ora, o significado de “*infirmarius*” é “aquele que não está firme”. Portanto podemos afirmar que os Enfermeiros cuidam das Pessoas infirmes e não apenas das Pessoas doentes, como comumente se associa a profissão.

A Infirmezia é um estado que se associa à ausência de algo que permita robustez para, quando falamos de Saúde, a manter. Poderemos até associar a uma ausência de poder para manter a saúde.

Considerando o conceito proposto por Segre e Ferraz (1997:542), contrapondo o conceito de perfeito bem-estar físico indicado pela Organização Mundial de Saúde, de que a Saúde então será, cito: “um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade”, então a ausência de firmeza será um estado de desarmonia entre a pessoa e a sua própria realidade.

A Ordem dos Enfermeiros Portugueses, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, acrescenta que no olhar da Enfermagem, a Pessoa é dotada de três tipos de processos: os processos intencionais (relacionados com os conhecimentos, crenças, valores, tomada de decisão), diria até que serão os processos intencionais que conferem segundo a condição da Pessoa Humana descrita no ponto anterior, a possibilidade de Ser Pessoa; os processos não intencionais (que são por exemplo os fisiológicos) e os processos de interação com o ambiente (que inclui os elementos humanos, físicos, políticos, económicos, sociais, etc.).

Neste sentido, a Enfermagem cuida das pessoas infirmes nos seus processos intencionais, não intencionais e de interação com o ambiente, exigindo então que esta área disciplinar e profissional tenha uma visão completa das Pessoas Humanas no desenvolvimento da sua abordagem clínica desde o diagnóstico de Enfermagem à avaliação de resultados.

Na tabela 1 apresenta-se um exemplo, considerando o fenómeno da pandemia por Covid-19, os focos de atenção dos Enfermeiros, considerando a CIPE (ICN, 2019):

Tabela 1- Exemplo dos focos de atenção (de acordo com a CIPE), associados à abordagem da pandemia no contexto dos cuidados de Enfermagem às Pessoas.

Processos Intencionais	Processos não intencionais	Processos de Interação com o ambiente
<p>Suscetibilidade à infeção por SARS-Cov-2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento sobre a infeção e as medidas de proteção; - Aprendizagem de habilidades para o uso de EPI; - Crenças sobre a suscetibilidade à infeção <p>Autocontrolo Infeção</p> <p>Papel Parental (se criança doente)</p> <p>Conhecimentos sobre doença e controlo de sintomas;</p> <p>Comportamentos de adesão.</p> <p>Papel de Prestador de cuidados (se pessoa dependente doente)</p> <p>Conhecimentos sobre doença e controlo de sintomas;</p> <p>Comportamentos de adesão.</p> <p>Adesão à Vacinação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conhecimentos sobre vacina Crenças sobre vacinas Comportamentos de adesão às vacinas 	<p>Infeção por SARS-Cov-2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlo dos sintomas <p>Regime de Imunização (relacionado com a administração de vacina)</p>	<p>Processo Familiar (relacionado com o confinamento), nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicação na família - Relação Dinâmica na família; - Interação de Papeis; <p>Satisfação Conjugal;</p> <p>Rendimento Familiar;</p> <p>Gestão Comunitária (relacionada com a gestão da pandemia):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participação comunitária; - Processo Comunitário; - Liderança Comunitária.

Pela tabela 1 é possível verificar a abordagem completa e complexa que à luz das lentes da Enfermagem é proporcionada às pessoas.

Pela análise da tabela 1 é possível compreender que os Enfermeiros podem fazer diagnóstico e intervenções no contexto da condição humana, nomeadamente às Pessoas Humanas, no contexto da sua autonomia no processo de tomada de decisão relacionado com a suscetibilidade à infeção, com a adesão à vacinação e no exercício de papéis cuidadores, como é o parental e o papel de prestador de cuidados. Ao mesmo tempo, cuidar da dimensão fisiológica associada à gestão dos sintomas da doença (seja no internamento, nos casos mais graves, ou em contexto domiciliário nos casos em que é possível a autogestão da infeção, com monitorização). Na interação com o ambiente, o contexto familiar e económico (principalmente os rendimentos familiares), o diagnóstico e intervenção dos enfermeiros é possível, considerando a família como unidade de cuidados, utilizando por exemplo, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012).

A Enfermagem cuida das pessoas infirmes nos seus processos intencionais, não intencionais e de interação com o ambiente, exigindo então que esta área disciplinar e profissional tenha uma visão completa das Pessoas Humanas no desenvolvimento da sua abordagem clínica desde o diagnóstico de Enfermagem à avaliação de resultados.

No contexto das diferentes Escolas do Saber em Enfermagem que se foram desenvolvendo desde meados do século XX é possível identificar como a Ciência de Enfermagem e as práticas baseadas nas evidências foram evoluindo de cuidados mais focados no autocuidado (Orem, 1991), ou nas necessidades humanas (Henderson, 1969), para cuidados focados nas interações humanas (Peplau, 1988), ou até nas transições que as pessoas fazem ao longo da sua vida (Meleis, 1991), ou a adaptação humana (Roy & Roberts, 1984). Estes são apenas alguns exemplos da evolução científica da Enfermagem, que demonstram que, ainda que com posicionamentos distintos de acordo com os modelos e teorias e Escolas do Saber, desde o desenvolvimento da Enfermagem Moderna (Nightingale, 1859), é sempre presente a relação da Enfermagem com a promoção da autonomia (identitária da Pessoa Humana) e promotoras da melhoria da condição humana, seja na dimensão biológica, criativa ou de ação.

Desde o desenvolvimento da Enfermagem Moderna, é sempre presente a relação da Enfermagem com a promoção da autonomia (identitária da Pessoa Humana) e promotoras da melhoria da condição humana, seja na dimensão biológica, criativa ou de ação.

No contexto pandémico, considerando tudo o referido, assim como os exemplos demonstrados, a Enfermagem contribuiu de uma forma única e insubstituível para a sobrevivência da Humanidade e a garantia da Firmeza na Condição Humana.

Contributos da Enfermagem para a Saúde das Comunidades

Agora com melhor evidência do cerne da existência da Enfermagem, na sua relação com a promoção de firmeza aos infirmes, é importante compreender que os enfermeiros cuidam das Pessoas Humanas numa perspetiva individual, mas também coletiva, seja no contexto da abordagem de pequenos grupos (como uma turma no contexto escolar, por exemplo), famílias (considerando a família como unidade de cuidados, como vimos no exemplo da coluna 3 da tabela 1), comunidades (por exemplos lares de idosos, escolas, empresas, etc.) e populações (considerando por exemplo a vigilância epidemiológica nas Unidades de Saúde Pública, ou a abordagem do foco Crise de Saúde⁶, no mesmo contexto).

Na minha tese de doutoramento, considerando os alicerces da Enfermagem e extrapolando-os para o cuidado às comunidades como unidades de cuidados, concluí que e cito (Melo, 2016: 173):

“Se o cuidado de Enfermagem é o cuidado à Pessoa sem firmeza, quando falamos no coletivo de pessoas e em

⁶ No caso da Covid-19, no exemplo do contexto português, os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, diagnosticam o foco Crise de Saúde a partir dos dados epidemiológicos da doença (incidência e prevalência, internamentos gerais e em UCI, Fator Rt, etc.) e fazem a gestão e otimização de equipas de intervenção para o acompanhamento, monitorização e promoção do isolamento de casos.

infirmenza comunitária, falamos de um sistema político-social sem firmeza. O sistema são as pessoas sendo então o empoderamento comunitário integrado na tomada de decisão dos Enfermeiros, uma forma nobre de dar firmeza ao sistema político-social, promovendo a saúde das populações e da cidadania.”

Ainda no contexto da investigação no âmbito da tese, foi desenvolvida uma teoria de médio alcance que se constitui como um modelo teórico em enfermagem, considerando a comunidade como unidade de cuidados dos enfermeiros. Além dos conceitos de comunidade, ambiente comunitário, saúde comunitária e cuidado de enfermagem à comunidade e dos pressupostos e postulados do modelo, é apresentada uma matriz de decisão clínica que prescreve o processo de decisão clínica em enfermagem desde a atividade de diagnóstico à avaliação de resultados. Designamos esta teoria por Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário, considerando que o empoderamento comunitário é apresentado como processo e como resultado da aplicação desta matriz de decisão clínica (Melo, 2021).

Assim, percebemos que quando é da saúde das comunidades de que falamos, o foco de atenção central dos enfermeiros (considerando a já referida CIPE), é a “Gestão Comunitária”, tendo como dimensões de diagnóstico o “Processo comunitário”, relacionado com o *coping* comunitário; a “Participação comunitária”, relacionada com a comunicação, parcerias e estruturas organizativas; e a “Liderança comunitária”, relacionada com os conhecimentos, crenças e volição dos membros e líderes da comunidade (Melo, 2021).

Ao diagnosticar e intervir na “Gestão comunitária” os enfermeiros estão a promover uma firmeza coletiva, potenciadora da autonomia da comunidade para resolver os seus problemas, através da otimização dos processos de comunicação, das experiências promotoras de forças na comunidade, do incremento de parcerias e da criação de estruturas organizativas agregadoras e na promoção da literacia comunitária, assim como a otimização de crenças e da volição potenciadora de comportamentos de adesão dos seus membros e líderes.

Seja qual for a infirmenza para a qual se procura solução, o MAIEC tem demonstrado que a Enfermagem tem uma voz muito própria para orientar programas e projetos potenciadores da saúde da comunidade.

Ao diagnosticar e intervir na “Gestão comunitária” os enfermeiros estão a promover uma firmeza coletiva, potenciadora da autonomia da comunidade para resolver os seus problemas.

Os cuidados de Enfermagem de proximidade, e a alocação de enfermeiros, principalmente especialistas em saúde comunitária e saúde pública nos contextos de promoção da saúde é assim uma estratégia política excelente para garantir a firmeza do sistema político-social de qualquer país.

Concluindo

Neste capítulo tornou-se evidente que a condição humana e a potenciação da condição da Pessoa Humana estão intimamente associadas ao exercício da Enfermagem enquanto profissão, assim como ao seu estudo no contexto da Enfermagem como disciplina científica.

A abordagem dos processos intencionais, não intencionais e de interação com o ambiente das Pessoas, pelos enfermeiros, potencia o desenvolvimento da sua autonomia, seja numa perspetiva individual ou coletiva e permite promover a saúde das pessoas, das comunidades e das populações.

Saibam as políticas de saúde aproveitar os cuidados especializados dos enfermeiros e teremos um mundo com um futuro mais firme, não só no que diz respeito à pandemia por Covid-19 e outras que poderão existir, mas em todas as dimensões das vidas das Pessoas.

Referências bibliográficas:

- Arendt, H [1958]. *A Condição Humana*. Trad. Roberto Raposo. Lisboa: Relógio D'Água, 2001
- Carvalho, C. O Infirmarius, Precursor Medieval do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem* Vol. 20 N.º 1, 63-78
- Figueiredo, MH. *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar- uma ação colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusodidata, 2012
- Freire, P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- George, JB. et al. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- Henderson, V. *Basic Principles of Nursing Care*. New York, 1969
- International Council of Nurses. International Classification for Nursing Practice (ICNP). [online] available in: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser> , consultado a 12/07/2021.
- Kant, I. [1797]. *A Metafísica dos Costumes*. Trad. Edson Bini. São Paulo: EDIPRO, 2003.
- Meleis, AI. *Theoretical Nursing: development & progress*. 2. ed. Philidelphia: Library of Congress, 1991, p. 169-80
- Melo, P. *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel, 2021
- Melo, P. *Enfermagem Comunitária Avançada: Um Modelo de Empoderamento Comunitário*. Tese apresentada à Universidade

Católica Portuguesa para o Grau de Doutor em Enfermagem. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2016

Melo P, Alves O. Community Empowerment and Community Partnerships in Nursing Decision-Making. *Healthcare*. 2019; 7(2):76.

Morim, E [1999]. Introdução ao pensamento complexo. Lisboa: Instituto Piaget, 6ª edição, 2017

Nightingale, F [1859]. *Notas sobre enfermagem*. Loures: Lusodidata, 2005

Orem, DE. *Nursing, concepts of practice*. 4 ed. St. Louis: Mosby, 1991

Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001

Peplau, H. E. *Interpersonal Relations in Nursing: a conceptual frame of references for psychodynamic nursing*, Kingdom: MacMillan Education, 1988.

Roy, CS., Roberts, SL. *Theory construction in nursing: an adaptation model*. 2ª ed. Englewood: Cliffs, Prentice-Hall, 1984

Segre, M & Ferraz, FC. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, 31 (5), 1997, 538-42

Sève, L. Qu'est-ce que la personne humaine? Bioéthique et démocratie. Paris: La Dispute, 2006.

Texto traduzido do original em inglês pelo autor.

Il contact tracing come pratica situata durante la pandemia Covid-19⁷

Maria Augusta Nicoli
Chiara Benedetti
Mattia Bonetti
Giovanni Casaletti
Maria Teresa Carluccio
Milica Čavić
Giovanni Panciroli
Sabina Sanseverinati
Valentina Serafini

Introduzione

Affrontare il tema della gestione della pandemia prendendo in considerazione una specifica attività quale quella del *contact tracing* può sembrare una forzatura in realtà questa entrata “*dalla porta di servizio*”⁸ offre la possibilità di leggere la complessa articolazione organizzativa e gestionale che è stata messa in campo e apprezzarne le potenzialità per future traslazioni di ciò che è stato costruito.

Ciò che interessa è analizzare tale pratica nel momento in cui viene utilizzata e continuamente trasformata dagli attori organizzativi generando un proprio campo semantico, un sapere co-costruito nel contesto in cui la pratica prende forma e si arricchisce via via di significati e di soluzioni.

L’obiettivo del *contact tracing* è quello di identificare rapidamente le persone esposte a casi esistenti, in quanto potenziali casi secondari, e prevenire l’ulteriore trasmissione dell’infezione.

⁷ Il testo è suddiviso in due parti frutto della permanenza di una delle autrici presso il servizio di Sanità pubblica dell’Azienda Usl di Modena. In particolare la prima parte è il frutto della narrazione in prima persona dell’esperienza di Maria Augusta Nicoli, la seconda parte è la sintesi di osservazioni sul campo, interazioni e riflessioni con i diversi attori organizzativi che hanno gestito per il periodo preso in considerazione le diverse fasi del processo di contact tracing, in particolare di Giovanni Panciroli, Valentina Serafini, Chiara Benedetti, Tiziana Gioia, Milica Čavić, Sabina Sanseverinati, Mattia Bonetti, Maria Teresa Carluccio, Giovanni Casaletti, Laura Iacuzio

⁸ Suggestione presa da “Morte a Venezia” di T. Mann: “(quando il protagonista Aschenbach ...) *mentre contemplava si disse che arrivare a Venezia dalla terraferma era come entrare in un palazzo dalla porta di servizio, e che solo per nave, dall’alto mare, come aveva fatto lui questa volta, bisognava giungere nella più inverosimile città del mondo.*” (p.15) Ma a volte entrare dalla porta di servizio è molto utile per assumere un punto di vista meno strutturato.

Come si legge nei documenti ufficiali forniti dall'Istituto Superiore di Sanità (2020), la ricerca dei contatti (o *contact tracing*) è uno strumento fondamentale di sanità pubblica per la prevenzione e il controllo della diffusione delle malattie trasmissibili da persona a persona, che viene utilizzato quotidianamente per il controllo di varie malattie infettive come la tubercolosi, il morbillo, e alcune malattie trasmesse sessualmente (es. sifilide, infezioni da HIV).

È una "tecnologia" che presenta specifiche caratteristiche e indicazioni di utilizzo. Da diversi autori (Gherardi e Lippi, 2000; Gherardi Strati, 2014) viene rilevato che ogni "tecnologia" subisce un processo di trasformazione nel momento in cui viene utilizzata ("tecnologia in uso") ed è su questo processo che si porrà l'attenzione.

Si ipotizza che il *contact tracing* costituisca un microcosmo organizzativo-gestionale che anticipa e rende visibile ciò che si incardina nell'atto stesso dell'utilizzo sistematico e massivo della tecnologia nei processi di cura e assistenza. Il senso per cui si è resa necessaria l'applicazione tecnologica può deviare le logiche organizzative di utilizzo, dai presupposti di assistenza per cui sono state applicate.

La pandemia ha agito come acceleratore, nel rendere visibile nella già affollata scena della cura (medici, familiari, utenti, amici degli utenti, infermieri ecc.) che ci sono "attori organizzativi" non più secondari quali i dispositivi tecnologici di varie dimensioni e funzionalità.

Viene qui assunto come chiave di lettura il contributo di Gherardi e Benozzo (2021) verso ciò che gli autori definiscono: "*shadow organising as dwelling in the space of the 'not-yet'*". Possiamo così considerare il *contact tracing* come esemplificazione della metafora "dell'organizzazione delle ombre" che gioca su due concetti: "(..)sull'organizzazione come processo in corso e sull'ombra come simbolo di ciò che è "in mezzo a e tra". Questa metafora, quindi, ci consente di mettere a fuoco un'epistemologia del divenire e allo stesso tempo, per focalizzarsi sullo spazio relazionale degli elementi intra-agenti. La relazionalità è un invito a vedere il mondo come movimento di relazioni tra le cose piuttosto che le cose in sé. (p. 2)

Il *contact tracing* è di per sé luogo del divenire e sfera di trasformazione. L'oggetto di cui tratta presenta contorni ancora non definiti, ma occorre provvedere, l'organizzazione deve mettere in campo strategie per contrastare la diffusione anche nella indeterminatezza del quadro clinico e del decorso.

Da questo punto di vista è una pratica tecno-umana che permette di leggere in filigrana pratiche gestionali-organizzative di sistema che delineano processi di lavoro del futuro-presente "post-umano" (Braidotti, 2014).

In particolare si è osservata l'implementazione e lo sviluppo dei processi di lavoro sottostanti il *contact tracing*, cercando di capire le connessioni o meglio "i movimenti di relazione tra le cose", le altre

parti del sistema dei servizi preposti e necessari per l'intero percorso di diagnosi, terapia, assistenza degli utenti positivi al covid.

Connessioni che permettono di ricomporre il quadro d'insieme da una particolare prospettiva: i processi di lavoro "immateriali" (il documento di dimissione dall'ospedale, la segnalazione di positività dopo l'esito del tampone positivo, i trasferimenti dei casi positivi da Sai in SMI ecc.) agiti attraverso l'uso di un mix di strumenti e narrazioni (telefonate, scambi di informazioni, ricostruzione della filiera dei contagi in sospetto focolaio ecc.).

Osservando queste pratiche ci si rende conto nel tempo, è stata data forma e stabilità organizzativa ad un processo che può raccontare molto della cultura che lo sostiene e che forse andrebbe rivisitata. Come diversi studi sulle organizzazioni evidenziano, svelare le logiche sottostanti alle pratiche quotidiane permette di capire la direzione che assume il significato di tali pratiche e quali significati stanno co-costruendo. Nel caso del *contact tracing* traspare l'ambivalenza tra il controllo e la cura, tra la prescrizione-obbligo e l'ascolto.

Nello stesso tempo si intravede una potenzialità che potrebbe molto aiutare in generale ciò che fino ad oggi è stato considerato il PDTA (percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale) improntato secondo una logica sequenziale e lineare poco duttile per affrontare situazioni sempre meno identificabili, differenziate e ascrivibili alla staticità del percorso.⁹ Inoltre l'analisi delle pratiche di *contact tracing* fornisce preziose riflessioni sui processi assistenziali emergenti accelerati dalla pandemia quali la tele-salute¹⁰, per contribuire a non arretrare nel percorso di potenziamento e sviluppo dell'assistenza territoriale.

Nelle soluzioni e pratiche di *contact tracing* si intravede infatti come in filigrana, una struttura o pattern in grado di rendere tangibile/operativo il lavoro di rete che può essere traslato nei processi di lavoro territoriali.

Paradossalmente per la specificità che caratterizza il *contact tracing*, se viene a mancare la capacità di stare in un processo di lavoro a rete continuamente alimentato da un sapere appreso situato, il processo

⁹ Si veda il lavoro di analisi sul percorso nascita ridefinito "percorsi nascita" per sottolineare la variabilità con cui si confrontano i servizi preposti e alla necessità di assumere posture organizzative e soluzioni più simili al funzionamento "rizomatico" che quello "analogico" (Sturlese, Bisagni, Nicoli, 2017; Mhery E. et al. 2014; Rodeschini, Palestini, Nicoli; 2019)

¹⁰ A questo riguardo si segnala che il termine tele-assistenza viene utilizzato per indicare in senso generale l'utilizzo della tecnologia in ogni tipologia di processo e pratica sanitaria. In un seminario di confronto tra esperienze della Regione Emilia-Romagna e la municipalità di Recife è emerso che nei servizi sanitari di quella realtà il termine generale utilizzato è tele-salute per poi specificare con un proprio suffisso il processo di lavoro in cui la tecnologia è inserita, ad esempio tele-assistenza, tele-diagnosi, tele-cura ecc. Questo rafforza l'idea che la tele- non costituisce processo a sé stante ma semplicemente che i processi di lavoro sono dati da forme tecno-umane. Si utilizzerà pertanto tele-salute ogni volta che ci riferiamo al processo complessivo di pratiche sanitarie che prevedono la tecnologia (De Godoy Magalhães, 2021)

si ferma, ha degli inciampi. Ad esempio viene alimentata continuamente la condivisione del significato di “contatto stretto” perché, benché ci siano delle indicazioni stringenti sul riconoscimento di questa tipologia di condizione, poi le conseguenze pratiche (indicazioni per l'isolamento) in molti casi non possono essere esercitate in modo meccanicistico (le condizioni abitative precarie già in condizioni di “normalità” ecc.). Così come a fronte della necessità di consentire isolamento, nei casi in cui non sia possibile provvedere nella propria abitazione o perché una abitazione non c'è (turista, persone senza fissa dimora, ecc.), si attivano soluzioni temporanee presso alberghi dedicati. Interessante la capacità del sistema di arricchire la propria rete con nodi che non necessariamente sono transiti per tutti ma per alcuni utenti con particolari esigenze ed inoltre il carattere di temporaneità identifica che è possibile pensare a risposte non stabili e limitate nel tempo.

1. L'esperienza presso il servizio di *contact tracing*

Come anticipato questa parte verrà presentata in prima persona. Attraverso la narrazione sarà possibile seguire tutti i passaggi di ingresso nella unità di *contact tracing* e nella unità di gestione delle email che quotidianamente il Dipartimento di Sanità pubblica riceve ad un indirizzo specifico: “@coronavirus”.¹¹

L'idea progettuale nasce per mio interesse professionale e personale di capire di persona e sul campo cosa comportasse per i servizi sanitari organizzarsi per far fronte alla pandemia.

La voce insistente che proveniva dai territori, era che tutto lo sforzo organizzativo e assistenziale era assorbito dal Covid. Come riportato in Nicoli, Pellegrino, Rodeschini, Vivoli (2020) l'immagine prevalente era che si stesse affrontando una sfida paragonabile ad una “guerra” per cui si doveva attendere che chi era in trincea svolgesse il proprio compito.

La situazione stimolava immagini di operosità fuori dal comune e nello stesso tempo rimandava ad altre situazioni emergenziali già vissute in Regione Emilia-Romagna quali ad esempio i terremoti del 2012, in cui nonostante la fatica, chi era “in prima linea” stava vivendo con forte intensità il momento che rendeva possibile ciò che prima sembrava impossibile e che permetteva vicinanza, condivisioni e collaborazioni “vere”, disinteressate tra i diversi attori sociali che popolavano la scena della cura.

¹¹ Per permettere la comprensione di alcuni passaggi si precisa che questa attività è stata effettuata dopo 1 mese dal pensionamento dell'autrice, Maria Augusta Nicoli, quindi si è trattato di un inizio di attività effettivamente estraneo a quella svolta precedentemente. Come ricercatrice sul campo e studiosa dei processi di lavoro nei servizi sanitari questa opportunità ha offerto la possibilità di entrare nel contesto analizzato con strumenti propri della ricerca sociale, utilizzando la propria condizione come leva per riflettere sulle dinamiche innescate da questa posizione peculiare sia sul piano personale sia sul piano professionale.

1.1 L'ingresso

L'entrata in campo è avvenuta il 23 marzo 2021, presso l'azienda USL Modena, e si è realizzata dopo aver presentato domanda al bando dal titolo "*Attività di contact tracing, di supporto al Dipartimento di Sanità Pubblica e di Contrasto all'emergenza epidemiologica*". La sede del lavoro è stata presso il Dipartimento di Sanità Pubblica a Baggiovara in una palazzina situata nel retro dell'Ospedale.



L'iter per entrare in servizio come medico in quiescenza ha comportato l'apertura della partita IVA e la visita di idoneità. Si è trattato quindi di avviare un rapporto di lavoro nuovo dove la laurea in medicina e chirurgia era il requisito fondamentale e proprio in virtù dell'essere medico mi consentiva di far parte finalmente di quel gruppo di operatori e professionisti impegnati direttamente nell'emergenza. Occorre precisare che ho fatto il medico come assistente psichiatra nel manicomio di Bologna per 6 mesi dopo la laurea e poi non ho più praticato. Dal punto di vista personale si è trattato di ritornare alle origini.

Questi passi formali di avvio (la presentazione della domanda, attendere il risultato della selezione ecc.) sono serviti per iniziare il percorso di inserimento. Così ho dovuto stabilire sulla base della attività che sarei andata a svolgere, il grado di rischio e responsabilità per valutare la tipologia di assicurazione da attivare.

Una efficiente organizzazione aziendale mi ha programmato tutte le visite e le date per le analisi di laboratorio. Infine l'ultimo passo la firma del contratto e le prime istruzioni amministrative. L'orario settimanale era da intendersi 6 giorni su 7 quindi anche eventuali festività e garantire massimo 38 ore settimanali. Mi è sembrato fin da subito un bell'impegno non che non fossi abituata a lavorare anche 10 ore al giorno senza preoccuparmi delle festività, ma non ero abituata a confrontarmi con i turni e la scansione della settimana lavorativa in modo così strutturato. Mi sono state date le istruzioni per presentare la fattura e l'iter amministrativo per controllare il cartellino e farlo vidimare dal responsabile. Il tutto rigorosamente

scritto su un foglietto per non dimenticare i passaggi e prepararmi al nuovo lavoro.

Mi è stata inoltre comunicata la data di inizio e indicato che avrei dovuto presentarmi presso il Dipartimento al secondo piano nell'ufficio del responsabile alle ore 12 della data stabilita. Sono arrivata in anticipo e dopo qualche errore nel trovare il percorso all'interno di una palazzina a 4 piani e sviluppata in larghezza con più accessi ai piani, ero davanti alla porta dell'ufficio giusto. Quando è arrivato il responsabile mi ha fatto accomodare e ha iniziato a fornirmi diverse informazioni sull'organizzazione strutturata a rete e come tale molto adattabile alle diverse fasi della pandemia.

I nodi principali della rete organizzativa che gestisce l'epidemia, sono costituiti dalla sorveglianza, dalle indagini epidemiologiche, dal call centre, da ambiti specifici di intervento/sorveglianza quali la scuola, le strutture (CRA ecc.), i rientri dall'estero. Le interrelazioni tra questi diversi nodi consentono di governare: a) il processo di individuazione (diagnosi) dei casi positivi, b) l'attivazione del percorso di presa in carico, c) la certificazione dell'esito. È anche presidiata la verifica dei casi entrati in contatto con il caso positivo e la messa in campo del relativo intervento.

Più volte mi è stato ripetuto che si trattava di un lavoro con poche certezze, continuamente c'erano dei cambiamenti ed era costante il dover compiere delle modifiche.

Nel primo incontro anziché sentirmi rassicurata aumentavano i dubbi della mia scelta. Il confronto con una attività così distante da ciò che svolgevo prima, il sentirmi non adeguata nel padroneggiare la terminologia che veniva utilizzata e il dover familiarizzare con le procedure in atto per non commettere errori nello stabilire i termini dell'isolamento, la prescrizione del tampone molecolare nei tempi giusti ed altro ancora, mi ha portato a sentirmi una "novizia" bisognosa dell'aiuto degli altri.

Così le ultime parole del responsabile, di non preoccuparmi perché solo "facendo" avrei imparato, mi ha risvegliato dal mio sprofondare nei dubbi e mi ha incoraggiato a proseguire.

La presentazione di altri colleghi in particolare di alcuni referenti dei nodi organizzativi che mi ha elencato, mi hanno fornito sollievo e nello stesso tempo mi inducevano timore. Cercavo una strategia di ingresso in cui anche solo un debole collegamento tra la situazione attuale di lavoro da "novizia" e la situazione di confort da cui mi ero separata con il mio pensionamento, poteva richiamare il fatto di conoscerci per precedenti attività condivise o tramite la conoscenza di persone in comune.

Poi sono stata accompagnata nella stanza dove avrei svolto il mio lavoro. Questa si trova al primo piano e ancora sono visibili gli usi precedenti al covid, in quanto, in questa parte dell'edificio avevano sede le aule di formazione del Dipartimento. Una di queste ora era dedicata alle indagini epidemiologiche e allo SMI (Sistema di sorveglianza regionale delle malattie infettive). La stanza si

presentava luminosa, affollata in quanto tutte le postazioni disposte attorno ad unico “tavolo” erano occupate: 8 posti.



Il coordinatore dell'attività mi ha fatto sedere in quella che era la postazione dei relatori quando si usava la sala per la formazione. La postazione di fatto da un punto di vista prossemico era “nella retrovia” quasi a rimarcare il mio status di novizia e quindi di persona che doveva avere il tempo di familiarizzare con l'ambiente e con le attività da svolgere. Ho notato anche in seguito che tendenzialmente lì veniva messo “l'ultimo arrivato”.

Il coordinatore, un giovane specializzando in igiene, si muoveva con grande disinvoltura ed era evidente che da tutti i presenti era considerato il punto di riferimento anche se non ricopre un ruolo organico nella organizzazione aziendale. A lui la postazione di “capo tavola” con due monitor e la possibilità di essere interlocutore immediato per ogni necessità da parte dei presenti. Nell'accoglienza sono stata informata a grandi linee di ciò che sarebbe stato il mio lavoro e mi sono stati dati diversi fogli che avrei dovuto leggere.

Ad esempio la definizione di “contatto stretto”, le disposizioni nei confronti degli alunni e docenti a seguito di caso positivo nella sezione/classe scolastica, il manuale rapido di SAI, indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena.

Mi è stata chiesta la disponibilità per il fine settimana scegliendo il sabato o la domenica contribuendo a garantire la copertura dei turni nei giorni festivi. Dalla postazione in cui ero, potevo avere una buona visione di ciò che avveniva nella stanza e così ho iniziato ad osservare e prendere appunti. Due erano le attività che si svolgevano: una dedicata alla immissione dei dati relativi ai casi positivi covid dal flusso della banca dei dati locali denominato SAI¹² al flusso della banca dati regionale SMI¹³; la seconda riguardava le indagini epidemiologiche,

¹² **SAI** è un software creato a marzo 2020 dal Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL Modena per la gestione della sorveglianza attiva e delle inchieste epidemiologiche durante la pandemia di SARS-Cov-2.

¹³ **SMI**: Sorveglianza Malattie Infettive Il flusso informativo delle notifiche delle malattie infettive è definito nel Decreto Ministeriale del 15 dicembre 1990, il quale prevede l'obbligo di notifica, da parte del medico, di tutti i casi di malattie diffuse pericolose per la salute pubblica alle unità sanitarie locali che, a loro volta, sono tenute a comunicare le informazioni ricevute dai medici, al Ministero della Salute.

affidate alle persone esperte presenti che avevano acquisito sul campo tale competenza.

I presenti erano prevalentemente neo-laureati in medicina che in attesa delle date per l'iscrizione e il conseguente test di ingresso alle specialità, hanno scelto come attività temporanea l'impegno di lavorare presso l'azienda Usl Modena. L'atmosfera della stanza era ovattata con un suono di fondo dato dalle voci delle giovani colleghe che interagivano con le persone contattate telefonicamente per le verifiche sui contatti, a poco a poco emergevano frammenti di narrazione che lasciavano intuire le risposte e squarci della vita delle persone intervistate, ciò mi stimolava una grande curiosità su questo nuovo mondo che si stava aprendo.

La stanza si affaccia su un tratto di corridoio che si allarga disegnando una sorta di atrio di ingresso alla stanza dove stavo e ai due corridoi che portano ai diversi uffici e ad altri punti di collegamento con i piani superiori. In questo atrio arredato da un bancone di legno come luogo di una passata reception, ci si può appoggiare ed intrattenere per consumare bevande e spuntini utilizzando le macchine erogatrici. È il classico spazio di "fuga" che si trasforma in "spazio sociale"¹⁴ e si anima quando le persone si ritrovano per una breve pausa. Se non si chiudono le porte della "stanza delle indagini", chi è nella stanza del *contact tracing* può seguire l'intreccio dei diversi discorsi dei colleghi che sostano ed è inevitabile tendere l'orecchio anche su ciò che si dice "fuori". Come sempre questo spazio informale prende vita attraverso l'intreccio del racconto della cena fatta la sera prima per poi passare a disquisire sul caso positivo appena rilevato e che presenta problemi oppure per stabilire la data di un possibile appuntamento. Questo scambio informale può accelerare anche la soluzione di diversi problemi.

È proprio qui che in una delle mie prime giornate di lavoro ho incontrato una persona con cui avevo condiviso progetti di lavoro nella mia precedente vita lavorativa. Il piacere di incontrarla e di poter essere riconosciuta "Ma cosa ci fai qui Augusta" mi alleviava in un certo senso il peso di sentirmi all'inizio di un percorso di lavoro quasi che il prima non contasse nulla. Ma è proprio in questi momenti che ci si rende conto che si deve scegliere, fino a che punto si vuole percorrere fino in fondo la nuova strada che è possibile fare solo se si rinuncia a ciò che si era prima.

Così è stato. I miei nuovi colleghi erano il mio nuovo contesto, con loro avrei dovuto fare i conti e con loro avevo iniziato. Quindi la promessa di rivederci per prendere insieme un caffè non si è verificata: né io l'ho cercata né lei lo ha fatto.

Sfruttando le pause ci sono stati i primi scambi di conoscenza reciproca con i colleghi, memorizzare i nomi, chi sei, da dove vieni, i tuoi progetti futuri. La condivisione del pasto generalmente consumato in una zona adiacente alla palazzina denominate "le

¹⁴ Distinzione elaborata da E.T. Hall nel celebre volume "La dimensione nascosta" (1968)

Piscine". In realtà si tratta dell'arredo urbano fatto da camminamenti tra i diversi edifici abbelliti da percorsi dove dovrebbe scorrere l'acqua che poi dovrebbe confluire in una vasca. Attorno a quella vasca ci si siede per mangiare insieme e giocare sul fatto che la poca acqua stagnante non è particolarmente gradevole e si spera nella pioggia.

Finalmente anch'io dopo qualche giorno ho avuto una postazione attorno al tavolo, dapprima ho ruotato nei posti vuoti poi mi sono posizionata stabilmente in un punto che mi permettesse di stare vicino ad una collega che faceva il mio stesso lavoro e con una grande esperienza. Lei è diventata la mia tutor e ho cominciato a prendere confidenza e non sentirmi troppo in imbarazzo a chiedere consiglio o una verifica.

Il mio lavoro consisteva nel trasferire le informazioni dal flusso locale denominato SAI al flusso regionale SMI.

1.2 Da SAI a SMI: mettere in dialogo due flussi informativi

Si inizia dal così detto "foglione", un foglio A4 con un elenco di casi positivi al Covid, per ogni foglio sono indicati 50 nominativi. La referente del processo di lavoro solitamente porta nella sala al mattino verso le 8,30 i fogli stampati con l'elenco dei casi positivi registrati il giorno prima. Quando ho iniziato il numero giornaliero oscillava attorno ai 300 casi.

Nel racconto dei colleghi si ricorda ancora l'inizio della pandemia marzo 2020 quando non si aveva ancora il supporto dell'informatizzazione e quindi il tutto veniva registrato su fogli/schede cartacee. Con SAI si riesce a garantire una gestione dei casi che sono intercettati dal sistema e inserire progressivamente tutte le informazioni sul percorso della persona. Quindi con l'elenco dei casi positivi al covid registrato sui "foglioni" e SAI si inizia per ciascun nominativo a verificare quanto è contenuto per poi trasferirlo nel flusso regionale SMI.

Nel compiere questa azione ci sono tanti aspetti da considerare perché già nel "foglione" viene riportato se è caso "stretto" oppure no, se è ospedalizzato, la data di nascita, il codice fiscale. Questo insieme di informazioni consente da un lato di verificare sempre che il nominativo che compare su SAI corrisponda effettivamente alla persona nell'elenco del "foglione" e dall'altra orienta già nella compilazione di SMI. Nei primi giorni riuscivo a fare massimo 15 trasferimenti su 50 nominativi presenti nel tabulato. La mia tutor arrivava anche a 2 elenchi in una giornata di lavoro.

Prima cosa quindi aprire SAI e ricercare il nominativo poi aprire SMI e cominciare a scorrere la scheda corrispondente per la compilazione. La quantità di domande che immediatamente mi si ponevano non mi consentiva di procedere velocemente.

Non capivo perché in SAI era prevista una categoria sulla professione che includeva "studente e disoccupato", poi andavi in SMI e quello

che era una sola categoria in SAI, si sdoppiava: “studente”, “disoccupato”. Oppure in SAI c’era la voce pensionato e in SMI una sola categoria per “Pensionato/invalido” oppure anche la categoria “Lattante”. Ammesso che l’età potesse darti una indicazione sull’essere lattante, ma poi era proprio così in tutti i casi: 3 mesi o 5 mesi possono essere lattanti ma forse anche no.

Quale era stata la logica che aveva portato ad individuare queste categorie? Quale sarebbe stato l’esito di queste informazioni? Quale “realtà” contribuiva a costruire?

Poi c’erano tutte le incertezze dovute alla struttura di SAI che consente di sintetizzare molti dati del percorso e nello stesso tempo per chi ancora non padroneggia il linguaggio codificato in cui si registrano le informazioni rischia di diventare a volte una barriera difficilmente superabile. Ad esempio in SMI ci sono tre domande che richiamano la sequenza dei tamponi I primi tempi dovevo ricorrere ai miei appunti per essere sicura di rispondere in modo giusto.

In ogni caso la compilazione di SMI era possibile solo se si diventava abili nel connettere le diverse informazioni contenute in SAI passando da un campo all’altro: anagrafica, percorso, diario, richieste ed esiti, email.

Il lavoro a tratti si trasformava in una indagine da detective, lentamente si poteva immaginare la persona, le sue peculiarità soprattutto quando nel campo aperto delle note venivano riportate frasi dette dall’utente o da un suo familiare. Interessanti anche le soluzioni adottate per evitare di riscrivere continuamente nelle note le informazioni che si potevano utilizzare anche per il nucleo familiare messo in isolamento. Il “taglia e incolla” che veniva utilizzato e non modificato nel testo dopo il trasferimento ad un altro soggetto del nucleo, finiva per rendere ancor più complesso enucleare le informazioni in quanto il soggetto che riferiva era ad esempio Giovanni, il caso positivo, che parlava anche del figlio e nel trasferire lo stesso messaggio nella nota del figlio o della moglie si perdeva il filo del discorso.

Dopo 15 giorni ero già in grado di svolgere il mio lavoro in modo quasi autonomo e velocemente.

1.3 Il gruppo e gli altri

Mi sono molto interrogata su come fare parte del gruppo, dopo aver scelto di starci fino in fondo. Ho detto del mio partecipare ai pasti nella zona “piscine” ma poi mi sono resa conto che non faceva per me. Avevo bisogno di concentrarmi per apprendere velocemente e poter arrivare ad inserire almeno tutti i nominativi di un foglio in un giorno comportava che facessi solo pause brevi. Quindi la scelta è stata rimanere in stanza e prendere parte solo ai momenti di pausa del gruppo durante il caffè. Qui ho iniziato a fare domande, capire chi erano i miei colleghi, quale strada avevano percorso prima di arrivare lì. Come spesso accade si fanno scoperte interessanti e soprattutto si inizia a condividere la quotidianità del lavoro.

Il gruppo nel tempo è cambiato in modo costante, i più “anziani” avevano partecipato alla seconda ondata di settembre 2020 ricordavano le tante ore trascorse insieme per l’inserimento dei dati in SMI. Di quegli “anziani” a marzo ce ne erano solo due. Altri si erano inseriti successivamente a gennaio/febbraio 2021 e stavano già considerando di lasciare per poter prepararsi ai concorsi pianificando la propria uscita già a marzo o per maggio. Ogni uscita era ed è ancora occasione per un saluto rituale per rendere quel distacco un momento di riconoscimento dell’altro, di ciò che era stato condiviso: *“ti ricordi quando ...”*

Ognuno di noi poteva contribuire o sentirsi autorizzato a rendere più piacevole il lavoro nella stanza e quindi anch’io mi sono proposta con alcune produzioni casalinghe o prese in un bar sulla strada del lavoro: da Bologna a Baggiovara, come ad esempio il lunedì di Pasquetta.

In questo clima la stanza era anche il punto obbligato per altri della rete interna al Dipartimento direttamente coinvolti nella gestione dell’emergenza sanitaria e presenti nella palazzina. Sandra, Tommaso, Gianni, ecc. erano soliti entrare sia per garantire raccordi necessari al buon funzionamento del lavoro ma anche per prendere parte alle convivialità del gruppo: *“posso favorire?”*

In questo contesto diventa facile esplicitare l’idea della ricerca. Ho iniziato a raccontare che durante le giornate di lavoro prendevo appunti su ciò che accadeva, per fissare su carta questioni che per me non erano comprensibili, capivo che ciò che stavamo facendo si collegava ad altre parti del processo di lavoro che non conoscevo ma che erano fondamentali. Era come costruire un puzzle di cui non avevo la figura complessiva e in modo induttivo con la collocazione dei vari tasselli l’immagine cominciava a delinearsi.

Il mio bisogno del gruppo per completare il puzzle, e forse la curiosità sollecitata nel gruppo ha consentito la possibilità di ritagliarci circa mezz’ora alla settimana per confrontarci e condividere le nostre riflessioni.¹⁵ Ognuno di noi era legittimato a prendere appunti, anche solo per riportare su un proprio foglio una nota, un dialogo, un episodio che meritava di essere condiviso. Io stessa sono diventata punto di riferimento per chiunque volesse riferirmi un racconto o durante un dialogo mi veniva offerta una nota scritta: *“hai saputo che...”*.

1.4 Il lavoro diminuisce è tempo di migrare

A maggio 2021, si avvicinano i responsabili di unità diverse, per darmi alcune comunicazioni. Mi prendono in disparte e mi informano che

¹⁵ L’avvio effettivo delle riflessioni in gruppo è iniziato circa un mese dopo il mio ingresso perché è stato condiviso con il Responsabile che ha preso parte ad alcuni incontri e sicuramente ha riconosciuto l’utilità con la sua presenza di quanto stavamo facendo

sarebbe utile spostarmi ad altra stanza dove viene gestita la posta "Coronavirus" perché c'è bisogno di altro personale.

Ho di nuovo provato la sensazione della ripartenza, nuovo contesto di lavoro, nuovi colleghi e nuove pratiche. Ero appena riuscita a finire i "foglioni" in tempi accettabili, cominciavo a muovermi con una certa destrezza in SAI e riuscivo anche a compiere quelle attività che uscivano dalla routine. Ad esempio il caso in cui si dovesse fare un trasferimento della cartella SMI ad altra azienda perché l'utente non era un residente dell'azienda di Modena. Operazione importante perché non solo i sistemi informatici ti permettono di chiudere i processi all'interno della tua rete aziendale ma anche con altre aziende. Nel caso di pazienti positivi al covid è essenziale non perdere la loro traccia.

Comunque mi sono rimessa in gioco ed ho accettato questa proposta convinta che anche la conoscenza di ciò che avveniva nella stanza "Pegaso" (altra aula di formazione e quasi biblioteca) potesse essermi utile per capire. Infatti la gestione delle email Coronavirus consente di padroneggiare il sistema SAI in quanto è in gran parte in questa fase del processo di lavoro che si inseriscono i dati che poi vengono utilizzati da chi li trasferisce in SMI.

La stanza in cui sono stata inserita presentava postazioni individuali con suddivisioni in plexiglass e con una presenza di massimo 4 persone. Io sono arrivata per sostituire un giovane medico che stava uscendo. Il mio nuovo tutor era seduto accanto a me e questo mi dava molta tranquillità nell'affrontare il nuovo compito.

Come al solito mi sono soffermata ad osservare il nuovo posto di lavoro, scoprendo poco alla volta delle presenze che rimandavano al precedente uso della stanza come ad esempio in un angolo seminascosto da una lavagna a fogli mobili c'era un cartellone utilizzato per le attività di educazione alimentare nelle scuole. Come nei film di fantascienza, vedi *Il pianeta delle scimmie* dove l'eroe Charlton Heston riesce a fuggire e si ritrova su una spiaggia dove spunta la statua della libertà.

Secoli prima si faceva educazione alimentare nelle scuole e quelle immagini, brevi concetti riportati nel cartellone, non solo appartenevano ad un'epoca passata ma sollecitavano diverse domande sul senso di quelle attività alla luce di ciò che è avvenuto.

Le postazioni sono delimitate dal resto della stanza da armadi in metallo contenenti libri, riviste, permettendo di ricreare un'altra "stanza" nella stanza, riservata a freezer per i veterinari, contenenti parti anatomiche e alle centraline di funzionamento del sistema della rete informatica.

La nuova stanza di lavoro è più appartata rispetto alla stanza precedente, il rumore costante delle macchine contribuisce a creare una atmosfera rarefatta tra noi "umani" nelle nostre postazioni, i nostri pc, il telefono, e gli "altri" che prendevano forma attraverso la cartella di SAI, la voce al telefono, la email che ti inviano ecc.

La regola stabilita è che ognuno di noi gestisce una giornata completa ovvero tutte le email che sono arrivate in una determinata data. Questa divisione dei compiti è importante per avere sotto controllo le richieste e dare a ciascuna una risposta. A questo punto il grado di produzione non è più sulla unità di misura del “foglione” ma sul numero di email giornaliera.

Il racconto degli “anziani” riferiva che nei tempi di incremento di positività al Covid, si rispondeva con un ritardo di 4-5 giorni perché giornalmente arrivavano circa 100 email. Quando ho finito il mio lavoro giugno 2021, non solo si era arrivati in pari con le risposte ma si terminava in mezza giornata di lavoro.

1.5 Le email di “Coronavirus”

È un luogo virtuale con tante entrate e tante uscite, è una rete nella rete.

Costituisce un punto di snodo essendo accesso diretto sia da parte degli utenti o cittadini che desiderano informazioni, sia da parte di imprese, scuole, Laboratori analisi, sia da parte delle diverse strutture dell’Azienda, dei medici di medicina di base e da parte delle altre unità del Dipartimento di Salute Pubblica e da parte di altre aziende sanitarie regionali e fuori regione. Ed altro ancora.

Stabilita la giornata da presidiare si inizia con la prima email e ci si rende conto che la tipologia della richiesta è molto variegata e per ognuna occorre iniziare ad attrezzarsi con schemi per fissare su carta i percorsi, le procedure da attivare e le risposte da formulare.

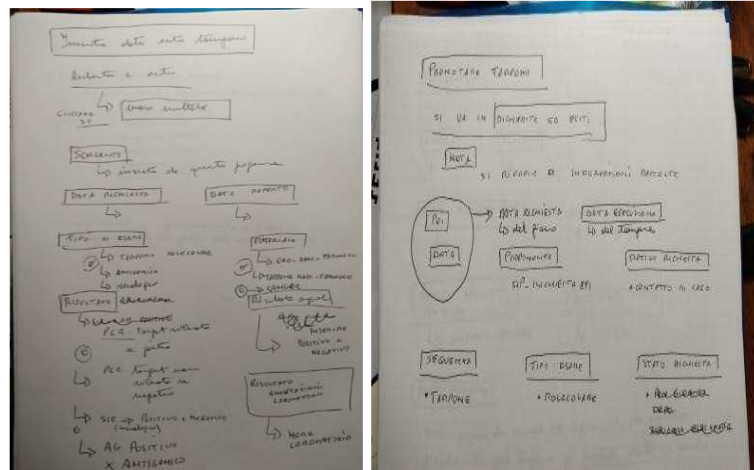
Anche qui sono stata fornita di fogli da leggere per avere dei punti di riferimento per seguire le procedure in caso si trattasse di inviare un utente ad effettuare un tampone o compiere una inchiesta epidemiologica per completare dati mancanti su SAI o altro ancora.

Quindi oltre alla cartellina rossa dove avevo riposto i precedenti fogli avuti nella stanza indagini epidemiologiche, ora avevo una cartellina blu con altri fogli riferiti alla casistica dei casi/email da gestire.

Per non correre il rischio di errori disegnavo i flussogrammi che schematizzavano il percorso da seguire in modo dettagliato (es. per inserire in SAI l’esito del tampone, prenotare il tampone come si vede nella figura seguente).

Qui di seguito alcuni esempi.¹⁶

¹⁶ In seguito durante gli incontri con il gruppo di lavoro è emerso che anche gli altri utilizzavano proprie soluzioni per schematizzare e avere sempre a portata di mano una traccia su come procedere rispetto ai diversi compiti.



Le tipologie delle email sono riconducibili alle seguenti voci:

- Attività amministrative: richiesta di un certificato di guarigione, invio di certificato di dimissione ospedaliera, richiesta di inserimento di dati su fascicolo sanitario elettronico
- Trasmissione dei risultati da laboratori privati: elenchi di nominativi di residenti azienda usl di Modena (a volte di aziende limitrofe) e relativi esiti (tamponi molecolari e test sierologici)
- Segnalazioni di casi positivi o contatti stretti da parte di altre aziende sanitarie regionali e collegati ad ambiente scolastico, ambiente di lavoro
- Rientro dall'estero
- Richieste di chiarimenti da parte di singoli cittadini, medici di base

Finalmente il riuscire a capire cosa c'è dietro alla terminologia utilizzata in SAI era motivo di grande interesse, si svelava l'effetto pratico della distinzione tra l'essere e il non essere "caso stretto", il controllare il luogo dell'isolamento e modificare nell'apposita "finestra" qualora questo fosse diverso dal domicilio.

Insomma si scoprivano le interconnessioni interne al programma SAI e nello stesso tempo si poteva immaginare la direzione delle informazioni verso "le stanze" giuste. Quella della sorveglianza, quella della programmazione dei tamponi, quella della casa dell'utente o dello studio del medico.

Si rendeva anche più interessante la parte del campo aperto delle note, dove in genere è riferito il decorso dell'utente appuntando informazioni che fanno luce sul suo essere caso positivo Covid oppure caso di contatto stretto o non, l'intreccio con il proprio nucleo familiare o con colleghi di lavoro o di scuola, se fa parte di un focolaio esteso e complesso.

Le indagini epidemiologiche come si diceva spettavano all'altra stanza, ma qui in Coronavirus i singoli casi per una prima presa in

carico potevano portare a svolgere anche alcune telefonate di approfondimento e di verifica. La prima telefonata non si dimentica.

A seguito del famoso elenco pervenuto dal laboratorio privato in cui si segnalava la positività di una persona che in SAI ancora non risultava presa in carico, si procedeva con una telefonata per attivare successivamente la sorveglianza. Il foglio con la traccia delle domande e un foglietto per prendere appunti era sempre pronto.

Come contestualizzare la sequenza delle domande nell'esperienza dell'interlocutore e diluire il tono di "controllo" che potevano richiamare nella persona che rispondeva alle domande: *"quanti bagni avete? ha una stanza per sé?"*

Era fondamentale non dimenticare le domande centrali, nel caso di persona covid positiva: chi aveva incontrato nelle 48 ore precedenti alla conferma e/o all'insorgenza dei sintomi. Da questo elenco si apriva un'ulteriore verifica e segnalazione in SAI.

Di solito tutto filava liscio o quasi, difficile diventava quando si incontrava chi non aveva un domicilio certo perché di passaggio o c'erano barriere linguistiche che non rendevano agile la comunicazione. In questi casi serviva attrezzarsi per trovare soluzioni ad hoc.

Quanti racconti da parte dei colleghi "anziani", quanta esperienza e capacità di adattamento che a volte sfociava in vere e proprie indagini in cui serviva mettere insieme gli indizi per risolvere i problemi. In questi casi si attivava una rete di collaborazioni tra le "stanze", un'analisi sui diversi sistemi e flussi informativi. Le soddisfazioni di arrivare all'obiettivo erano palpabili per il gruppo che ci aveva lavorato.

2. Il *contact tracing* come pratica situata e le logiche di azione

2.1 Modalità e tempi

Le osservazioni sul campo sono state condotte dal 23 marzo al 23 giugno 2021 per un totale di circa 300 ore e tre mesi. L'attività svolta era quella prevista dal contratto quindi le osservazioni erano il frutto di riflessioni che scaturivano dagli stimoli del contesto di lavoro.

Per tutto il periodo sono state riportate in un quaderno le note di osservazione o brevi dialoghi oppure domande da utilizzare poi come materiale di analisi. La sistematicità degli appunti ha consentito di avere alla fine un diario in cui si apprezza l'evolversi delle ipotesi di analisi e conseguentemente l'affinamento delle traiettorie di indagine.

Gli incontri periodici con il gruppo di lavoro hanno permesso di arricchire le annotazioni, di approfondire gli elementi che emergevano e cominciare ad avere una consapevolezza maggiore di ciò che si stava costruendo e il significato che le azioni assumevano.

Ufficializzato con i responsabili la possibilità di svolgere per un periodo limitato, le osservazioni sul campo e poterle condividere in gruppo per circa 30 minuti alla settimana, ha permesso di individuare un tempo dedicato al confronto e a rendere visibili quelle pratiche di lavoro che sembrano marginali ma in realtà costituiscono la base del processo di lavoro di rete “viva”. (Merhy,1997; Merhy et al. 2014)

2.2 Le traiettorie di analisi

Qui di seguito vengono riportate le principali traiettorie di analisi enucleate dal lavoro svolto.

La prima traiettoria riguarda la logica sottesa alla pratica del *contact tracing*. È noto che tale pratica è indicata come strumento fondamentale per *combattere* la diffusione del “virus”, ma è anche presente il fatto che tale pratica delinea un percorso di diagnosi, terapia ed assistenza. Si tratta di combattere “il virus” e nello stesso tempo è una malattia e si ha a che fare con malati. Tale ambivalenza è importante analizzarla per comprendere meglio cosa è stato co-costruito e se ciò che si è strutturato va nella direzione voluta.

La seconda traiettoria riguarda le pratiche situate del *contact tracing* che permettono di prefigurare già oggi l'evoluzione dell'assistenza territoriale ridefinendo alcune premesse che possono ostacolare il passaggio alla centralità del *primary health care*. In questa prospettiva si può intravedere il ruolo giocato dalla tecnologia, quale quella adottata per il *contact tracing* (SAI, telefono, scambio di documenti immateriali ecc.), a supporto dei processi assistenziali e di cura e decidere se utilizzarli ad esempio per la risolutività dei problemi e garantire la prossimità, secondo un approccio di territorializzazione.

La terza traiettoria riguarda la dinamica organizzativa insita nella gestione “*tecno-umana*” del *contact tracing* e la capacità di stare nella complessità, e come si riesce a valorizzare l'apprendimento sul campo e i saperi che si generano nelle pratiche situate.

Prima traiettoria: Dal campo di battaglia una umanità che chiede di essere vista

Come sottolineato da Valtorta et al. (in pubblicazione) è proprio il caso di ricordarlo che nel corso di situazioni estreme come quella della pandemia si generano fenomeni definiti di de-umanizzazione in cui si sottrae umanità agli altri. Una delle forme è quella della biologizzazione ovvero quando gli altri sono considerati come virus, “sono virus” vanno combattuti, si deve procedere con la purificazione e riconoscere/isolare tempestivamente gli untori.

Nelle pratiche quotidiane osservate si riscontra il processo di deumanizzazione ad esempio nel linguaggio utilizzato, come ad esempio “gli sporchi, il percorso sporco” viene riferito ai pazienti covid positivi, nell'indagine epidemiologica è fondamentale la ricerca

dei contatti «stretti», la martellante produzione di tabelle con i numeri dei contagiati alla fine la persona si trasforma in persona/virus.

È comprensibile che la rilevanza di questo fenomeno influenzi e porti a rafforzare la logica di pratiche di controllo così come le stesse descrizioni ufficiali richiamano e il linguaggio e le scelte organizzative rafforzano.

*“Per contact tracing (tracciamento dei contatti) si intende l’attività di ricerca e gestione dei contatti di un caso confermato COVID-19. Si tratta di un’azione di sanità pubblica essenziale per **combattere** l’epidemia in corso” (Salute.gov.it)*

Così nella pratica quotidiana la punteggiatura del percorso è caratterizzata da un lessico eloquente: “isolamento e ti libero”, l’assistenza è data dalla “sorveglianza” e da una figura denominata “sorvegliante”. Le telefonate con l’utente covid positivo terminavano dicendo: *ora le verrà inviata una email di inizio isolamento e la contatterà il “sorvegliante”*. Che effetto produce nell’assistito che in questo modo non viene riconosciuto come tale ma come “sorvegliato”?

Non mancano le testimonianze di utenti che riportano il proprio vissuto come quello di un recluso, di prigioniero, fino a rassegnarsi all’impotenza. Oppure testimonianze in cui l’utente avvia delle negoziazioni sui termini della propria “liberazione”, osando anche dichiarare ragioni del tutto personali e giudicate inammissibili: *“devo fare il testimone ad un matrimonio potrei essere liberato un giorno prima?”*.

Se la pratica quotidiana propende verso forme di controllo dove la malattia è sullo sfondo, si rilevano anche segnali di attenzione, e come negli interstizi organizzativi si inserisce la “voce” di quella singolarità, soggettività che rivendica di essere considerato come persona malata.

Da una testimonianza (non di Modena ma eloquente)

*Sono 17 giorni che lotto con il Covid-19 e spero di essere prossimo alla guarigione. So che toccare con mano quanto drammatica possa essere questa **malattia**, tanto sul piano fisico quanto su quello psicologico, dovrebbe suggerirmi un atteggiamento diverso: sono qui, posso scriverne, dovrei accontentarmi ...*

Il 1° marzo ho la febbre, dolori muscolari e articolari... Mi sottopongo al tampone, l’esito della positività dopo qualche giorno è scontato. Da quel momento vengo abbandonato a me stesso per 10 giorni, la mia situazione peggiora a nulla valgono le richieste al mio medico di base di provare una terapia diversa dalla generica indicazione della tachipirina. Solo dopo alcuni tentativi il medico ritiene opportuno inviarmi l’unità speciale di continuità (USCA) che pur rilevando una situazione lievemente critica mi ribadisce l’impossibilità di prescrivere qualsiasi cura che esca dai confini dei protocolli ministeriali. Può andare in ospedale e lì potrà ricevere la terapia consona.

Ho tentato un’altra strada che non fosse la vigile attesa, con una associazione. Lavorano in equipe si confrontano aprono un dialogo

con il paziente e lo assistono con grande attenzione, il loro intervento a base di ricette, telefonate, messaggi e monitoraggio costante pur se da remoto ha consentito di arginare una situazione in peggioramento....

Anche nella scheda SAI nelle stringhe che occupano il campo aperto (vedi tabella seguente alla voce: *“Note percorso visualizzato”*) si intravede nello stile di chi compila l’ascolto dedicato al suo interlocutore/interlocutrice e la modalità con cui è stato nella relazione.

Da parte dell’intervistatore il soffermarsi anche su dettagli che palesemente per l’interlocutore non lo sono, ma rispetto ad una “rilevazione limitata allo stato clinico del paziente o caso stretto, potrebbero essere trascurati, come ad esempio viene riportato che una famiglia in isolamento non sa come fare con il cane. Plausibile domandarsi chi lo porta fuori e a chi rivolgersi? Viene riferito che un giovane covid positivo dichiara di non aver soldi perché non ha ancora ricevuto lo stipendio e non può provvedere ai propri pasti. Che fare? Oppure l’intervistatore richiede di indicare la temperatura e la risposta è che: “non lo sa perché non ha il termometro”. O ancora quando si raccomanda un isolamento completo al paziente covid positivo in una propria camera ecc. la risposta è: in 90 metri quadri come si riesce a farlo con una famiglia numerosa?

L’operatore diventa interlocutore diretto di una moltitudine di esistenze a cui è difficile rimanere indifferenti.

La riprova è costituita dalle osservazioni e commenti sulla pratica delle domande utilizzate nelle interviste. Queste sono il principale strumento dell’attività e come è stato detto: *“con le interviste non sai mai dove andrai a finire”* oppure *“che bello quando ti dicono che vivono da soli!”*. Traspare un aspetto noto e diffuso nell’ambito delle professioni sanitarie e sociali ovvero la preoccupazione di trovarsi di fronte alla complessità. Le domande portano a ricostruire la quotidianità in cui vivono le persone, le narrazioni che si ricavano aprono questioni difficilmente archiviabili.

Quindi sarebbe opportuno riconoscere a chi svolge queste attività, un tempo dedicato per compiere riflessioni e non lasciare al singolo operatore la decisione su come interagire. La compresenza in una stessa sala può facilitare molto, è sufficiente sentirsi legittimati a farlo e riconoscerlo come strategia di auto-riflessività per elaborare

collettivamente il significato delle logiche di azione sottostante e orientarle verso l'accoglienza anziché solo al controllo.

Trovare il giusto equilibrio è una necessità e non serve seguire scorciatoie di evitamento (rimanere fedeli alle domande del protocollo ecc.) che rischiano di amplificare una danza perversa di polarizzazione.

Il monitoraggio infatti, come controllo porta alle seguenti reazioni da parte degli utenti: *"voi chiudete le famiglie", "ma basta con questi tamponi inutili, spendete i miei soldi...", "invadete la mia libertà, sono obbligata ad andare a fare il tampone?"*

Non è facile reggere a questi attacchi. Lasciati soli nello spazio comune del *contact tracing* non è raro che emerga lo sfogo, il disappunto per essere trattati "ingiustamente" in quanto come operatori si cerca di essere attenti all'interlocutore ed utili al buon esito del percorso.

La reazione allora, è quella di ricorrere al distanziamento spogliando l'altro di tratti "umani", attraverso riti di gruppo, giudizi valutativi, l'affermare di dover rispettare le regole e da ultimo: *"se non segue le indicazioni le mando le forze dell'ordine (funziona sempre)"*.

Da una nota di campo:

"Aggiungo solo un'osservazione che mi è venuta in mente riguardo alla prima traiettoria. In effetti a volte, nel momento del contatto telefonico, soprattutto quando all'altro capo della cornetta trovi un atteggiamento di diffidenza, c'è il rischio di far passare l'isolamento solo come un "ordine imposto" senza motivare adeguatamente l'importanza dell'isolamento domiciliare, senza spiegare che l'isolamento ha una certa durata in relazione al periodo d'incubazione del virus, senza soffermarsi sui rischi (non legali, ma sanitari) legati al non rispettare le tempistiche di isolamento idonee etc. Forse a volte aiuterebbe stimolare il senso civico e di responsabilità individuale e collettiva delle persone, a maggior ragione se durante il contatto telefonico l'atteggiamento di diffidenza si esplicita in forma di dubbi e perplessità. Tante volte ci sono stati casi di persone che hanno rettificato un tipo di contatto o la data dell'ultimo contatto di fronte al timore dell'isolamento, di fronte a questo ordine. Forse stimolare il senso di responsabilità individuale durante il contatto telefonico in alcuni casi potrebbe essere utile sia al privato cittadino per accettare con una coscienza diversa l'isolamento, sia al Dipartimento di Sanità Pubblica stesso per evitare di trovarsi a fare i conti con richieste di fine isolamento anticipate, rettifiche di comunicazioni effettuate in precedenza o descrizioni di comportamenti poco credibili (mi vengono in mente, per esempio, le richieste di una madre di "liberare la famiglia", riferendo di aver isolato la bambina 3 giorni prima che iniziassero a comparire i sintomi "per sicurezza")."

Seconda traiettoria: Reticoli e territorialità

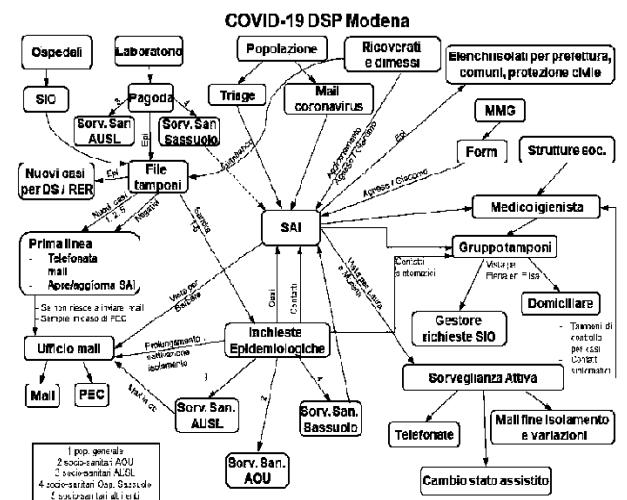
Le strutture tecno-umane messe in campo per la gestione del Covid-19 possono essere considerate soluzioni per il potenziamento dell'assistenza territoriale.

Come già ricordato, all'inizio della pandemia nel 2020, per la gestione dei casi positivi, il monitoraggio e il tracciamento veniva utilizzato un sistema cartaceo (schede) e archiviazione per blocchi al fine di avere una rudimentale classificazione e poter mantenere traccia dei pazienti. Nella figura seguente si può avere un'idea di cosa significasse l'accumulo delle schede e la difficoltà di gestirle.



La numerosità dei casi e l'impossibilità di affidarsi alle schede cartacee hanno accelerato soluzioni informatiche. Le aziende sanitarie regionali hanno creato dei propri sistemi operativi con proprie denominazioni: ad esempio *Mr. Covid* presso l'azienda Usl Bologna, *IGEA* l'azienda Usl Piacenza e *SAI* l'azienda Usl Modena.

Nella Tabella che segue è riportato il sistema SAI con evidenziati i nodi della rete che è in grado di interconnettere.



SAI rappresenta la materializzazione dell'impianto organizzativo gestionale dei processi di lavoro che riguardano i pazienti covid positivi e tutto ciò che ad essi è collegato.

SAI si rende visibile nel momento in cui comincia a transitare l'utente come tracciante dei percorsi, SAI è il pattern che connette. Per ogni utente si attivano solo quei percorsi che servono in quel momento per la singola persona. La connessione tra i nodi della rete e tra reti avviene a partire da casi concreti. Un nodo della rete è il punto di attivazione, ma il paziente è seguito, lungo il suo itinerario, negli altri nodi che verranno man mano attivati in base alle caratteristiche del suo problema. In questo senso SAI è la rappresentazione statica/potenziale come risulta nella figura, ma di fatto nella quotidianità del lavoro diviene processo vivo, si trasforma in una "rete viva" in grado di stabilire connessioni produttive in qualsiasi direzione.

Ci sono tante porte di entrata e di uscita, la rete è composta da tanti attori organizzativi che seguono le tracce dell'utente e riportano in SAI/rete le informazioni acquisite. C'è una scansione in fasi: accertamento, diagnosi, assistenza/terapia, prognosi e dimissione/guarigione che delinea una articolata capacità di risposta focalizzata sul territorio.

Come si diceva la pandemia ha funzionato da acceleratore nel praticare fino in fondo la territorialità dell'assistenza. Se questo è stato forzato inizialmente dalle risorse limitate della disponibilità dei posti letto poi si è rilevato che potenziare la risolutività nel territorio portava a benefici maggiori sul piano del decorso clinico ed era possibile se effettivamente il sistema nel suo insieme concorreva nell'obiettivo: rendere il territorio in grado di risolvere.

Le accelerazioni che si individuano e che meritano di essere capitalizzate, sono richiamate qui di seguito per punti.

- L'esperienza vissuta direttamente dagli operatori che hanno preso parte all'avvio del *contact tracing* (medici dell'azienda usl di Modena provenienti da i diversi reparti e servizi chiusi per la pandemia) ha permesso di condividere la caduta dei confini disciplinari e anzi arricchire il contatto con l'utente perché ognuno di loro in base alla propria specialità poteva aggiungere altre domande e consigli oltre a quelli strettamente previsti da protocollo. Quindi l'oculista si accertava che non ci fossero problemi di vista, il dermatologo si interessava allo stato generale della cute e così via. Questa esperienza fuori dai reparti portava tutti a sentirsi maggiormente coinvolti e disponibili gli uni verso gli altri. Ma soprattutto mette in evidenza una pratica in cui in un certo senso nuclei di specialisti variamente messi in rete possono fungere da supporto alla situazione concreta che si sviluppa nel territorio, capacitando le risposte situate.¹⁷

¹⁷ Nella letteratura brasiliana viene descritta questa modalità organizzativa, come soluzione di sistema, "matriciamento". Si tratta di una équipe di figure di sostegno multiprofessionale con composizione variabile (in relazione alle esigenze del

- L'utilizzo delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) rappresenta un'altra modalità che ha portato a rendere possibile l'assistenza e il monitoraggio "mobile sul territorio". Equipe domiciliari per pazienti positivi e sintomatici con famiglia in isolamento, che hanno permesso di rendere il sistema flessibile e duttile alle diverse circostanze garantendo una presenza domiciliare qualificata incardinata nella rete dei servizi territoriali.
- La presenza di strutture di permanenza temporanea è stata utile per articolare e potenziare la risposta territoriale, ad esempio: a) Alberghi covid, strutture di accoglienza che hanno consentito di tenere sotto controllo persone positive con sintomi lievi per poter prontamente intervenire qualora le condizioni cliniche fossero peggiorate; b) Nuclei covid: Ospedali di Comunità per accogliere pazienti non gestibili al domicilio. Queste strutture hanno permesso di monitorare e stabilizzare le condizioni cliniche dei pazienti garantendo una risposta nel territorio.

Queste pratiche possono essere considerate prove generali per la svolta tanto attesa e che indica con più precisione le scelte operative-gestionali che consentono di potenziare l'assistenza territoriale.

Terza traiettoria: I saperi situati e le potenzialità

In letteratura vengono definiti "*racconti di guerra*" alludendo a quella serie di interazioni locali che avvengono tra colleghi e che sono una delle principali fonti di apprendimento di saperi situati, preziosissimi per risolvere i problemi e per mantenere flessibile il sistema.

Abbiamo detto che siamo di fronte a strutture tecno-umane e quindi i livelli di apprendimento contemplano sempre indicazioni utili a gestire il mix di cui l'attività è costituita.

Ad esempio: *"se non vuoi correre rischi di trovarti senza le informazioni che servono per completare i campi dell'anagrafica in SAI, parti dalle domande di verifica su indirizzo del domicilio, indirizzo email ecc. così se dovesse interrompersi la telefonata hai già acquisito elementi essenziali"*

Così quando eventuali aggiornamenti normativi non sono accessibili a tutti o non si riesce a seguirli in tempo reale, nel gruppo c'è la persona che è riuscita a documentarsi e ti trasferisce le ultime notizie utili, ad esempio sulla norma appena uscita che modifica la gestione dei rientri dall'estero.

Altro caso è rappresentato semplicemente dal fatto che le indicazioni dove effettuare i tamponi nei diversi distretti dell'azienda sono trascritte su un foglio e non coincidono con quelle riportate in SAI. Ad

territorio) e due o tre facilitatori dell'educazione permanente che aiutano i professionisti delle équipe di assistenza ad esempio territoriale a risolvere casi complessi, implementare progetti assistenziali/terapeutici condivisi, dentro alla logica del "fare insieme" e non il "fare per" le équipe. (Bertussi, Gialdi, 2016)

esempio nel foglio viene indicato Fiorano come punto per fare il tampone e ciò che compare in SAI è Pavullo. Questa non coincidenza che deve essere considerata con attenzione per fare la richiesta corretta, viene segnalata al “novizio” verbalmente dal tuo collega e tu farai lo stesso con il nuovo arrivato.

Questo esempio apre una riflessione sul tema delle conoscenze acquisite oralmente che riguardano come nel caso citato, componenti del processo di lavoro “semplici” e di basso impatto ma altre che potrebbero avere una ripercussione più significativa andrebbero considerate in modo sistematico.

La domanda che ci si pone è, perché non si provvede a segnalare le incongruenze e a provvedere? O come si potrebbe agire nel mantenimento dei riscontri per non perdere informazioni importanti al funzionamento dell'intero sistema, avvalendosi proprio del sapere situato, di chi giornalmente utilizza il sistema e ne vede le incongruenze? Sono le classiche situazioni di inciampo che producono dei loop organizzativi difficili da risolvere quando si cronicizzano. La classica domanda situata che sorge è a chi spetta la prima mossa?

Un altro esempio è la chiusura di un *drive-in* (punto di esecuzione dei tamponi) per la festa locale. Le prenotazioni di tamponi molecolari effettuate per quella giornata che non era stata segnalata di chiusura, sono state tutte riprogrammate avvisando gli utenti. La questione che si è posta, oltre al tempo dedicato per la riprogrammazione degli appuntamenti, era di spiegare agli utenti che il posticipare l'effettuazione del tampone avrebbe comportato un ritardo “nella liberazione”, in quanto la festa del Patrono non consentiva di procedere nei tempi “regolari”.

Fondamentali sono le indicazioni relative a come approcciare gli elenchi degli esiti dei test sierologici che provengono dai laboratori locali. Intanto viene passata l'informazione dal collega anziano che il Laboratorio non avvisa gli utenti che saranno poi contattati dalla Sanità pubblica e quindi bisogna prepararsi ad eventuali contestazioni prima di telefonare. Ma il punto è quando telefonare all'utente. Si apprendono le regole basilari per muoversi agilmente nell'elenco che ultimamente era sempre più esteso in quanto utilizzato per verificare il livello anticorpale in previsione della vaccinazione o dopo aver fatto già la prima dose di vaccino.

Tra le regole da seguire, occorre verificare in SAI se c'è già stata una vaccinazione, se ha avuto il covid e quando è guarito ecc. A questo punto si ha un ipotetico elenco dei sospetti che vanno chiamati e qui inizia la negoziazione con l'utente che sarà indirizzato ad effettuare un tampone molecolare il giorno dopo la chiamata.

C'è chi risponde gentilmente ma avverte che è una settimana in vacanza, quindi farà il tampone al rientro. Ma il tampone serve per capire se è in atto una positività dal covid19 in quanto non ci sono elementi che giustificano la presenza di anticorpi se non il sospetto della malattia in atto.

C'è chi risponde che non sono *“affari nostri, “si è liberi di decidere di fare un sierologico e se sono presenti anticorpi meglio”*, anche a fronte di assenza di pregressa positività al covid e non ancora vaccinato.

Per i resistenti l'indicazione è di riportare tutto in SAI e inviare comunque la email di convocazione segnando il nominativo per verificare successivamente se si è recato a fare il tampone nonostante le dichiarazioni di ostilità.

In questo spazio di scambio informale all'interno del gruppo di lavoro, si costruiscono anche le narrazioni per dare un senso a ciò che avviene e non ci si sottrae a considerazioni o valutazioni. I discorsi che si avviano hanno una loro rilevanza in quanto evidenziano le diverse anime di fronte alle risposte ricevute. Si è convinti di agire per il bene pubblico ed invece si hanno risposte arroganti ed offensive che non predispongono alla ponderazione e a mantenere sempre alto un livello di negoziazione.

Da ultimo si riporta una riflessione che scaturisce su alcune situazioni che riguardano il genere. Questo per richiamare l'attenzione su un altro aspetto della quotidianità delle pratiche che non sono esenti dal veicolare valori e culture che poco hanno a che fare con gli aspetti procedurali ma di fatto li rendono potenti veicoli per reiterare posizionamenti culturali, espressioni di una cultura maschilista che ancora persiste nelle organizzazioni.

Il contesto dei due esempi è riferito alle sedi vaccinali. Nel primo caso sono presenti due medici (uomo e donna). Il medico chiede sistematicamente all'utente: *“preferisce essere vaccinato dal medico “bello” o “saggio”?”* Con il primo aggettivo si riferisce alla dottoressa giovane e con il secondo si riferisce a sé stesso. In altra circostanza il medico anziano presente chiede ad alta voce: *“chi è Giovanna Serra?”*. Risponde timidamente: *“sono io”*. Il medico: *“ma intendo una ragazza”*, alludendo al fatto che Giovanna non sembrava una donna ma un uomo per come era vestita.

La domanda che ci siamo poste di fronte a queste situazioni è come reagire, come attrezzarsi per non rimanere travolti e vivere in costante *“imbarazzo”*.

Questi episodi ci rimandano ad un aspetto collegato al tema dei saperi situati che non necessariamente è da riferirsi all'ambito di lavoro in cui si è inseriti ma al fatto che quell'ambito di lavoro è anche la scena sociale in cui si mescolano valori, culture, saperi, e affetti che modulano i comportamenti organizzativi ed imprimono tracce profonde sulle persone. Quindi se pensiamo che la maggior parte del personale impiegato è costituito da giovani medici, l'esperienza che stanno vivendo verso quale direzione li sta formando? Quali tracce sta lasciando?

Raccogliendo alcuni elementi frutto di osservazioni condotte da questi giovani medici durante le fasi più dure della pandemia si legge:

“Siamo arrivati presso il Servizio di Igiene Pubblica all'inizio dell'emergenza; i casi sono aumentati velocemente e noi ci siamo trovati

in un turbinio vertiginoso e incalzante fatto di necessità cogenti e cambiamenti giornalieri.

È stato persino bello poter imparare sul campo, sentirsi utili, fare gruppo, accomunati da uno scopo comune, cavalcando l'onda. All'inizio è sembrato normale rimanere a lavorare tutto il giorno, tutti i giorni, per cercare di arginare il virus. Ma intanto paura, stanchezza, tristezza, senso di impotenza davanti a una cosa così grande, si stavano facendo spazio...

Poi nei momenti di picco, la morte e la malattia diventano quotidiane, e quindi i "giovani medici" riferiscono che accade di: chiamare a casa di persone già morte per avvertirle della positività, dovendo poi svolgere le indagini con parenti che avevano appena perso un loro caro; comunicare la positività a persone spaventate, disperate, spaesate; parlare con soggetti gravemente ammalati e ospedalizzati, che cercavano di darci risposte tra un rantolo e un sospiro; parlare con persone anziane talora con demenza, con difficoltà a ricostruire gli spostamenti o a farsi dare il numero di telefono di un parente che ci potesse aiutare; chiamare persone straniere, con difficoltà di comunicazione enormi; fare domande su aspetti di vita privata intimi che necessitano di tatto e attenzione.

Nel tempo che trascorre gli operatori di SAI avvertono segnali di allarme quali la stanchezza, la tensione, l'ansia, l'insonnia, la depressione, il rancore, l'impotenza, il senso di colpa di fronte alla morte, la paura di essere infetti, l'eccitazione eccessiva ed il rifiuto di un riposo ragionevole.

È a questo punto che maturano come gruppo di cercare alcune strategie per affrontare insieme ciò che stavano vivendo e riescono anche a comunicarlo ai responsabili.¹⁸

3. Riflessioni conclusive

Sicuramente non si aggiungono elementi nuovi a quanto già si conosce del funzionamento delle organizzazioni ma il fatto di aver considerato la letteratura di riferimento per analizzare una pratica in divenire o meglio come ci richiama l'autrice Stewart (2017), con la "*scrittura etnografica si è cercato di descrivere stati collettivi e sensibilità che colpiscono le persone e attraversano cose altrimenti incommensurate*" come quella del "*contact tracing*", ci consente di

¹⁸ Tra le indicazioni che riportano ci sono: riconoscere e riconoscerci: fermarci a riflettere e interrogarci su come stiamo, quali emozioni proviamo, se ci riconosciamo nello stato attuale; dedicare tempo a noi stessi: prenderci cura dei nostri bisogni e usare strategie di coping efficaci: assicurarci riposo e pause al lavoro, mangiare cibo sano, fare attività fisica, rimanere in contatto con famiglia e amici, riconoscere l'utilità di coesione e condivisione tra colleghi; aderire alle proposte di aiuto da parte di esperti quali psicologi e psicoterapeuti (tecniche cognitivo-comportamentali protocollizzate, corsi di mindfulness); self-care nei confronti del proprio benessere psicofisico;

estrapolare alcune traiettorie su ciò che sta avanzando nel sistema dei servizi sanitari e nel nostro contesto di vita nell'epoca del covid19.

“Ethnographic writing began, again, to try to describe collective states and sensibilities hitting people and traversing otherwise incommensurate things: bodies of thought, assemblages of infrastructures and institutions, new ecologies, the rhythms of a daily living, and the strangely connective tissue produced by handheld devices and social media. In the world affect brought into view, the point of analysis was not to track the predetermined effects of abstractable logics and structures but, rather, to compose a register of the lived affects of the things that took place in a social-aesthetic-material-political worlding” (Stewart, 2017; p.192).¹⁹

Un collega in quiescenza e volontario, commentava durante il lavoro nella stanza “indagini epidemiologiche”. che con la pandemia “la sanità entra nelle case in modo massiccio come mai era avvenuto”. La consapevolezza di questo “massiccio” intervento domiciliare è stata presa in considerazione?

Sembra che l'emergenza del fare abbia preso il sopravvento e non sia stato gestito questo spazio di pratiche quotidiane per finalizzarle maggiormente al far sentire “l'entrata in casa” non come una occupazione ma come una presenza istituzionale di cura e di assistenza. Abbiamo detto che i termini e l'approccio utilizzati lasciano indicare il prevalere di altre logiche: abbiamo lasciato in ombra il “malato” e la “malattia” e privilegiato una lettura di oggettivazione dell'altro, co-costruendo relazioni di dipendenza, di de-responsabilizzazione, di “virus/persona” da isolare.

Forse le reazioni che si sono così manifestate in questi mesi di rifiuto della vaccinazione, e come riporta il Rapporto Censis 2021 di deriva “irrazionale”, quali: per il 5,9% degli italiani (circa 3 milioni di persone) il Covid semplicemente non esiste, per il 10,9% il vaccino è inutile e inefficace, per il 31,4% è un farmaco sperimentale e le persone che si vaccinano fanno da cavie, per il 12,7% la scienza produce più danni che benefici, sono in parte collegate al come complessivamente si è costruito il rapporto tra istituzioni/servizi e popolazione durante la pandemia.

D'altro lato si può considerare il “*contact tracing*” una prova generale su come l'assistenza territoriale può essere potenziata da questa esperienza. Tra queste figura la telesalute, che durante questa fase di pandemia, è diventato strumento in grado di praticare la prossimità. I dispositivi “teco-umani” hanno permesso di monitorare i parametri clinici dei pazienti nella loro abitazione senza dover inviare equipe

¹⁹ “La scrittura etnografica cominciò, di nuovo, a cercare di descrivere stati collettivi e sensibilità che colpiscono le persone e attraversano cose altrimenti incommensurate: corpi di pensiero, assemblaggi di infrastrutture e istituzioni, nuove ecologie, i ritmi di un vivere quotidiano, e il tessuto stranamente connettivo prodotto da dispositivi portatili e social media. Nel mondo degli affetti messo in vista, il punto di analisi non era quello di tracciare gli effetti predeterminati di logiche e strutture astrabili ma, piuttosto, di comporre un registro degli affetti vissuti delle cose che avevano luogo in un farsi mondo sociale-estetico-materiale-politico” (traduzione).

domiciliari sul posto, eliminando il rischio per la salute degli operatori. Si tratta quindi di valorizzare ed incorporare nella quotidianità le modalità di telesalute testate durante la pandemia ed in particolare sulla tecnologia che può essere installata presso il domicilio per favorire un monitoraggio completo e costante di parametri clinici ma non solo. È infatti importante integrare la telesalute per ottenere informazioni circa le condizioni sociali dei nuclei familiari. Questa emergenza ha permesso di rivalutare l'idea che la presa in carico si può fare con sistemi a distanza senza per questo rinunciare alla relazione.

Si è osservato anche che è importante che l'impianto che è stato costruito mantenga quella capacità di essere "rete viva" per capitalizzare le pratiche di de-medicalizzazione. Si è visto che la soggettività, la dimensione privata era costantemente presente nel rapporto tra operatore del "contact tracing" ed utente. Come costruire quindi reti di reti affinché la salute che ha a che fare con tutte le dimensioni della vita, possa trovare espressione all'interno delle comunità e soprattutto come rendere coerenti il funzionamento di queste reti affinché si riconosca una stessa logica di azione e di senso. Reti sociali rese visibili dall'emergenza pandemica che hanno saputo dare risposta ed intervenire non già sulla patologia ma sulle relazioni, attuando un lavoro di cura corale con i diversi soggetti del territorio. Nella prima fase della pandemia è stato possibile instaurare reti con diversi enti locali grazie al clima generale di solidarietà che ha investito tutti gli attori territoriali. La rete delle relazioni informali si è dunque estesa, semplificando l'accesso a certi servizi e garantendo una maggiore prontezza nella capacità di valutazione dei bisogni e di risposta dei servizi. Dove esisteva già una rete attiva è stato più semplice e rapido orientare quella rete per l'emergenza vedi ad esempio garantire la consegna dei farmaci o dei pasti a chi non aveva possibilità di aiuti familiari e/o amicali.

In questi pattern di funzionamento si dovrebbero ricercare le indicazioni utili per lo sforzo che sarà compiuto nei prossimi mesi di implementazione delle politiche pubbliche in particolare nell'ambito della salute. In un certo senso la complessità dei processi che sono gestiti dai sistemi approntati per la pandemia ha preso forma dai percorsi dell'utente, da casi concreti. È su questi tragitti che sono stati identificati i nodi necessari, la ridefinizione d'uso di nodi esistenti, l'inserimento di nodi nuovi non presenti ma necessari per l'assistenza da approntare. Si è detto che SAI si è modificato nel tempo, che non rimane fisso e continua costantemente a modificarsi. Altro aspetto interessante è dato dal fatto che la logica con cui viene utilizzato privilegia una direzione che è quella del territorio. Il sistema nel suo complesso è vincolato a rendere l'intervento territoriale risolutivo. Se nella prima fase della pandemia ha significato dover approntare tutte le misure di riduzione del rischio di diffusione attraverso il lockdown, dispositivi ecc. nella fase successiva l'assistenza territoriale è stata ancor più determinante sia nella fase di prevenzione (vaccini) sia nella fase di assistenza e cura. In questo modo è stato arginato l'utilizzo dell'ospedale. Sarebbe da analizzare con molta attenzione cosa l'emergenza ha generato, quali nodi sono stati attivati e come stanno

funzionando come parti di una rete viva. Sul piano della definizione delle strategie da attuare non si può prescindere da ciò che è in campo prima di rimodulare i nodi esistenti tra cui le case della salute in case di comunità.

L'esperienza del "contact tracing" ci ha mostrato che è fondamentale quando abbiamo mix professionali, di attori organizzativi situati in nodi diversi, tecnologie, processi immateriali ecc. avere dispositivi permanenti di auto-riflessività organizzativa. Il sistema ha bisogno di riconoscere il tempo per chi lavora, di analizzare le proprie pratiche, farne oggetto di apprendimento e cambiamento (Ferla, Calazans Baptista, Bueno, Schweickardt; 2020).

Per i processi di lavoro che caratterizzeranno sempre più i contesti sanitari l'apprendimento si baserà sul "fare", quindi non si potrà contare sulla modalità tradizionale di intervento formativo- corsi di formazione- ma sull'allestimento di spazi permanenti per l'incontro sistematico tra operatori dello stesso nodo e di nodi diversi con l'obiettivo di garantire una riflessione costante delle pratiche, analisi sui processi di lavoro (Schweickardt , Burg Ceccim, Noal., Bueno , Ferla 2019)

Riferimenti bibliografici

Benozzo A., Gherardi S. (2020) Working within the shadow: what do we do with "not-yet" data? *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal* Vol. 15 No. 2, 2020 pp. 145-159

Bertussi D.C., Gialdi O.C. (2016) Reti vive di assistenza nel sistema unico di salute: producendo incontri tra équipes; in Marta B.L., Nicoli M.A., Paltrinieri F. Nuove configurazioni organizzative. Connessioni in rete di servizi sociali e sanitari tra Emilia-Romagna e Brasile, FormatEdizioni, Bologna, pp.85-107.

Braidotti R. (2014) Il postumano. La vita oltre l'individuo, oltre la specie, oltre la morte. Feltrinelli, Milano.

Bruni A. Devo aspettare qui? Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna, Dossier151/2007
<https://assr.regione.emilia-romagna.it/publicazioni/dossier/doss151>

Bruni A., Gherardi S. (2007) Studiare le pratiche lavorative, Il Mulino, Bologna.

De Godoy Magalhães G.S., Brandão Correia I., Soares Araújo K., Carneiro de Andrade T.F., Cavalcanti Freire da Silva R., Bezerra de Oliveira M.A., Troccoli de Carvalho M., Farias Tenório K.M., Pessoa da Costa Carrarine A.S., De Barros Correia J. (2021) Telessaúde no enfrentamento à covid-19 em recife: teleorientação, telemonitoramento e teleacolhimento mediados pelo aplicativo atende em casa; in Ferreira Machado M., Romério Lopes T., Dornels

Freire de Souza Q.C. (org) A saúde coletiva em tempos de pandemia experiências e aprendizados do enfrentamento à covid-19 no nordeste brasileiro pp.47-60.

Ferla A.A., Calazans Baptista G., Bueno D., Schweickardt J.C. (2020) Aprender com a prática e atuar em coletivos: interseções ensino e trabalho no escopo da saúde, Rede Unida Editora, Porto Alegre

Gherardi S., Strati A. (2004) La telemedicina. Fra tecnologia e organizzazione, Carocci, Roma.

Hall E.T. (1968) La dimensione nascosta, Bompiani, Milano.

Merhy EE. (1997) O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia, a luta do CEBES. São Paulo: Lemos. p.125-42.

Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. (2014) Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulg Saude Debate*. (52):153-64.

Nicoli M.A., Pellegrino V., Rodeschini G., Vivoli V. (2020) Per i servizi è tempo di allargare lo sguardo, *Animazione Sociale*, n.3, 335, pp.16-27.

Rodeschini G., Palestini L., Nicoli M.A., Borsari S. (2019) Nuove famiglie e nuovi bisogni: l'equità in pratica nei Consultori Familiari (rapporto di ricerca) Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna
file:///C:/Users/Admin/Downloads/Rodeschini%20(1).pdf.

Schweickardt J.C., Burg Ceccim R., Noal Gai D., Bueno D., Ferla A.A. (2019) Trabalhar e aprender em conjunto: por uma técnica e ética de equipe na saúde, Rede Unida Editora, Porto Alegre.

Stewart K. (2017) In the World that Affect Proposed." *Cultural Anthropology* 32, no. 2, pp. 192–198.
<https://doi.org/10.14506/ca32.2.03>.

Sturlese V., Bisagni M., Nicoli M.A. (2017) Benvenuti al mondo Ascolto narrativo dei "percorsi nascita", FormatEdizioni, Bologna.

Valtorta R.R., Baldissarri C., Volpato C., Andrighetto L. (2021) Intergroup biologization and outgroup prejudice in the time of COVID-19, *Journal of Applied Social Psychology* (in press).

O *contact tracing* como prática local de trabalho durante a pandemia de Covid-19²⁰

Maria Augusta Nicoli
Chiara Benedetti
Mattia Bonetti Giovanni Casaletti
Maria Teresa Carluccio
Millic Cavic
Tiziana Gioia
Giovanni Panciroli
Sabrina Sanseverinati
Valentina Serafini

Introdução

Lidar com o tema da gestão da pandemia tendo em consideração uma atividade específica como o "*contact tracing*" (rastreamento de contactos) pode parecer uma extensão, mas na realidade está entrada pela "porta dos fundos"²¹ oferece a possibilidade de ler a complexa estrutura organizacional e de gestão que foi posta em prática e apreciar o potencial para futuras traduções do que foi construído.

O que é interessante é analisar esta prática no momento em que é utilizada e continuamente transformada pelos atores organizacionais, gerando o seu próprio campo semântico, um conhecimento co-construído no contexto em que a prática toma forma e é gradualmente enriquecida com significados e soluções.

O objetivo do rastreamento de contactos é identificar rapidamente as pessoas expostas a casos existentes, como potenciais casos secundários, e prevenir a transmissão posterior da infecção.

Tal como se regista nos documentos oficiais fornecidos pelo Instituto Superiore di Sanità (2020), o rastreamento de contactos (*contact tracing*) é um instrumento de saúde pública fundamental para a prevenção e controlo da propagação de doenças transmissíveis de pessoa para pessoa, que é utilizado diariamente para o controlo de várias doenças

²⁰ O texto está dividido em duas partes, que são o resultado da estadia de um dos autores no Serviço de Saúde Pública da Azienda USL de Modena. Em particular, a primeira parte é o resultado da narrativa em primeira pessoa da experiência de Maria Augusta Nicoli. A segunda parte é a síntese das observações de campo, interações e reflexões com os vários atores organizacionais que geriram as diferentes fases do processo de localização de contactos durante o período em consideração, em particular Giovanni Panciroli, Valentina Serafini, Chiara Benedetti, Tiziana Gioia, Millic Cavic, Sabrina Sanseverinati, Mattia Bonetti, Maria Teresa Carluccio, Giovanni Casaletti, Laura Iacuzio.

²¹ Sugestão retirada de "Morte em Veneza" de T. Mann: "(quando o protagonista Aschenbach ...) enquanto contemplava, disse a si próprio que chegar a Veneza vindo do continente era como entrar num palácio pela porta dos fundos, e que só por navio, vindo do alto mar, como tinha feito desta vez, era realmente possível chegar à cidade mais improvável do mundo". (p.15). Mas, por vezes, entrar pela porta dos fundos é muito útil para se ter um ponto de vista menos estruturado.

infecciosas, tais como tuberculose, sarampo, e algumas doenças sexualmente transmissíveis (por exemplo, sífilis, infecções por VIH).

É uma "tecnologia" que tem características específicas e indicações de utilização. Vários autores (Gherardi e Lippi, 2000; Gherardi Strati, 2014) salientam que cada "tecnologia" passa por um processo de transformação no momento em que é utilizada ("tecnologia em uso") e é neste processo que vamos nos concentrar.

É feita a hipótese de que o "*contact tracing*" constitui um microcosmo de gestão organizacional que antecipa e torna visível o que depende do próprio ato da utilização sistemática e maciça da tecnologia nos processos de cuidados e assistência. O sentido para o qual a aplicação tecnológica era necessária pode desviar a lógica organizacional de utilização, dos pressupostos de cuidado para os quais foram aplicados.

A pandemia tem funcionado como um acelerador, ao tornar visível no cenário já de si apinhado de cuidados (médicos, familiares, utilizadores, amigos dos utilizadores, enfermeiros, etc.) que existem 'atores organizacionais' que já não são secundários, tais como dispositivos tecnológicos de vários tamanhos e funcionalidades.

A contribuição de Gherardi e Benozzo (2021) para o que os autores definem como: "*shadow organising as dwelling in the space of the 'not-yet'*"²² é aqui tomada como a chave da leitura. Podemos assim considerar o rastreio de contatos como um exemplo da metáfora da "organização de sombras" que joga com dois conceitos: "(...) organização como um processo contínuo e sombra como um símbolo do que está "entre e entre". Esta metáfora permite-nos, portanto, centrarmo-nos numa epistemologia de devir e, ao mesmo tempo, concentrarmo-nos no espaço relacional dos elementos intra-ativos. A relacionalidade é um convite a ver o mundo como um movimento de relações entre as coisas e não as coisas em si mesmas. (p. 2)

O "*contact tracing*" é em si mesmo um lugar de devir e uma esfera de transformação. O assunto tem ainda contornos indefinidos, mas é necessário tomar disposições, a organização deve pôr em prática estratégias para contrariar a propagação, mesmo na indeterminação do quadro clínico e do curso.

Deste ponto de vista, é uma prática tecno-humana que permite ler em gestão de marcas de água - práticas do sistema organizacional que esboçam processos de trabalho do futuro - "pós-humano" presente (Braidotti, 2014).

Em particular, foi observada a implementação e desenvolvimento dos processos de trabalho subjacentes ao rastreio de contatos, tentando compreender as ligações ou antes "os movimentos de relação entre as coisas", as outras partes do sistema de serviços prestados e necessários para todo o percurso de diagnóstico, terapia, assistência dos utilizadores positivos à covid.

²² "Organização de sombras como habitação no espaço do 'ainda não'" (tradução livre).

Ligações que permitem recompor o quadro global a partir de uma perspectiva particular: os processos de trabalho "imateriais" (o documento de alta hospitalar, a comunicação de positividade após o resultado do esfregaço positivo, a transferência de casos positivos do SAI para SMI, etc.) realizados através de uma mistura de ferramentas e narrativas (chamadas telefónicas, troca de informações, reconstrução da cadeia de infecção em caso de suspeita de surtos, etc.).

Observando estas práticas, ao longo do tempo, foi dada forma e estabilidade organizacional a um processo que pode dizer muito sobre a cultura que lhe está subjacente e que talvez devesse ser revisitado. Como vários estudos sobre organizações salientam, revelar as lógicas subjacentes às práticas quotidianas permite compreender a direção que estas práticas tomam e quais os significados que estão a co-construir. No caso de rastreio de contactos, a ambivalência entre controlo e cuidado, entre prescrição-obrigação e escuta é aparente.

Ao mesmo tempo, pode-se vislumbrar uma potencialidade que poderia ajudar muito em geral o que até agora tem sido considerado o PDTA (Percurso Diagnóstico Terapêutico Assistencial) marcado de acordo com uma lógica sequencial e linear não muito útil para lidar com situações cada vez menos identificáveis, diferenciadas e atribuíveis à natureza estática do caminho²³. Além disso, a análise das práticas de rastreio de contactos fornece conhecimentos valiosos sobre os processos emergentes de cuidados de saúde acelerados pela pandemia, tais como a telessaúde²⁴, a fim de contribuir para o reforço e desenvolvimento dos cuidados territoriais.

Nas soluções e práticas de rastreio de contactos pode-se de facto vislumbrar, como se numa marca de água, uma estrutura ou padrão capaz de tornar tangível/operacional o trabalho em rede que pode ser trasladado para processos de trabalho territoriais.

Paradoxalmente, devido à natureza específica do rastreio de contactos, se faltar a capacidade de fazer parte de um processo de trabalho em rede continuamente alimentado pelo conhecimento

²³ Vendo os trabalhos de análise sobre os "percursos de nascimento", assim redefinidos para realçar a variabilidade enfrentada pelos serviços responsáveis e a necessidade de assumir posturas e soluções organizacionais mais próximas do funcionamento "rizomático" do que "analógico" (Sturlese, Bisagni, Nicoli, 2017; Mehry E. et al. 2014; Rodeschini, Palestina, Nicoli; 2019).

²⁴ A este respeito, deve notar-se que o termo teleassistência é utilizado para indicar em sentido geral o uso da tecnologia em qualquer tipo de processo e prática de saúde. Num seminário de comparação entre as experiências da Região Emilia-Romagna e do município do Recife, verificou-se que nos serviços de saúde dessa realidade o termo geral utilizado é telessaúde e depois especifica-se com o seu próprio sufixo o processo de trabalho em que a tecnologia está inserida, por exemplo, teleassistência, telediagnóstico, telecuidado, etc. Isto reforça a ideia de que a telessaúde não constitui um processo em si, mas sim um processo que pode ser aplicado a todos os serviços de saúde. Isto reforça a ideia de que a telessaúde não constitui um processo em si, mas simplesmente que os processos de trabalho são dados por formas tecno-humanas. Portanto, a telessaúde será utilizada sempre que nos referirmos ao processo global de práticas sanitárias envolvendo tecnologia (De Godoy Magalhães, 2021).

aprendido no local, o processo para e tropeça. Por exemplo, a partilha do significado de "contacto próximo" é continuamente alimentada porque, embora existam indicações rigorosas sobre o reconhecimento deste tipo de condição, então as consequências práticas (indicações de isolamento) em muitos casos não podem ser exercidas de forma mecanicista (condições de habitação precárias já em condições "normais", etc.). Para além da necessidade de permitir o isolamento, nos casos em que não é possível prover a si próprio na sua própria casa ou porque não está disponível um lar (turistas, pessoas sem abrigo, etc.), as soluções temporárias são ativadas em hotéis dedicados. É interessante notar a capacidade do sistema de enriquecer a sua rede conosco que não são necessariamente transitórios para todos, mas para alguns utilizadores com necessidades especiais, e a natureza temporária do sistema significa que é possível pensar em respostas que não são estáveis e limitadas no tempo.

1. Experiência com o serviço de "contact tracing"

Como previsto, esta parte será apresentada em primeira pessoa. Através da narração será possível seguir todos os passos de entrada na unidade de rastreio de contactos e na unidade de gestão de correio electrónico que o Departamento de Saúde Pública recebe diariamente num endereço específico: "@coronavirus"²⁵.

A ideia do projeto nasceu do meu interesse profissional e pessoal em compreender em primeira mão e no terreno o que significaria para os serviços de saúde organizarem-se para lidar com a pandemia.

O rumor insistente proveniente dos territórios era de que todo o esforço de organização e assistência era absorvido pela Covid. Como foi relatado em Nicoli, Pellegrino, Rodeschini e Vivoli (2020), a imagem predominante era a de que um desafio comparável a uma "guerra" estava a ser enfrentado e que aqueles que se encontravam nas trincheiras tinham de esperar que eles fizessem o seu trabalho.

A situação estimulava imagens de uma laboriosidade pouco comum e ao mesmo tempo referia-se a outras situações de emergência já vividas na Região Emilia-Romagna, como os sismos de 2012, em que, apesar da fadiga, aqueles que estavam "na linha da frente" viviam com grande intensidade o momento que tornava possível o que antes parecia impossível e que permitia a proximidade, a partilha e a colaboração "verdadeira", desinteressada entre os diferentes atores sociais que povoavam o cenário dos cuidados.

²⁵ A fim de permitir a compreensão de algumas passagens é especificado que esta atividade foi realizada um mês após a aposentadoria da autora, Maria Augusta Nicoli, pelo que foi um início de atividade efetivamente sem relação com a atividade anteriormente realizada. Como investigadora na área e estudiosa dos processos de trabalho nos serviços de saúde, esta oportunidade ofereceu a possibilidade de entrar no contexto analisado com ferramentas típicas da investigação social, utilizando a sua própria condição como alavanca para refletir sobre a dinâmica desencadeada por esta posição peculiar tanto a nível pessoal como profissional.

1.1. A entrada

A entrada no terreno teve lugar a 23 de março de 2021, na USL Modena, e teve lugar após a candidatura ao concurso intitulado "Atividades de localização de contatos, apoio ao Departamento de Saúde Pública e Combate a emergências epidemiológicas". A localização da obra foi no Departamento de Saúde Pública em Baggiovara, num edifício situado na parte de trás do hospital.



O procedimento de entrada ao serviço como médico aposentado envolveu a abertura de um número de IVA e um exame de aptidão. Tratava-se, portanto, de iniciar uma nova relação de trabalho onde a licenciatura em medicina e cirurgia era o requisito fundamental, e foi precisamente por ser médico que pude finalmente juntar-me a esse grupo de operadores e profissionais que trabalham diretamente em situações de emergência. É de salientar que trabalhei como psiquiatra assistente no asilo de Bolonha durante seis meses depois de me formar e depois já não praticava. Do ponto de vista pessoal, era uma questão de voltar às raízes.

Estas etapas formais de arranque (apresentar a candidatura, esperar pelo resultado da seleção, etc.) foram necessárias para iniciar o processo de colocação. Assim, tive de estabelecer o grau de risco e responsabilidade com base na atividade que ia realizar, a fim de avaliar o tipo de seguro a ser ativado.

Uma organização empresarial eficiente programou todas as visitas e as datas para as análises laboratoriais. O último passo foi a assinatura do contrato e as primeiras instruções administrativas. A semana de trabalho deveria ser de seis dias em sete, incluindo quaisquer feriados, e garantir um máximo de 38 horas por semana. Parecia um grande compromisso de imediato, não que eu não estivesse habituado a trabalhar 10 horas por dia sem me preocupar com férias, mas não estava habituado a lidar com turnos e com a semana de trabalho de uma forma tão estruturada. Recebi instruções sobre como apresentar a fatura e o processo administrativo de verificação do cartão de ponto e de o ter carimbado pelo gestor. Tudo foi escrito num pedaço de papel para não esquecer os passos e estar preparado para o novo trabalho.

Também me disseram a data de início e que tinha de estar no Departamento no segundo andar no gabinete do gerente ao meio-dia da data marcada. Cheguei cedo e depois de alguns erros em encontrar o caminho em torno de um edifício de quatro andares, largo e com várias entradas para os andares, estava à porta do escritório certo. Quando o gerente chegou, me fez sentar e começou a dar-me muitas informações sobre a organização em rede e como tal muito adaptável às diferentes fases da pandemia.

Os principais nós da rede organizacional que gere a epidemia são a vigilância, as investigações epidemiológicas, o centro de chamadas, áreas específicas de intervenção/vigilância, tais como escolas, instalações (CRA, etc.), e regressos do estrangeiro. As inter-relações entre estes vários nós permitem governar: a) o processo de identificação (diagnóstico) de casos positivos, b) a ativação do processo de tomada a cargo, c) a certificação do resultado. A verificação dos casos que entraram em contacto com o caso positivo e a implementação da intervenção relevante são também supervisionados.

Disseram-me repetidamente que era um trabalho com poucas certezas, havia sempre mudanças e a necessidade de fazer mudanças era constante.

Na primeira reunião, em vez de me sentir reconfortado, as minhas dúvidas sobre a minha escolha aumentaram. O confronto com uma atividade tão distante do que costumava fazer, sentindo-me inadequado no domínio da terminologia utilizada e tendo de me familiarizar com os procedimentos em vigor para não cometer erros no estabelecimento dos termos de isolamento, na prescrição do esfregaço molecular no momento certo e assim por diante, levou-me a sentir como um "novato" que necessita da ajuda de outros.

Assim, as últimas palavras do gerente, para não me preocupar, porque só "fazendo" é que eu aprenderia, despertou-me das minhas dúvidas de fundamento e encorajou-me a continuar.

A apresentação de outros colegas, em particular alguns dos referentes dos nós organizacionais que enumerou, deu-me alívio e ao mesmo tempo induziu o medo. Estava à procura de uma estratégia de entrada na qual mesmo uma ligação ténue entre a situação atual de trabalhar como 'novato' e a zona de conforto da qual me tinha separado da minha reforma pudesse recordar o facto de que nos conhecíamos através de atividades anteriores partilhadas ou através do conhecimento de pessoas em comum.

Depois fui levado para a sala onde faria o meu trabalho. Isto é no primeiro andar, e ainda se podem ver os usos que antecedem à COVID-19, uma vez que esta parte do edifício albergava as salas de formação do departamento. Um destes foi agora dedicado aos inquéritos epidemiológicos e ao SMI (Sistema Regional de Vigilância das Doenças Infecciosas). A sala estava iluminada e cheia de gente pois todas as estações à volta de uma única 'mesa' estavam ocupadas: 8 lugares.



O coordenador de atividades sentou-me no que costumava ser a estação dos palestrantes quando aquela era usada como sala de formação. De fato, de um ponto de vista da distribuição das posições, fiquei "atrás", quase como que para sublinhar o meu estatuto de novata e, portanto, como alguém que tinha de ter tempo para se familiarizar com o ambiente e as atividades a realizar. Também reparei mais tarde que aquele tendia a ser o lugar "do último a chegar".

O coordenador, um jovem especialista em higiene, moveu-se com grande desenvoltura e ficou claro que todos os presentes o consideravam como o ponto de referência, mesmo que não tivesse um papel orgânico na organização da empresa. Foi-lhe dado o lugar da 'mesa do chefe' com dois monitores e a possibilidade de ser um contacto imediato para cada necessidade dos presentes. Na recepção, foi-me dado apenas um breve esboço do que seria o meu trabalho e foram-me dadas várias folhas de papel para ler.

Por exemplo, a definição de 'contacto próximo', instruções para alunos e professores após um caso positivo na secção/sala de aula da escola, o manual rápido do SAI, instruções para a duração e fim do isolamento e quarentena.

Foi-me pedido que estivesse disponível para o fim de semana, escolhendo o sábado ou o domingo para ajudar a cobrir os turnos nos feriados públicos. Da posição em que me encontrava, tinha uma boa visão do que se passava na sala, por isso comecei a observar e a tomar notas. Estavam a decorrer duas atividades: uma era dedicada à introdução de dados sobre casos positivos para COVID-19 do banco de dados local denominado SAI²⁶ no banco de dados regional SMI²⁷; a segunda dizia respeito a investigações epidemiológicas, confiadas aos peritos presentes que tinham adquirido esta especialização na matéria.

²⁶ SAI é um software criado em março de 2020 pelo Departamento de Saúde Pública da AUSL Modena para a gestão da vigilância ativa e investigações epidemiológicas durante a pandemia da SRA-Cov-2.

²⁷ SMI: Vigilância de Doenças Infecciosas. O fluxo de informação das notificações de doenças infecciosas está definido no Decreto Ministerial de 15 de dezembro de 1990, que prevê a obrigação dos médicos de notificar todos os casos de doenças difusas perigosas para a saúde pública às unidades sanitárias locais, as quais, por sua vez, são obrigadas a comunicar as informações recebidas dos médicos ao Ministério da Saúde.

As pessoas presentes eram principalmente jovens graduados em medicina que, enquanto aguardavam as datas de inscrição e o consequente teste de admissão às especialidades, tinham escolhido como atividade temporária o compromisso de trabalhar na Unidade Local de Saúde de Modena. A atmosfera da sala foi abafada com um som de fundo dado pelas vozes dos jovens colegas que interagem com as pessoas contactadas por telefone para as verificações dos contatos, pouco a pouco foram surgindo fragmentos de narrativa que lhe permitiram adivinhar as respostas e vislumbres das vidas das pessoas entrevistadas, isto estimulou uma grande curiosidade sobre este novo mundo que se estava a abrir.

A sala tem vista para um trecho de corredor que se alarga para formar uma espécie de hall de entrada para a sala onde eu estava hospedado e para os dois corredores que conduzem aos vários escritórios e outros pontos de ligação com os andares superiores. Neste átrio, equipado com um balcão de madeira como local de uma antiga recepção, pode-se encostar e desfrutar de bebidas e petiscos utilizando as máquinas dispensadoras. É o clássico espaço de 'fuga' que se transforma num 'espaço social'²⁸ e ganha vida quando as pessoas se reúnem para uma breve pausa. Se as portas da 'sala de investigação' não estiverem fechadas, os que se encontram na sala de rastreio de contatos podem seguir o entrelaçamento das várias conversas dos seus colegas que passam por lá, e é inevitável que também ouçam o que se diz 'lá fora'. Como sempre, este espaço informal ganha vida ao recontar o jantar da noite anterior e depois discutir o caso positivo que acaba de ser detectado e que apresenta problemas ou fixar uma data para um possível encontro. Este intercâmbio informal pode também acelerar a resolução de vários problemas.

Foi aqui, num dos meus primeiros dias de trabalho, que conheci alguém com quem tinha partilhado projetos de trabalho na minha vida profissional anterior. O prazer de a conhecer e de poder ser reconhecida: "O que fazes aqui, Augusta?" de certa forma aliviou-me do fardo de sentir no início da minha carreira, quase como se o primeiro dia não contasse para nada. Mas é precisamente nestes momentos que nos damos conta de que temos de fazer uma escolha, até onde queremos ir no novo caminho, o que só podemos fazer se desistirmos do que éramos antes.

Assim foi. Os meus novos colegas eram o meu novo contexto, tinha de me conformar com eles e tinha começado com eles. Assim, a promessa de voltar a encontrar-se para o café não se concretizou: nem eu a procurei nem ela.

Aproveitando as pausas, houve as primeiras trocas de conhecimento mútuo com colegas, memorizando nomes, quem é, de onde vem, os seus planos futuros. A partilha da refeição teve geralmente lugar numa área adjacente ao edifício chamada "le Piscine". Na realidade, trata-se de mobiliário urbano composto por passarelas entre os

²⁸ Distinção elaborada por E.T. Hall no famoso volume "A dimensão escondida" (1968).

diferentes edifícios embelezadas com caminhos onde a água deve fluir e depois fluir para uma piscina. À volta dessa piscina as pessoas sentam-se para comer juntas e brincam sobre o facto de a pequena água estagnada não ser particularmente agradável e a esperança de chuva.

Finalmente, passados alguns dias, também eu tinha um lugar à volta da mesa. No início, rodei nos lugares vazios, depois instalei-me num lugar onde podia estar ao lado de um colega que fazia o mesmo trabalho que eu e que tinha uma grande experiência. Ela tornou-se minha tutora e eu comecei a ganhar confiança e a não me sentir demasiado envergonhada para pedir conselhos ou verificações.

A minha função era transferir informações do fluxo local denominado SAI para o fluxo regional SMI.

1.2. Do SAI para o SMI: pôr dois fluxos de informação em diálogo

Começa com o chamado fichário, uma coleção de folhas de papel A4 com uma lista de casos Covid-positivos, cada folha mostrando 50 nomes. O gestor do processo costuma trazer as folhas impressas com a lista de casos positivos registados na véspera para a sala de manhã por volta das 8.30 da manhã. Quando comecei, o número diário era de cerca de 300 casos.

Os colegas ainda se lembram do início da pandemia em março de 2020, quando não havia suporte informático e tudo era registado em folhas de papel. Com o SAI é possível garantir uma gestão dos casos que são interceptados pelo sistema e inserir progressivamente toda a informação sobre o percurso da pessoa. Portanto, com a lista de casos covid positivos registados nos fichários e SAI começamos por cada nome para verificar o que está contido e depois transferimo-lo para o fluxo regional SMI.

Na realização desta ação há muitos aspectos a ter em consideração porque já nos fichários é comunicado se se trata de um caso "estreito" ou não, se é hospitalizado, a data de nascimento, o código fiscal. Este conjunto de informações permite por um lado verificar sempre que o nome que aparece no SAI corresponde efetivamente à pessoa da lista do "fichários" e por outro lado já orienta a compilação do SMI. Nos primeiros dias, consegui fazer um máximo de 15 transferências de 50 nomes na impressão. O meu tutor poderia até fazer duas listas num só dia útil.

A primeira coisa a fazer era abrir o SAI e procurar o nome, depois abrir o SMI e começar a folhear o separador correspondente para compilação. A quantidade de perguntas que me foram feitas imediatamente não me permitiu proceder rapidamente.

Não percebi por que é que no SAI havia uma categoria na profissão que incluía "estudante e desempregado", depois foi-se ao SMI e o que era apenas uma categoria no SAI, duplicou: "estudante", "desempregado". Ou no SAI havia a entrada 'pensionista' e no SMI

apenas uma categoria para 'pensionista/invalido' ou mesmo a categoria 'infantil'. É certo que a idade poderia dar-lhe uma indicação de ser uma criança, mas foi esse o caso em todos os casos: 3 meses ou 5 meses podem ser crianças, mas talvez não.

Qual foi a lógica por detrás da identificação destas categorias? Qual foi o resultado desta informação? Que 'realidade' estava a ajudar a construir?

Depois houve todas as incertezas devido à estrutura do SAI que permite sintetizar muitos dados do percurso e, ao mesmo tempo, para aqueles que ainda não dominaram a língua codificada na qual a informação é registada, pode por vezes tornar-se uma barreira difícil de ultrapassar. Por exemplo, no SMI há três perguntas que recordam a sequência dos esfregaços. No início tive de recorrer às minhas notas para ter a certeza de ter respondido corretamente.

Em qualquer caso, a compilação de SMI só era possível se se tornasse hábil em ligar as diferentes informações contidas no SAI, passando de um campo para outro: dados pessoais, itinerário, diário, pedidos e resultados, e-mail.

O trabalho transformou-se por vezes numa investigação de detective, lentamente podia-se imaginar a pessoa, as suas peculiaridades especialmente quando no campo aberto das notas eram relatadas sentenças ditas pelo utilizador ou por um membro da família. Também interessantes foram as soluções adoptadas para evitar a reescrita contínua de informação nas notas, que também poderiam ser utilizadas para a unidade familiar colocada isoladamente. O "cortar e colar" que foi usado e não modificado no texto após a transferência para outro assunto do núcleo, acabou por tornar ainda mais complexo enuclear a informação uma vez que o assunto que relatou foi por exemplo Giovanni, o caso positivo, que também falou do seu filho e ao transferir a mesma mensagem na nota do filho ou da esposa o fio do discurso perdeu-se.

Após 15 dias já consegui fazer o meu trabalho de forma quase independente e rápida.

1.3 O grupo e os outros

Interroguei-me muito sobre como fazer parte do grupo, tendo escolhido fazer parte dele até ao fim. Mencionei a minha participação nas refeições na zona da "piscina", mas depois apercebi-me que não era para mim. Precisava de me concentrar para aprender rapidamente e ser capaz de obter pelo menos todos os nomes numa folha num só dia significava que só fazia pequenos intervalos. Assim, a escolha foi ficar no quarto e participar apenas nas pausas do grupo durante o café. Aqui comecei a fazer perguntas, a descobrir quem eram os meus colegas, que rota tinham tomado antes de lá chegarem. Como acontece frequentemente, faz-se descobertas interessantes e, sobretudo, começa-se a partilhar a rotina diária de trabalho.

O grupo mudou constantemente ao longo do tempo, os "mais velhos" tinham participado na segunda vaga em setembro de 2020 e lembraram-se das muitas horas passadas juntos a introduzir dados no SMI. Desses "anciãos", havia apenas dois em março. Outros tinham aderido mais tarde em janeiro/fevereiro de 2021 e já estavam a considerar partir a fim de se prepararem para os concursos, planeando a sua saída em março ou maio. Cada saída foi e continua a ser uma oportunidade para uma saudação ritual de fazer dessa separação um momento de reconhecimento do outro, do que tinha sido partilhado: "lembram-se de quando...".

Cada um de nós poderia contribuir ou sentir-se autorizado a tornar o trabalho na sala mais agradável e por isso também eu me propus com algumas produções caseiras ou tomadas num bar a caminho do trabalho: de Bolonha a Baggiovara, tal como na segunda-feira de Páscoa.

Neste clima, a sala foi também o ponto obrigatório para outros na rede interna do departamento diretamente envolvidos na gestão da emergência sanitária e presentes no edifício. Sandra, Tommaso, Gianni, etc. costumavam vir tanto para garantir as ligações necessárias para o bom funcionamento do trabalho como para participar no convívio do grupo: "posso ajudar?"

Neste contexto, torna-se fácil tornar explícita a ideia de investigação. Comecei a dizer que durante os dias de trabalho costumava tomar notas sobre o que estava a acontecer, para me fixar em questões de papel que não me eram compreensíveis, compreendi que o que estávamos a fazer estava ligado a outras partes do processo de trabalho que eu não conhecia, mas que eram fundamentais. Foi como construir um quebra-cabeças do qual não tinha o quadro geral e indutivamente com a colocação das várias peças o quadro começou a surgir.

A minha necessidade de o grupo completar o puzzle, e talvez a curiosidade despertada no grupo, tornou-nos possível esculpir cerca de meia hora por semana para nos confrontarmos e partilharmos as nossas reflexões²⁹. Cada um de nós tinha o direito de tomar notas, mesmo que fosse apenas para escrever uma nota, um diálogo, um episódio que merecesse ser partilhado. Eu próprio me tornei um ponto de referência para quem me quisesse contar uma história ou durante um diálogo foi-me oferecida uma nota escrita: 'sabias que...'.

1.4 O trabalho diminui, tempo para migrar

Em maio de 2021, gestores de diferentes unidades abordam-me para me dar algumas comunicações. Levam-me de lado e informam-me que seria útil mudar-me para outra sala onde o correio "Coronavirus" é tratado porque há necessidade de mais pessoal.

²⁹ O início efetivo das reflexões no grupo começou cerca de um mês após a minha entrada, porque foi partilhado com o gestor que participou em algumas reuniões e que, certamente, reconheceu com sua presença a utilidade no que estávamos fazendo.

Senti a sensação de recomeçar, novo ambiente de trabalho, novos colegas e novos ficheiros. Tinha acabado de conseguir terminar os "ficheiros" num tempo aceitável, estava a começar a mover-me com alguma destreza no SAI e, também, fui capaz de realizar as tarefas que estavam fora da rotina. Por exemplo, quando o ficheiro SMI teve de ser transferido para outra empresa porque o utilizador não era um residente da empresa Modena. Esta é uma operação importante porque não só os sistemas informáticos lhe permitem encerrar processos dentro da sua rede de empresas, mas também com outras empresas. No caso de pacientes covid-positivos é essencial não os perder de vista.

Contudo, voltei a envolver-me e aceitei esta proposta, convencido de que o conhecimento do que estava a acontecer na sala "Pegaso" (outra sala de formação e quase uma biblioteca) também poderia ser útil para a compreensão. De facto, a gestão dos e-mails do Coronavírus permite-lhe dominar o sistema SAI, pois é em grande parte nesta fase do processo de trabalho que introduz os dados que são depois utilizados por aqueles que os transferem para o SMI.

A sala onde fui acomodada tinha estações de trabalho individuais com divisórias transparentes e permitia um máximo de 4 pessoas. Cheguei para substituir um jovem médico que estava de partida. O meu novo tutor estava sentado ao meu lado e isto deu-me muita paz de espírito ao enfrentar a nova tarefa.

Como de costume, parei para olhar à volta do novo local de trabalho, descobrindo gradualmente presenças que se referiam ao uso anterior da sala, como por exemplo, num canto semiobstruído por um *flipchart* havia um cartaz utilizado para atividades de educação alimentar nas escolas. Como nos filmes de ficção científica, ver Planeta dos Macacos onde o herói Charlton Heston consegue escapar e se encontra numa praia onde emerge a Estátua da Liberdade.

Há séculos atrás, a educação nutricional era feita nas escolas e essas imagens, conceitos curtos mostrados no cartaz, não só pertenciam a uma era passada como suscitaram várias questões sobre o significado dessas atividades à luz do que aconteceu.

Os postos de trabalho são delimitados do resto da sala por armários metálicos contendo livros e revistas, tornando possível recriar outra "sala" na sala, reservada aos congeladores para os veterinários, contendo partes anatómicas e as unidades de controlo para o funcionamento do sistema de rede informática.

A nova sala de trabalho é mais isolada do que a sala anterior, o ruído constante das máquinas contribui para criar uma atmosfera rarefeita entre nós 'humanos' nas nossas estações de trabalho, os nossos PCs, o telefone, e os 'outros' que estavam a tomar forma através da pasta SAI, a voz no telefone, o e-mail que eles lhe enviam, etc.

A regra estabelecida é que cada um de nós gere um dia completo, ou seja, todos os e-mails que chegaram numa determinada data. Esta divisão de tarefas é importante para acompanhar os pedidos e para dar uma resposta a cada um deles. Neste momento, o grau de

produção já não está na unidade de medida do "fólio", mas no número de e-mails diários.

O relato dos "anciãos" relatou que nos tempos de crescente positividade ao Covid, eles responderiam com um atraso de 4-5 dias porque cerca de 100 e-mails chegavam diariamente. Quando terminei o meu trabalho, em junho de 2021, não só tinham conseguido apanhar as respostas, como tinham terminado em meio dia de trabalho.

1.5 e-mails "Coronavírus"

É um lugar virtual com muitas entradas e saídas, uma rede dentro de uma rede.

É um centro, sendo acedido diretamente por utilizadores ou cidadãos que querem informação, por empresas, escolas, laboratórios de análise, pelas diferentes estruturas da Empresa, por médicos de clínica geral e outras unidades do Departamento de Saúde Pública e por outras empresas de saúde regionais e extrarregionais. E mais.

Tendo estabelecido o dia a ser atendido, começámos com o primeiro e-mail e percebemos que o tipo de pedido é muito variado e para cada um deles é necessário começar a equipar-nos com esquemas para estabelecer no papel os caminhos, os procedimentos a ativar e as respostas a formular.

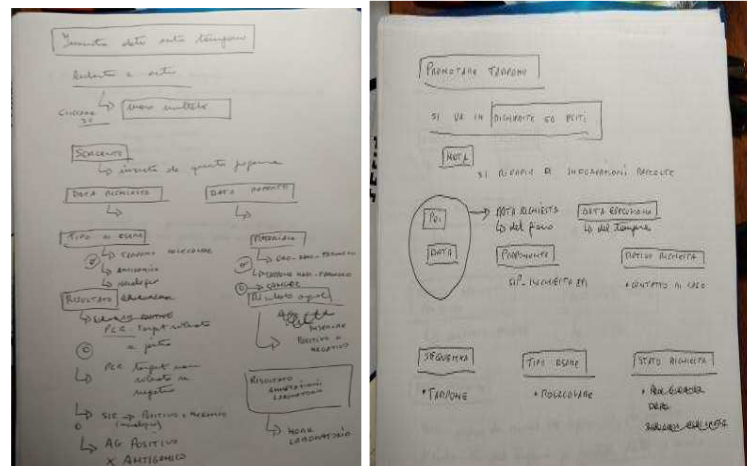
Também aqui me foram fornecidas folhas de papel para ler, a fim de ter pontos de referência para seguir os procedimentos no caso de termos de enviar um utilizador para um esfregaço ou realizar um inquérito epidemiológico para completar os dados em falta sobre ISC ou o que quer que seja.

Assim, para além da pasta vermelha onde tinha guardado as folhas anteriores na sala de investigação epidemiológica, tinha agora uma pasta azul com outras folhas referentes aos casos/e-mails a serem geridos.

A fim de não correr o risco de erros, desenhei fluxogramas que esquematizavam o caminho a seguir de forma detalhada (por exemplo, para introduzir o resultado do esfregaço no SAI, reservar o esfregaço como mostra a figura seguinte).

Aqui estão alguns exemplos³⁰:

³⁰ Mais tarde, durante as reuniões com o grupo de trabalho, tornou-se claro que os outros também utilizaram as suas próprias soluções para esquematizar e ter em mãos um esboço de como proceder com as diferentes tarefas.



Os tipos de e-mails podem ser categorizados sob os seguintes títulos:

- Atividades administrativas: solicitar um certificado de recuperação, enviar um certificado de alta hospitalar, solicitar a inserção de dados no ficheiro electrónico de saúde;
- Transmissão de resultados de laboratórios privados: listas de nomes de residentes da empresa USL de Modena (por vezes de empresas vizinhas) e resultados relativos (esfregaços moleculares e testes serológicos);
- Relatórios de casos positivos ou contatos estreitos de outras autoridades de saúde regionais e relacionados com o ambiente escolar, ambiente de trabalho;
- - Regresso do estrangeiro;
- - Pedidos de esclarecimento de cidadãos individuais, clínicos gerais.

Por último, ser capaz de compreender o que está por detrás da terminologia utilizada no SAI foi de grande interesse, o efeito prático da distinção entre ser e não ser um "caso próximo" foi revelado, o local de isolamento foi verificado e alterado na "janela" apropriada se esta fosse diferente de casa.

Em suma, poder-se-ia descobrir as interconexões internas dentro do programa SAI e ao mesmo tempo imaginar a direção da informação para os 'quartos' certos. A sala de vigilância, a sala de programação do esfregaço, a casa do utilizador ou o consultório do médico.

Também tornou mais interessante o campo aberto das notas, onde o curso do utilizador é geralmente relatado, anotando a informação que ilumina se é um caso positivo Covid ou um caso de contacto próximo ou sem contacto, a ligação com a sua unidade familiar ou com colegas de trabalho ou de escola, se faz parte de um surto grande e complexo.

As investigações epidemiológicas, como dissemos, eram da responsabilidade da outra sala, mas aqui no Coronavírus os casos individuais para um tratamento inicial poderiam levar a fazer alguns telefonemas para uma investigação e verificação mais profundas. A primeira chamada telefónica não é esquecida.

Na sequência da famosa lista recebida do laboratório privado relatando a positividade de uma pessoa que ainda não tinha sido levada sob custódia no SAI, foi feita uma chamada telefónica para subsequentemente ativar a vigilância. A folha com o esboço das perguntas e um folheto para tomar notas estava sempre pronta.

Como contextualizar a sequência de perguntas na experiência do interlocutor e diluir o tom de 'controlo' que poderiam evocar na pessoa que responde às perguntas: "Quantas casas de banho tem? tem um quarto para si?"

Era crucial não esquecer a questão central, no caso de uma pessoa covarde-positiva: quem tinham encontrado nas 48 horas anteriores à confirmação e/ou início dos sintomas. A partir desta lista, foi feita uma nova verificação e relatório no SAI.

Normalmente tudo corria bem ou quase bem, mas tornou-se difícil quando se encontravam pessoas que não tinham um determinado domicílio porque estavam de passagem ou havia barreiras linguísticas que não facilitavam a comunicação. Nestes casos, foi necessário preparar-se para encontrar soluções ad hoc.

Tantas histórias de colegas "idosos", tanta experiência e adaptabilidade que por vezes levaram a verdadeiras investigações nas quais foi necessário reunir pistas para resolver problemas. Nestes casos, foi ativada uma rede de colaboração entre as 'salas', uma análise dos diferentes sistemas e fluxos de informação. A satisfação de alcançar o objetivo era palpável para o grupo que trabalhou no mesmo.

2. O “*contact tracing*” como prática situada e a lógica de ação

2.1 Modalidades e cronogramas

As observações de campo foram realizadas de 23 de março a 23 de junho de 2021, num total de cerca de 300 horas e três meses. A atividade realizada foi a prevista pelo contrato, pelo que as observações foram o resultado de reflexões que surgiram a partir dos estímulos do contexto de trabalho.

Durante todo o período, notas de observação ou pequenos diálogos ou perguntas foram escritas num caderno para serem utilizadas como material de análise. A natureza sistemática das notas tornou possível ter um diário no final no qual se pode apreciar a evolução das hipóteses de análise e consequentemente o refinamento das trajetórias de investigação.

As reuniões periódicas com o grupo de trabalho permitiram enriquecer as notas, aprofundar os elementos que surgiram e começar a ter uma maior consciência do que estava a ser construído e do significado que as ações assumiram.

A possibilidade de realizar observações no terreno durante um período limitado e de as partilhar no grupo durante cerca de 30 minutos por semana, permitiu identificar um tempo dedicado à comparação e à visibilidade das práticas de trabalho que parecem marginais, mas que na realidade constituem a base do processo de trabalho "vivo" em rede. (Merhy,1997; Merhy et al. 2014)

2.2 Trajetórias de análise

Apresentam-se a seguir as principais trajetórias de análise identificadas a partir do trabalho realizado.

A primeira trajetória diz respeito à lógica subjacente à prática do rastreio de contatos. Sabe-se que esta prática é indicada como um instrumento fundamental para combater a propagação do "vírus", mas também está presente que esta prática traça um caminho de diagnóstico, terapia e assistência. Trata-se de combater 'o vírus' e, ao mesmo tempo, é uma doença e está-se a lidar com pessoas doentes. É importante analisar esta ambivalência a fim de compreender melhor o que foi co-construído e se o que foi estruturado vai na direção desejada.

A segunda trajetória diz respeito às práticas situadas de rastreio de contatos que permitem prever a evolução dos cuidados territoriais já hoje em dia, redefinindo certas premissas que podem dificultar a transição para a centralidade dos cuidados primários de saúde. Nesta perspectiva, é possível vislumbrar o papel desempenhado pela tecnologia, tal como a adotada para a localização de contatos (SAI, telefone, troca de documentos intangíveis, etc.), no apoio aos processos de cuidados e tratamento, e decidir se os utiliza para a *resolução* de problemas e garantia de proximidade, de acordo com uma abordagem de territorialização.

A terceira trajetória diz respeito à dinâmica organizacional inerente à gestão "tecno-humana" do rastreio de contatos e à capacidade de permanecer dentro da complexidade, e como se consegue melhorar a aprendizagem no terreno e o conhecimento gerado nas práticas situadas.

Primeira trajetória: desde o campo de batalha uma humanidade que pede para ser vista

Como salientado por Valtorta et al. (em publicação), vale a pena lembrar que durante situações extremas como as pandemias, são gerados fenómenos definidos como desumanização, nos quais a humanidade é tirada aos outros. Uma das formas disto é a biologização, ou seja, quando outros são considerados como vírus, "são vírus", devem ser combatidos, a purificação deve ser efetuada e os contaminados devem ser reconhecidos/isolados em tempo hábil.

Nas práticas diárias observadas encontra-se o processo de desumanização, por exemplo na linguagem utilizada, tal como "o modo sujo, o modo sujo" é referido aos pacientes COVID positivos, na

investigação epidemiológica a procura de contatos "próximos" é fundamental, a martelagem de mesas com o número de pessoas infectadas, no final a pessoa é transformada numa pessoa/vírus.

É compreensível que a relevância deste fenómeno influencie e leve a reforçar a lógica das práticas de controlo à medida que as próprias descrições oficiais se recordam e as escolhas linguísticas e organizacionais se reforçam.

"Rastreio de contatos" refere-se à atividade de procura e gestão dos contatos de um caso confirmado da COVID-19. Esta é uma ação essencial de saúde pública para combater a epidemia em curso" (Salute.gov.it).

Assim, na prática diária, a pontuação do caminho é caracterizada por um léxico eloquente: "isolamento e liberte-o", a assistência é dada por "vigilância" e uma figura chamada vigilante". As chamadas telefónicas com o utente positivo covid terminaram com as palavras: agora receberá um e-mail sobre o início do isolamento e o "guardião" entrará em contacto consigo. Que efeito tem isto sobre o doente que não é reconhecido como tal, mas como sendo " controlado "?

Não faltam testemunhos de utilizadores que descrevem a sua experiência como a de um recluso, de um prisioneiro, ao ponto de se resignarem à impotência. Ou testemunhos em que o utilizador negocia os termos da sua própria "libertação", atrevendo-se mesmo a declarar razões inteiramente pessoais que são consideradas inadmissíveis: "Tenho de ser testemunha num casamento, poderia eu ser libertado na véspera?

Se a prática diária tende para formas de controlo onde a doença está em segundo plano, há também sinais de atenção, e como nos interstícios organizacionais se insere a "voz" dessa singularidade, subjetividade que afirma ser considerada como uma pessoa doente.

A partir de um testemunho (não de Modena, mas eloquente)

Há 17 dias que luto com o Covid-19 e espero estar perto da recuperação. Sei que tocar com as minhas próprias mãos o quão dramática esta doença pode ser, tanto física como psicologicamente, deveria sugerir uma atitude diferente: estou aqui, posso escrever sobre ela, deveria estar contente...

No dia 1 de março tive febre, dores musculares e articulares... Submeti-me a um esfregaço nasal para diagnóstico, o resultado positivo foi óbvio após alguns dias. A partir desse momento fiquei 10 dias entregue a mim próprio, a minha situação piorou, e os meus pedidos ao meu clínico geral para tentar uma terapia que não fosse a indicação genérica de taquipirina [antiinflamatório] foram inúteis. Apenas após algumas tentativas o médico considerou apropriado enviar-me para a unidade especial de continuidade (USCA), que, embora registando uma situação ligeiramente crítica, reiterou que era impossível prescrever qualquer tratamento fora dos limites dos protocolos ministeriais. Pode ir para o hospital e lá receber a terapia apropriada.

Tentei algo mais do que uma espera vigilante, com uma associação. Trabalham em equipa e abrem um diálogo com o paciente e assistem-no com grande cuidado. A sua intervenção baseada em

receitas, chamadas telefônicas, mensagens e monitorização constante, ainda que remotamente, permitiu travar uma situação de agravamento....

Também no formulário SAI, nas cordas que ocupam o campo aberto (ver tabela abaixo em: "Notas de percurso expostas") é possível vislumbrar o estilo da pessoa que preenche a escuta dedicada ao seu interlocutor/interlocutor e a forma como tem estado na relação.

Por parte do entrevistador, detalhes que claramente não são assim para o entrevistador, mas com respeito a um "levantamento limitado" do estado clínico do paciente ou caso estreito, poderiam ser ignorados, tais como o relatório de que uma família isolada não sabe o que fazer com o cão. Plausível perguntar-se quem o leva para fora e para onde se virar? É relatado que um jovem covarde-positivo afirma que não tem dinheiro porque ainda não recebeu o seu salário e não pode providenciar as suas próprias refeições. O que fazer? Ou o entrevistador pergunta sobre a temperatura e a resposta é que: "ele não sabe porque não tem um termómetro". Ou quando se recomenda um isolamento completo ao paciente covarde-positivo no seu próprio quarto, etc. a resposta é: em 90 metros quadrados, como se pode fazer isso com uma grande família?

O operador torna-se o interlocutor direto de uma multidão de vidas às quais é difícil permanecer indiferente.

Prova disso são as observações e comentários sobre a prática das perguntas utilizadas nas entrevistas. Estes são o principal instrumento da atividade e como foi dito: "com entrevistas nunca se sabe onde se vai parar" ou "que bom quando nos dizem que vivem sozinhos". Surge um aspecto bem conhecido e generalizado das profissões sociais e de saúde, nomeadamente a preocupação de ser confrontado com a complexidade. As perguntas levam à reconstrução da vida quotidiana das pessoas, e as narrativas obtidas abrem questões que são difíceis de arquivar.

Por conseguinte, seria apropriado dar àqueles que realizam estas atividades tempo para refletir e não deixar a decisão sobre como interagir ao operador individual. A co-presença na mesma sala pode

facilitar muito, basta sentir-se legitimado para o fazer e reconhecê-lo como uma estratégia de auto-reflexão para elaborar coletivamente o significado das lógicas de ação subjacentes e orientá-las para o acolhimento em vez de apenas para o controlo.

Encontrar o equilíbrio certo é uma necessidade e não vale a pena seguir os atalhos de evitar (cingir-se a questões protocolares, etc.) que correm o risco de amplificar uma dança perversa de polarização.

De facto, como um controlo leva às seguintes reações dos utilizadores: "você fecham famílias", "mas basta com estes tampões inúteis, você gastam o meu dinheiro...", "você invadem a minha liberdade, sou obrigado a ir e a fazer o tampão?".

Não é fácil resistir a estes ataques. Deixados sozinhos no espaço comum de rastreio de contactos, não é raro serem desabafados, por serem tratados "injustamente", pois como operadores tentamos estar atentos ao interlocutor e úteis para o bom resultado do processo.

A reação então é recorrer ao distanciamento, despojando o outro de traços "humanos", através de rituais de grupo, julgamentos avaliativos, a afirmação de ter de respeitar as regras e finalmente: "se não seguir as instruções, enviarei a polícia (funciona sempre)".

A partir de uma nota de campo:

"Gostaria apenas de acrescentar uma observação que me veio à mente em relação à primeira trajetória. De facto, por vezes, no momento do contacto telefónico, especialmente quando o outro extremo do telefone encontra uma atitude de desconfiança, existe o risco de passar o isolamento apenas como uma "ordem imposta" sem motivar adequadamente a importância do isolamento domiciliário, sem explicar que o isolamento tem uma certa duração em relação ao período de incubação do vírus, sem se debruçar sobre os riscos (não legais, mas de saúde) associados ao desrespeito do tempo de isolamento adequado, etc. Talvez ajudasse por vezes a estimular o sentido do dever cívico e da responsabilidade individual e coletiva das pessoas, ainda mais se durante o contacto telefónico a atitude de desconfiança for expressa sob a forma de dúvidas e perplexidade. Muitas vezes houve casos de pessoas que retificaram um tipo de contacto ou a data do último contacto, face ao medo do isolamento, face a esta ordem. Talvez estimular o sentido de responsabilidade do indivíduo durante o contacto telefónico em certos casos possa ser útil tanto para o cidadão privado, a fim de aceitar o isolamento com uma consciência diferente, como para o próprio Departamento de Saúde Pública, a fim de evitar ter de contar com pedidos para acabar prematuramente com o isolamento, retificações de comunicações feitas anteriormente ou descrições de comportamentos pouco credíveis (lembro-me, por exemplo, dos pedidos de uma mãe para "libertar a família", relatando que tinha isolado a criança 3 dias antes de os sintomas começarem a aparecer "só por precaução")".

Segunda trajetória: Redes e territorialidade

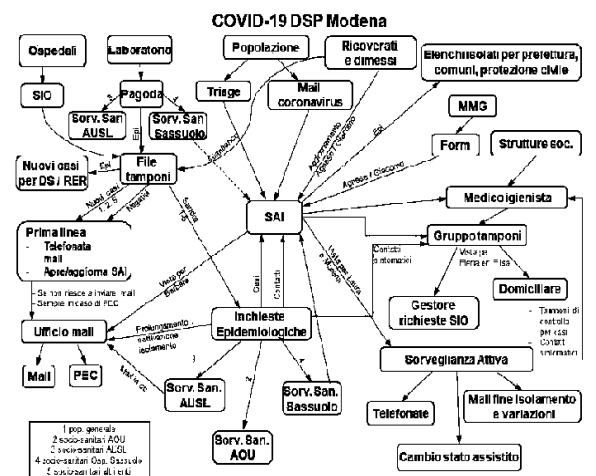
As estruturas tecno-humanas criadas para a gestão do Covid-19 podem ser vistas como soluções para a melhoria dos cuidados territoriais.

Como já foi mencionado, no início da pandemia em 2020, foi utilizado um sistema baseado em papel (cartões) para a gestão positiva de casos, monitorização e seguimento, e arquivo em bloco, a fim de ter uma classificação rudimentar e poder acompanhar os pacientes. A figura abaixo dá uma ideia do que significa a acumulação de cartas e a dificuldade de as gerir.



O grande número de casos e a impossibilidade de confiar em formulários em papel aceleraram as soluções informáticas. As agências regionais de saúde criaram os seus próprios sistemas operacionais com os seus próprios nomes: por exemplo o Sr. Covid na Agência de Saúde de Bolonha, o IGEA na Agência de Saúde de Piacenza e o SAI na Agência de Saúde de Modena.

O quadro abaixo mostra o sistema SAI com os nós da rede que é capaz de interligar.



O SAI representa a materialização do sistema de gestão organizacional dos processos de trabalho relativos aos pacientes covidos positivos e tudo o que lhes está ligado.

O SAI torna-se visível quando o utilizador começa a transitar como um traçador dos caminhos, o SAI é o padrão que liga. Para cada utilizador apenas são activados os caminhos que são necessários para a pessoa individual nesse momento. A ligação entre nós de rede e entre redes é feita a partir de casos concretos. Um nó da rede é o ponto de activação, mas o paciente é seguido, ao longo do seu itinerário, nos outros nós que serão activados de acordo com as características do seu problema. Neste sentido, o SAI é a representação estática/potencial tal como aparece na figura, mas de facto no trabalho diário torna-se um processo vivo, transforma-se numa "rede viva" capaz de estabelecer ligações produtivas em qualquer direcção.

Existem muitas portas de entrada e saída, a rede é composta por muitos actores organizacionais que seguem os rastros do utilizador e trazem a informação adquirida de volta para a SAI/rede. Existe um scanning em fases: avaliação, diagnóstico, assistência/terapia, prognóstico e descarga/cura que delinea uma capacidade de resposta articulada centrada no território.

Como já foi dito, a pandemia funcionou como um acelerador na prática dos cuidados territoriais ao máximo. Se isto foi inicialmente forçado pelos recursos limitados da disponibilidade de camas, verificou-se então que o reforço da capacidade de resolver problemas no território trouxe maiores benefícios em termos do curso clínico e foi possível se o sistema como um todo contribuiu realmente para o objectivo: tornar o território capaz de resolver problemas.

As acelerações que foram identificadas e que merecem ser capitalizadas são resumidas a seguir.

- A experiência vivida directamente pelos operadores que participaram no rastreio de contactos (médicos da empresa usl de Modena provenientes dos diferentes departamentos e serviços fechados devido à pandemia) permitiu partilhar a queda das fronteiras disciplinares e enriquecer o contacto com o utilizador porque cada um deles, de acordo com a sua especialidade, podia acrescentar outras questões e conselhos para além dos estritamente previstos pelo protocolo. Assim, o oftalmologista certificou-se de que não existiam problemas de visão, o dermatologista estava interessado no estado geral da pele, e assim por diante. Esta experiência fora das alas fez com que todos se sentissem mais envolvidos e disponíveis uns para os outros. Acima de tudo, porém, destaca uma prática na qual, num certo sentido, grupos de especialistas, ligados em rede de forma variada, podem actuar como um apoio à situação concreta que se desenvolve no território, permitindo respostas locais³¹.

³¹ Na produção bibliográfica brasileira, esta modalidade de organização é descrita como uma solução de sistema, "matriciamento". É constituída por uma equipe

- A utilização de unidades especiais de continuidade de cuidados (USCA) é outra forma de tornar os cuidados e a monitorização "móveis no território". Equipas domiciliárias para doentes positivos e sintomáticos com famílias isoladas tornaram o sistema flexível e adaptável a diferentes circunstâncias, garantindo uma presença domiciliária qualificada incorporada na rede de serviços territoriais.
- A presença de instalações de residência temporária tem sido útil para articular e melhorar a resposta territorial, por exemplo: a) hotéis Covid, instalações de recepção que têm permitido manter sob controlo pessoas positivas com sintomas ligeiros a fim de poderem intervir prontamente se o seu estado clínico piorasse; b) unidades Covid: hospitais comunitários para a recepção de pacientes que não podem ser geridos em casa. Estas estruturas tornaram possível monitorizar e estabilizar as condições clínicas dos pacientes, garantindo uma resposta local.

Estas práticas podem ser consideradas testes gerais para o tão esperado ponto de viragem, o que indica mais precisamente as escolhas operacionais-manageriais que permitirão melhorar os cuidados territoriais.

Terceira trajectória: Conhecimento situado e potenciais

Na literatura chamam-se "histórias de guerra" aludindo a essa série de interacções locais que têm lugar entre colegas e que são uma das principais fontes de aprendizagem do conhecimento situado, inestimável para resolver problemas e manter o sistema flexível.

Dissemos que estamos a lidar com estruturas tecno-humanas e por isso os níveis de aprendizagem incluem sempre indicações úteis para gerir a mistura da qual a actividade é composta.

Por exemplo: *"se não quiser correr o risco de se encontrar sem as informações necessárias para completar os campos no SAI, comece com as perguntas de verificação no endereço de casa, endereço de correio electrónico, etc., de modo a que se a chamada for interrompida já tenha adquirido elementos essenciais"*.

Assim, quando qualquer actualização regulamentar não é acessível a todos ou não é possível segui-la em tempo real, há uma pessoa no grupo que conseguiu lê-la e transmitir-lhe as últimas informações úteis, por exemplo, sobre a regulamentação que acaba de sair modificando a gestão dos retornos do estrangeiro.

Outro caso é simplesmente que as indicações de onde realizar os esfregaços nos vários distritos da empresa estão escritas numa folha

multiprofissional de apoio com composição variável (em relação às necessidades do território) e dois ou três facilitadores de aprendizagem ao longo da vida que ajudam os profissionais das equipas de cuidados, por exemplo, territoriais a resolver casos complexos, a implementar projetos de cuidados/terapêuticos partilhados, dentro da lógica de "fazer em conjunto" e não de "fazer para" as equipas. (Bertussi, Gialdi, 2016).

e não coincidem com as que são relatadas no SAI. Por exemplo, a folha indica Fiorano como o ponto de recolha do esfregaço e o que aparece no SAI é Pavullo. Esta não coincidência, que deve ser considerada cuidadosamente a fim de fazer o pedido correcto, é assinalada verbalmente ao "novato" pelo seu colega e fará o mesmo com o recém-chegado.

Este exemplo abre uma reflexão sobre a questão dos conhecimentos adquiridos verbalmente que, como no caso mencionado, diz respeito a componentes "simples" e de baixo impacto do processo de trabalho, mas outros que possam ter uma repercussão mais significativa devem ser considerados sistematicamente.

A questão que se coloca é: porque é que as inconsistências não são relatadas e abordadas? Ou como se poderia agir para manter o feedback de modo a não perder informações importantes para o funcionamento de todo o sistema, fazendo uso do conhecimento situado daqueles que utilizam o sistema diariamente e ver as inconsistências? Estes são os clássicos obstáculos que produzem laços organizacionais difíceis de resolver quando se tornam crónicos. A clássica questão situada que se coloca é quem faz o primeiro movimento?

Outro exemplo é o encerramento de um drive-in (ponto de execução de esfregaço) para a parte local. As marcações de swab molecular feitas para esse dia, que não tinham sido marcadas para encerramento, foram todas reagendadas através de notificação aos utilizadores. A questão que se levantou, para além do tempo necessário para remarcar as consultas, foi explicar aos utilizadores que o adiamento do esfregaço resultaria num atraso 'na libertação', uma vez que o feriado do Dia do Patrono não permitia horários 'regulares'.

Fundamentais são as indicações sobre como abordar as listas de resultados de testes serológicos provenientes dos laboratórios locais. Entretanto, o colega idoso transmitiu a informação de que o laboratório não notifica os utilizadores que serão então contactados pelo serviço de saúde pública, pelo que se deve estar preparado para possíveis objecções antes de telefonar. Mas a questão é quando telefonar ao utilizador. Aprende-se as regras básicas para se mover facilmente na lista que ultimamente tem sido cada vez mais alargada à medida que é utilizada para verificar o nível de anticorpos em antecipação à vacinação ou depois de já se ter feito a primeira dose de vacina.

Entre as regras a seguir, é necessário verificar no SAI se já houve uma vacinação, se teve covardia e quando recuperou, etc. Nesta altura tem uma lista hipotética de suspeitos que devem ser chamados e aqui começa a negociação com o utilizador que será orientado a tomar um esfregaço molecular no dia seguinte à chamada.

Algumas pessoas respondem educadamente mas avisam que estão de férias durante uma semana, por isso serão esfregadas quando regressarem. Mas o esfregaço é para descobrir se existe uma

positividade para COVID-19, uma vez que não existem provas de anticorpos para além da suspeita de doença.

Há quem responda que não é "nosso negócio", "um é livre de decidir fazer um teste serológico e se houver anticorpos é melhor", mesmo que não haja qualquer positividade covida anterior e ainda não se tenha sido vacinado.

Para aqueles que são resistentes, a indicação é para reportar tudo ao SAI e enviar o e-mail de convocação de qualquer maneira, anotando o nome para verificar mais tarde se foram fazer o esfregaço apesar das declarações de hostilidade.

Neste espaço de intercâmbio informal dentro do grupo de trabalho, as narrativas também são construídas para dar sentido ao que está a acontecer e não há como fugir às considerações ou avaliações. Os discursos que são iniciados têm a sua própria relevância, pois realçam as diferentes almas face às respostas recebidas. Estamos convencidos de que estamos a agir para o bem público e, em vez disso, obtemos respostas arrogantes e ofensivas que não nos predispõem a ponderar e a manter um elevado nível de negociação.

Finalmente, é feita uma reflexão sobre algumas situações relativas ao género. Isto é para chamar a atenção para outro aspecto das práticas quotidianas que não estão isentos de transmitir valores e culturas que pouco têm a ver com aspectos processuais mas que, de facto, os tornam poderosos veículos para reiterar posições culturais, expressões de uma cultura machista que ainda persiste nas organizações.

O contexto dos dois exemplos refere-se aos centros de vacinação. No primeiro caso, há dois médicos (homem e mulher). O médico pergunta sistematicamente ao utilizador: "prefere ser vacinado pelo médico "bonito" ou "sábio"? Com o primeiro adjetivo, refere-se ao jovem médico e com o segundo refere-se a si próprio. Numa outra ocasião, o médico idoso presente pergunta em voz alta: "quem é Giovanna Serra?". Ele responde timidamente: "sou eu". O médico: "mas quero dizer uma rapariga", aludindo ao facto de Giovanna não se parecer com uma mulher mas sim com um homem por causa da forma como estava vestida.

A questão que nos colocamos quando confrontados com estas situações é como reagir, como nos equipar para não sermos sobrecarregados e viver em constante "constrangimento".

Estes episódios recordam-nos um aspecto ligado ao tema do conhecimento situado, que não se refere necessariamente ao ambiente de trabalho em que se está empregado, mas ao facto de que esse ambiente de trabalho é também o cenário social em que valores, culturas, conhecimentos e afectos se misturam, modulando comportamentos organizacionais e deixando impressões profundas nas pessoas. Então, se pensamos que a maior parte do pessoal empregado são jovens médicos, que direcção lhes está a tomar a experiência? Que vestígios está a deixar?

Retomando algumas das observações feitas por estes jovens médicos durante as fases mais duras da pandemia que lemos:

"Chegamos ao Serviço de Higiene Pública no início da emergência; os casos aumentaram rapidamente e encontrámo-nos num turbilhão vertiginoso e premente de necessidades convincentes e mudanças diárias.

Foi até agradável poder aprender no terreno, sentir-se útil, juntar-se, partilhar um propósito comum, montar a onda. No início parecia normal permanecer no trabalho todo o dia, todos os dias, para tentar conter o vírus. Mas entretanto, o medo, o cansaço, a tristeza, uma sensação de impotência perante algo tão grande, ganhavam terreno..."

Depois, nas horas de ponta, a morte e a doença tornam-se uma ocorrência diária, pelo que os 'jovens médicos' relatam que eles chamar às casas de pessoas que já tinham morrido para as avisar da positividade, tendo depois de realizar investigações com familiares que tinham acabado de perder um ente querido; comunicar a positividade a pessoas assustadas, desesperadas e desconcertadas; falar com pessoas gravemente doentes e hospitalizadas, que tentaram dar-nos respostas entre um suspiro e um suspiro; falar com pessoas idosas, por vezes com demência, que tinham dificuldade em reconstruir os seus movimentos ou em obter o número de telefone de um familiar que nos pudesse ajudar; ligar para estrangeiros, que tinham enormes dificuldades de comunicação; fazer perguntas sobre aspectos íntimos das suas vidas privadas que precisavam de tacto e atenção.

No tempo que passa, os trabalhadores do SAI notam sinais de aviso como fadiga, tensão, ansiedade, insónia, depressão, ressentimento, impotência, culpa perante a morte, medo de ser infectado, excitação excessiva e recusa de descanso razoável.

É neste ponto que amadureceram como um grupo para procurar algumas estratégias para lidar com o que estavam a experimentar e também conseguiram comunicar isto aos responsáveis³².

Reflexões finais

Certamente não são acrescentados novos elementos ao que já é conhecido sobre o funcionamento das organizações, mas o facto de termos considerado a literatura de referência para analisar uma prática em curso, ou melhor, como nos lembra Stewart (2017), com

³² Entre as indicações que são dadas: reconhecer-se e reconhecer-se a si próprio: parar para refletir e perguntar-nos como estamos, que emoções sentimos, se nos reconhecemos no nosso estado atual; dedicar tempo a nós próprios: cuidar das nossas necessidades e utilizar estratégias eficazes de sobrevivência: assegurar o descanso e as pausas no trabalho, comer alimentos saudáveis, fazer exercício, manter-se em contacto com a família e amigos, reconhecer a utilidade da coesão e da partilha entre colegas; aderir a propostas de ajuda de especialistas como psicólogos e psicoterapeutas (técnicas protocolizadas de comportamento cognitivo, cursos de atenção); autocuidar-se no que diz respeito ao próprio bem-estar psicofísico.

"a escrita etnográfica a tentar descrever estados colectivos e sensibilidades que afectam as pessoas e atravessam coisas que, de outra forma, são incomensuráveis", tal como o rastreio de contactos, permite-nos extrapolar algumas trajectórias sobre o que está a avançar no sistema de serviços de saúde e no nosso contexto de vida na era da COVID-19.

"Ethnographic writing began, again, to try to describe collective states and sensibilities hitting people and traversing otherwise incommensurate things: bodies of thought, assemblages of infrastructures and institutions, new ecologies, the rhythms of a daily living, and the strangely connective tissue produced by handheld devices and social media. In the world affect brought into view, the point of analysis was not to track the predetermined effects of abstractable logics and structures but, rather, to compose a register of the lived affects of the things that took place in a social-aesthetic-material-political worlding" (Stewart, 2017; p.192).³³

Um colega reformado e voluntário comentou enquanto trabalhava na sala de 'investigações epidemiológicas' que com a pandemia 'os cuidados de saúde estão a entrar em casa em grande escala como nunca antes'. Foi tomada em consideração a consciência desta intervenção doméstica "maciça"?

Parece que a emergência de fazer as coisas tomou conta, e este espaço de práticas diárias não foi gerido de modo a fazê-los sentir mais como "entrar em casa", não como uma ocupação mas como uma presença institucional de cuidado e assistência. Dissemos que os termos e a abordagem utilizados indicam a prevalência de outras lógicas: deixámos a "pessoa doente" e a "doença" na sombra e privilegiámos uma leitura de objectificação da outra, co-construindo relações de dependência, irresponsabilidade, de "vírus/pessoa" a ser isolada.

Talvez as reacções que se manifestaram tanto nestes meses de recusa de vacinação, e como relatado pelo Relatório Censis 2021 de deriva "irracional", como por exemplo: para 5,9% dos italianos (cerca de 3 milhões de pessoas) a Covid simplesmente não existe, para 10,9% a vacina é inútil e ineficaz, para 31,4% é um medicamento experimental e as pessoas que são vacinadas são cobaias, para 12,7% a ciência produz mais danos do que bem, estão em parte relacionadas com a forma como a relação global entre instituições/serviços e a população foi construída durante a pandemia.

³³ "A escrita etnográfica começou, uma vez mais, a tentar descrever estados e sensibilidades coletivas que afetam as pessoas e atravessam coisas de outra forma incomensuráveis: corpos de pensamento, conjuntos de infraestruturas e instituições, novas ecologias, os ritmos da vida quotidiana, e o tecido estranhamente conectivo produzido por dispositivos portáteis e meios de comunicação social. No mundo dos afetos trazidos à vista, o objetivo da análise não era traçar os efeitos predeterminados das lógicas e estruturas abstraídas, mas sim compor um registo dos afetos vividos das coisas que tiveram lugar num mundo que se tornou sócio-estético-material-político". (tradução livre).

Por outro lado, o rastreio de contactos pode ser considerado um ensaio sobre como os cuidados territoriais podem ser melhorados por esta experiência. Estes incluem a telesaúde, que durante esta fase pandémica se tornou um instrumento capaz de praticar a proximidade. Os dispositivos 'techo-humanos' tornaram possível monitorizar os parâmetros clínicos dos pacientes nas suas casas sem ter de enviar equipas para o local, eliminando assim o risco para a saúde dos operadores. Trata-se portanto de melhorar e incorporar na vida quotidiana os métodos de telesaúde testados durante a pandemia, e em particular a tecnologia que pode ser instalada em casa para facilitar a monitorização completa e constante dos parâmetros clínicos, mas não só. É importante integrar a telesaúde para obter informações sobre as condições sociais das famílias. Esta emergência tornou possível reavaliar a ideia de que é possível ter cuidado à distância sem desistir da relação.

Foi também observado que é importante que o sistema que foi construído mantenha essa capacidade de ser uma "rede viva" a fim de capitalizar as práticas de desmedicalização. Viu-se que a subjectividade, a dimensão privada estava constantemente presente na relação entre o operador de localização de contactos e o utilizador. Como, então, construir redes de redes para que a saúde, que tem a ver com todas as dimensões da vida, possa encontrar expressão dentro da comunidade e, sobretudo, como tornar o funcionamento destas redes coerente para que a mesma lógica de acção e significado possa ser reconhecida. Redes sociais tornadas visíveis pela emergência pandémica, que foram capazes de responder e intervir não sobre a patologia mas sobre as relações, realizando um trabalho coral com os diferentes sujeitos do território. Na primeira fase da pandemia, foi possível estabelecer redes com várias autoridades locais graças ao clima geral de solidariedade que afectou todos os actores territoriais. A rede de relações informais expandiu-se assim, simplificando o acesso a certos serviços e garantindo uma maior prontidão na avaliação das necessidades e na resposta aos serviços. Onde já existia uma rede activa, era mais simples e rápido orientar essa rede para emergências, ver, por exemplo, garantir a entrega de medicamentos ou refeições àqueles que não tinham a possibilidade de ajuda da família e/ou amigos.

Estes padrões operacionais deverão fornecer indicações úteis para o esforço que será feito nos próximos meses para implementar políticas públicas, particularmente no campo da saúde. Num certo sentido, a complexidade dos processos geridos pelos sistemas criados para a pandemia foi moldada pelos caminhos dos utilizadores, por casos concretos. É nestes caminhos que foram identificados os nós necessários, a redefinição da utilização dos nós existentes, a inserção de novos nós não presentes mas necessários para a assistência a ser prestada. Foi dito que o SAI mudou ao longo do tempo, que não permanece fixo e que está em constante mudança. Outro aspecto interessante é que a lógica com que é utilizado favorece uma direcção, que é a do território. O sistema como um todo é obrigado a tornar decisiva a intervenção territorial. Se na primeira fase da pandemia significava ter de preparar todas as medidas para reduzir o

risco de propagação através de bloqueios, dispositivos, etc., na fase seguinte a assistência territorial foi ainda mais decisiva tanto na fase de prevenção (vacinas) como na fase de cuidados e tratamento. Desta forma, a utilização do hospital foi restringida. Seria necessário analisar muito cuidadosamente o que a emergência gerou, que nós foram activados e como estão a funcionar como partes de uma rede viva. Em termos de definição das estratégias a implementar, não podemos ignorar o que está em vigor antes de remodelar os nós existentes, incluindo os lares de saúde em lares comunitários.

A experiência do "rastreo de contactos" mostrou-nos que é essencial quando temos misturas profissionais, actores organizacionais localizados em diferentes nós, tecnologias, processos intangíveis, etc., ter dispositivos permanentes de auto-reflexividade organizacional. O sistema precisa de reconhecer o tempo para aqueles que trabalham, para analisar as suas práticas, torná-las objecto de aprendizagem e mudança (Ferla, Calazans Baptista, Bueno, Schweickardt; 2020).

Para os processos de trabalho que irão caracterizar cada vez mais os contextos de saúde, a aprendizagem basear-se-á no "fazer", pelo que não será possível contar com o modo tradicional de intervenção de formação - cursos de formação - mas sim com a criação de espaços permanentes de encontro sistemático entre operadores do mesmo nó e de diferentes nós, com o objectivo de garantir uma reflexão constante das práticas, análise dos processos de trabalho (Schweickardt , Burg Ceccim, Noal., Bueno , Ferla 2019)

Referências bibliográficas:

Benozzo A., Gherardi S. (2020) Working within the shadow: what do we do with "not-yet" data? *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal* Vol. 15 No. 2, 2020 pp. 145-159.

Bertussi D.C., Gialdi O.C. (2016) Reti vive di assistenza nel sistema unico di salute: producendo incontri tra équipes; in Marta B.L., Nicoli M.A., Paltrinieri F. Nuove configurazioni organizzative. Connessioni in rete di servizi sociali e sanitari tra Emilia-Romagna e Brasile, FormatEdizioni, Bologna, pp.85-107.

Braidotti R. (2014) Il postumano. La vita oltre l'individuo, oltre la specie, oltre la morte. Feltrinelli, Milano.

Bruni A. Devo aspettare qui? Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna, Dossier151/2007
<https://assr.regione.emilia-romagna.it/publicazioni/dossier/doss151>.

Bruni A., Gherardi S. (2007) Studiare le pratiche lavorative, Il Mulino, Bologna.

De Godoy Magalhães G.S., Brandão Correia I., Soares Araújo K., Carneiro de Andrade T.F., Cavalcanti Freire da Silva R., Bezerra de Oliveira M.A., Troccoli de Carvalho M., Farias Tenório K.M., Pessoa

da Costa Carrarine A.S., De Barros Correia J. (2021) Telessaúde no enfrentamento à covid-19 em recife: teleorientação, telemonitoramento e teleacolhimento mediados pelo aplicativo atende em casa; in Ferreira Machado M., Romério Lopes T., Dornels Freire de Souza Q.C. (org) A saúde coletiva em tempos de pandemia experiências e aprendizados do enfrentamento à covid-19 no nordeste brasileiro pp.47-60.

Ferla A.A., Calazans Baptista G., Bueno D., Schweickardt J.C. (2020) Aprender com a prática e atuar em coletivos: interseções ensino e trabalho no escopo da saúde, Rede Unida Editora, Porto Alegre.

Gherardi S., Strati A. (2004) La telemedicina. Fra tecnologia e organizzazione, Carocci, Roma.

Hall E.T. (1968) La dimensione nascosta, Bompiani, Milano.

Merhy EE. (1997) O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia, a luta do CEBES. São Paulo: Lemos. p.125-42.

Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. (2014) Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulg Saude Debate*. (52):153-64.

Nicoli M.A., Pellegrino V., Rodeschini G., Vivoli V. (2020) Per i servizi è tempo di allargare lo sguardo, *Animazione Sociale*, n.3, 335, pp.16-27.

Rodeschini G., Palestini L., Nicoli M.A., Borsari S. (2019) Nuove famiglie e nuovi bisogni: l'equità in pratica nei Consultori Familiari (rapporto di ricerca) Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna
file:///C:/Users/Admin/Downloads/Rodeschini%20(1).pdf.

Schweickardt J.C., Burg Ceccim R., Noal Gai D., Bueno D., Ferla A.A. (2019) Trabalhar e aprender em conjunto: por uma técnica e ética de equipe na saúde, Rede Unida Editora, Porto Alegre.

Stewart K. (2017) In the World that Affect Proposed." *Cultural Anthropology* 32, no. 2, pp. 192–198.
<https://doi.org/10.14506/ca32.2.03>.

Sturlese V., Bisagni M., Nicoli M.A. (2017) Benvenuti al mondo Ascolto narrativo dei "percorsi nascita", FormatEdizioni, Bologna

Valtorta R.R., Baldissarri C., Volpato C., Andrighetto L. (2021) Intergroup biologization and outgroup prejudice in the time of COVID-19, *Journal of Applied Social Psychology* (in press).

Texto traduzido e revisado do original em italiano por Alcindo Antônio Ferla e Maria Augusta Nicoli.

***“La salute come bene comune”*: strategie di un approccio antropologico per la costruzione di una rete comunitaria. Da esempio locale ad una visione globale**

Sandrino Marra

L'Italia nonostante abbia alle spalle una lunga e dolorosa storia di migrazioni, pare sul proprio territorio non riuscire a convogliare la lunga esperienza accumulata in 150 anni. Sembra mancare nell'ambito della salute una rete di contatti e relazioni con le comunità di diversa cultura e del disagio sociale, lì ove esistono sono un virtuoso esperimento, anche ben funzionale, ma non proprio strutturato in una rete.

La Pandemia da COVID-19 ha dimostrato che le fragilità insite nell'ambito delle migrazioni e del disagio sociale, tendono ad acuirsi in mancanza di una rete di salute delle comunità; le barriere culturali, linguistiche, sociali, di conoscenza stessa dei servizi e delle istituzioni, sono state ampliate per via dell'impossibilità degli spostamenti e la mancanza di singoli riferimenti istituzionali che potessero fornire indicazioni, informazioni e orientamento. La creazione di una rete di contatti dell'insegnamento di Demoetnoantropologia del corso di Studi di Infermieristica dell'Università di Parma ha dimostrato come un approccio antropologico culturalmente competente e corretto, può fornire alle comunità un canale di orientamento e di aderenza attraverso un contatto diretto precostruito.

La rete di contatti costruita dal corso di Demoetnoantropologia nasce a partire dal 2013, quando si avvia un discorso di coinvolgimento delle comunità di diversa cultura del territorio, in parte del percorso di formazione del corso. L'idea è stata quella di sfruttare le indicazioni universitarie in merito alla *“Terza Missione”* coinvolgendo le diversità culturali del territorio in una interazione tra istituzione universitaria, studenti e comunità sia nelle sedi rappresentative delle comunità, sia nelle aule universitarie. L'iniziativa molto apprezzata dai rappresentanti e dai membri delle comunità ha coinvolto buona parte di quelle presenti sul territorio della città di Parma e della provincia. I primi incontri hanno portato nelle aule rappresentanti con una formazione universitaria importante, ma anche giovani studenti universitari e non solo. Nel 2015 abbiamo creato quella serie di eventi conosciuti come *“Caffè culturale”* del corso di laurea in infermieristica, degli incontri culturali unici in Italia per questo tipo di corso realizzati all'interno di un area ristoro dell'Ospedale, dunque in un contesto esterno alle aule universitarie ed aperto al pubblico di fatto abbiamo aggiunto un elemento che veniva richiesto dalla

regione Emilia Romagna ovvero portare tra le persone comuni in luoghi comuni, eventi con caratteristiche di multiculturalità. Negli anni gli incontri pubblici e il recarsi con gli studenti presso le sedi associative delle comunità, tra cui il centro di Cultura Islamico di Parma, la Gurdwara Singh Sabha di Parma sede associativa della comunità Sikh, la Zoe Pentecostal Mission di Parma (sede associativa di una parte della comunità Nigeriana e centroafricana) hanno aumentato la conoscenza istituzionale del corso di studi e creato una vasta rete di rapporti.

Nell'intento di costruire un coinvolgimento delle comunità inclusivo si è avviato anche un rapporto istituzionale più dedicato alla salute, poiché le stesse comunità consapevoli della nostra doppia veste di docenti e di infermieri, hanno iniziato a porci quesiti e richieste in merito alla salute, all'approccio alla cura, dei bisogni assistenziali di base, comunicando di fatto la mancanza di una interconnessione tra comunità ed istituzione sanitaria e vedendo nella nostra figura professionale un più semplice canale di approccio. E' accaduto che in diversi casi, singoli individui siano stati consigliati e guidati verso la ricettività sanitaria della struttura ospedaliera in particolare verso Unità operative complesse (cardiochirurgia, cardiologia, ortopedia, neurochirurgia ed altre), attraverso semplici indicazioni o aiuto nella comprensione e soluzione degli elementi burocratici di più difficile comprensione. Indicazioni e consigli forniti con un approccio corretto verso la dimensione culturale, tenendo in conto il contesto sociale, culturale, di usi e costumi, vedute ed interpretazione della salute rispetto alla cultura di provenienza. Ben sappiamo che la cura e la salute sono interpretabili e viste non secondo uno standard, d'altronde la salute non è una automobile statica nel suo essere, ma interpretabile ed accolta in base a regole sociali e culturali molto diversificate, ma che vanno ed andrebbero sempre considerate con competenza per essere corretti. La nostra formazione universitaria in materia antropologica è stato un vantaggio, sia nelle relazioni di costruzione di fiducia e di rete, che nell'aiuto e nell'appoggio di cura e salute e ciò che all'inizio è apparso come una grande apertura e fiducia nei nostri confronti, si è poi dimostrato molto prezioso durante la Pandemia da Covid-19.

La misura di fiducia è stata anche incrementata da alcuni particolari eventi istituzionali, quali gli incontri per la creazione della "*Stanza del culto e del silenzio*" che ci ha visti presenti in 3 diverse occasioni insieme ai rappresentanti delle comunità ed i direttori generali delle due aziende sanitarie del territorio, dove siamo divenuti portavoce ed anello di giunzione tra le due realtà ricordando che la sola città di Parma conta la presenza di 31.000 persone di origine straniera su una realtà abitativa di 200.000 abitanti, con ben 137 diverse nazionalità, con oltre 40 realtà associative di diversa cultura.

E' anche vero che si è creato un rapporto di fiducia di carattere personale, ma resta il fatto che ci siamo presentati alle comunità anche come istituzioni, universitaria ed ospedaliera insieme. Vi anche stato un momento in cui abbiamo avuto qualche dubbio su ciò, cioè era corretto anche questo approccio personale? Poteva essere un

vantaggio o poteva divenire un'arma a doppio taglio, con il rischio di creare aspettative e anche delusioni? Le risposte ci sono giunte da un incontro con l'ex Prefetto di Parma il Dottor Giuseppe Forlani che ci ha tolto ogni dubbio, egli già Direttore Centrale dei Servizi Civili per l'Immigrazione e l'Asilo nell'ambito del Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione del Ministero dell'Interno, provenendo dunque da una formazione simile alla nostra ma con un passato di esperienza molto vasto e particolare in materia, ci ha consigliato di continuare sulla strada intrapresa fornendoci risposte e consigli con un'importante indicazione, ovvero che le istituzioni debbono recarsi presso le comunità, ciò che e stavamo appunto facendo, che il rapporto personale che si è creato è anzitutto un rapporto istituzionale perché in tale modo siamo entrati nelle comunità; va bene anche una forma personale ma è il contesto di ingresso che inconsciamente ha dettato le regole del rapporto. La straordinarietà del rapporto di fiducia poteva secondo la sua visione tornare di grande aiuto ed importanza nel futuro e stiamo parlando dell'estate del 2019.

A dicembre dello stesso anno abbiamo realizzato un seminario di presentazione della comunità Sikh di Parma alla città, evento che ha creato un momento di importante incontro tra istituzioni, Comune, Prefettura, Aziende Sanitarie e comunità stessa. Non è mancata poi una analoga richiesta giunta qualche settimana dopo da parte della Associazione The Ahmadiyya Muslim Jama'at Italia che ci ha chiesto di aiutarli ad organizzare un evento di presentazione e confronto tra le diversità religiose, di comunità, filosofiche e laiche del territorio per costruire così un rapporto di fiducia ed avere un anello di giunzione con le istituzioni ospedaliere attraverso le nostre persone. L'evento previsto per il 26 Marzo 2020 è stato rimandato per la Pandemia da COvid-19.

Ma ciò che può apparire come una costruzione di rapporti di fiducia, come il Prefetto aveva previsto, nel momento Pandemico ha dimostrato tutte le potenzialità della rete, di come il corretto approccio antropologico rispettoso e culturalmente competente ha di fatto riempito un vuoto dettato da una inesperienza delle istituzioni. Le comunità in molteplici occasioni ci hanno contattato pregandoci di aiutare le stesse per particolari situazioni, tra queste indicazioni su sistemi e metodi di prevenzione, come ad esempio su nostro consiglio la chiusura al culto del tempio Sikh di Parma prima istituzione culturale in Italia a chiudere l'accesso ai fedeli, una settimana prima del decreto governativo che imponeva il divieto assoluto di accesso a luoghi di culto. Ma ancora molteplici le richieste per il recupero delle salme o per comprendere le procedure di gestione delle stesse e degli effetti personali. Ma ancora la partecipazione alla costruzione del sito dedicato www.oltreemergenza.it in cui abbiamo fornito una parte delle comunicazioni in lingua diversa e ci siamo posti quali referenti per alcune procedure. Questi sono solo alcuni esempi del lavoro svolto. Ma cosa dimostra tutto ciò?

Dimostra innanzitutto che le diversità culturali di fatto sono in buona parte fuori dal contesto informativo di cura e salute, che l'assenza di un sistema di interconnessione tra istituzioni e comunità ha creato un vuoto, che è divenuto un grande problema nel ricevere informazioni e fornire azioni in un momento in cui si era nella più completa chiusura pandemica. Ciò ha dimostrato la necessità di una sanità di comunità territoriale, che non solo approcci le diversità culturali ma anche il disagio sociale, così come ha dimostrato la ONG Emergency nel suo lavoro su Milano. La realtà della ONG di cui sono anche volontario ha dimostrato l'importanza di non lasciare indietro nessuno, c'è necessità di una istituzione che entri nelle realtà comunitarie, che conosca le culture, che sia culturalmente formata e preparata, che abbia solide basi per potersi correttamente relazionare con queste.

La struttura così come è oggi, dimostra che alla base vi è un vuoto, dei buchi nella maglia istituzionale che mette in difficoltà le realtà di diversa cultura e non solo, che il semplice approccio con la brochure o il volantino in lingua non è sufficiente. La costruzione di una rete di rapporti con una forte caratteristica antropologica ed interculturale nel piccolo di una realtà come Parma, con due soli individui (me e la collega Murekabiri) con l'aiuto delle comunità e della rete di rapporti costruiti, ha dimostrato che un servizio interculturale sul territorio, che abbracci le diversità culturali ed il disagio sociale può garantire alle persone non solo la possibilità di informazioni reali e corrette ma soprattutto l'eguaglianza nella cura e nell'assistenza, ricordando che è dal territorio, dal tessuto di questo che si può migliorare l'accesso alle cure, l'aderenza a queste e creare anche un valido sistema di inclusione sociale. Nel piccolo questa esperienza ha dimostrato che il metodo usato che di fatto è quello canadese può essere funzionale, e ci viene richiesto ancor prima della Pandemia dall'agenda 2020/2030 dell'OMS ed è oltretutto nelle direttive dell'Onu. La rete costruita con un sistema di approccio antropologico ed interculturale ha dato buoni frutti anche se nel piccolo della nostra esperienza in una città di medie dimensioni.

Lo stesso sistema incrementato attraverso elementi culturalmente competenti, organizzato a livello istituzionale e di servizio, può giungere a risultati importanti locali, regionali e nazionali, ma anche internazionali. In tal modo si può evitare di creare disuguaglianze, cosa che d'altronde a livello mondiale per quanto concerne la Pandemia da Covid-19, di fatto si è già creato. Infatti fino al 4 Maggio del 2021 meno dell'8% della popolazione mondiale aveva ricevuto almeno una dose di vaccino contro il Covid, ma l'80% delle vaccinazioni praticate era avvenuto in sole 10 nazioni. Eppure *“il diritto alla salute è e resta un bene comune”* ma non sembra apparire proprio così. Nella piccola esperienza di Parma è mancato come detto un sistema valido e strutturato di informazione e passaggio di informazioni, ma a livello internazionale appare come una mancanza del diritto alla salute, il quale va ben oltre come vedremo, del sistema di passaggio di informazioni. I paesi ricchi hanno acquistato tutte le dosi di vaccino disponibili; secondo stime della Gavi, l'Alleanza mondiale per vaccini e immunizzazione, i Paesi sviluppati hanno

incamerato un numero di dosi dei principali vaccini sufficienti ad immunizzare per tre volte i propri cittadini, mentre i paesi più poveri se hanno risorse riusciranno a somministrare una dose per ogni 10 abitanti. Purtroppo tale penuria di vaccini è voluta, limitata di fatto dal rifiuto delle case farmaceutiche di condividere conoscenze e tecnologia. Eppure le imprese produttrici dei vaccini approvati hanno ricevuto ingenti sussidi pubblici per ricerca e produzione, ma hanno comunque approfittato della protezione dei loro brevetti per mantenere di fatto un potere oligopolico, limitando anche la produzione ad un esiguo numero di aziende a cui hanno concesso le proprie licenze.

E' anche vero che diversi fondi provenivano dalle casse dei singoli paesi, ma è anche vero che importanti somme sono giunte dall'OMS e comunque in un modo o nell'altro tale denaro non può essere veduto come proprio di singole nazioni ma elementi globali del mercato poiché gli introiti dei paesi economicamente forti dipendono dalle strategie di mercato dei paesi meno ricchi, facendo sì che le somme investite dai singoli, siano somme di tutti. Eppure i numeri parlano chiaro, l'investimento pubblico ammonta a 37,5 miliardi di dollari, contro i 9,5 miliardi di dollari di investimenti privati. Nonostante vi sia la proposta di oltre un centinaio di paesi di sospendere la protezione dei brevetti affinché paesi economicamente più deboli possano produrre a costi base ed avviare così campagne vaccinali a maggior efficacia, i paesi ove risiedono le case farmaceutiche produttrici e proprietarie dei brevetti osteggiano la proposta. L'accesso disuguale ai vaccini mette a repentaglio vite un po' ovunque ma soprattutto incrementa in modo esponenziale l'insorgenza di varianti, anche vanificando in parte gli sforzi degli stessi paesi economicamente forti. D'altronde la pandemia da Covid-19 (e non solo) ha dimostrato, anche storicamente, che i virus non conoscono frontiere e proprio in tale ottica il fenomeno pandemico andrebbe affrontato; *"ovvero senza frontiere"*. D'altronde, come già accaduto per farmaci dedicati ad altre importanti patologie nei paesi economicamente più deboli, questi ottengono prezzi prossimi o uguali ai costi di produzione, che nella realtà quando devono essere acquistati non provocano perdite ai produttori, mentre la produzione in loco si riserva alle campagne in loco, senza la vendita fuori confine. Si proteggono quindi i diritti di proprietà dei brevetti ma si forniscono gli strumenti per proteggersi, soprattutto di proteggere tutti globalmente; si impone una verità: l'unica via di uscita dalla crisi attuale è un vaccino ad accesso universale, nessuno è protetto finché non saremo protetti tutti. Tale discorso dimostra oltremodo come le informazioni, intese anche come brevetti, se funzionalmente fornite, correttamente e culturalmente date sono un elemento e forse l'unico elemento per superare la Pandemia da Covid-19.

Il non fornirle, o volutamente o per un fattore di mancata organizzazione finisce non solo nel creare ulteriori casi, decessi e varianti, ma anche l'esacerbare gli animi. La piccola esperienza di Parma ha anche dimostrato ciò, ovvero che in una data situazione aumenta esponenzialmente il malessere, ciò perché in gioco vi è la vita. La mediazione, la moderazione, le buone relazioni nel nostro

contesto sono state di grande aiuto, hanno tenuto basso il malessere perché vi era contestualmente la promessa (almeno quella) di poter accedere alle vaccinazioni. Sono mancate le informazioni ma vi era la certezza nel tempo della vaccinazione, nel contesto più ampio della situazione internazionale, anche con la disponibilità di molti paesi, la mediazione internazionale e la moderazione rischiano di non riuscire a contenere il malessere che in futuro potrebbe, come già accaduto per altre questioni, sfociare in nazionalismi ed estremismi giustificati da visioni culturali, ma in realtà espressione di un egoismo economico ed oligopolico. Un malessere che ovunque nel mondo allo stato attuale è alimentato dall'esponenziale aumento della povertà relativa ed assoluta che tamponata, in qualche modo nei paesi economicamente forti viene in parte contenuta, ma la grande problematica è nei paesi economicamente deboli. Se prendiamo ad esempio il continente africano, o il sub continente indiano ove la stessa cura della salute è affidata a sistemi assicurativi o a pagamento diretto, senza capacità di salvaguardia economica dei singoli e delle famiglie, è chiaro che la perdita di lavoro spesso giunta con la Pandemia diviene un problema ulteriore. La spinta forzata all'indigenza dettata dall'impossibilità per lunghi periodi di accedere alle risorse dettate dal lavoro, anche in quei nuclei familiari che di fatto avevano la possibilità di avere un reddito superiore alla soglia di povertà, stanno creando per il futuro nuove povertà. Nuova povertà significa che ogni singolo individuo coinvolto nel fenomeno è un nuovo fragile dal punto di vista della salute.

E' chiaro che l'indigenza, il disagio sociale ed economico sono elementi di notevole peggioramento della salute ma soprattutto dei rischi legati che sistematicamente si amplificano all'interno dei nuclei familiari e delle comunità. L'esempio delle favelas brasiliane o degli slum delle metropoli africane o indiane dovrebbero aver già insegnato alla comunità internazionale che la povertà è un rischio per la salute dei singoli e per la salute comune. L'aumento esponenziale delle infezioni delle favelas del Brasile dovuto alla all'impossibilità di distanziamento, la promiscuità dettata dagli spazi abitativi pressoché contigui e una fragilità della salute intrinseca dovuta alla povertà stessa, è divenuto per le autorità sanitarie del paese un problema di portata enorme. La maggior parte dei decessi sono avvenuti proprio in questi ambiti sociali, coinvolgendo individui anche molto giovani rispetto alla media di altri luoghi e divenendo per numero di infezioni giornaliere una situazione drammatica. Altro esempio giunge in parte dall'India; in parte poiché mancano dati statistici precisi (a differenza del Brasile) sulla situazione di infezione e decessi associati allo stato di indigenza, le autorità sanitarie indiane non conoscono con esattezza le situazioni delle baraccopoli e nonostante l'iniziale ferreo controllo della polizia, la situazione è di fatto sfuggita di mano.

Dal continente africano purtroppo si sa poco, informazioni e dati statistici giungono con enorme ritardo alle autorità sanitarie, spesso da molte aree rurali di singoli paesi non giunge e non è giunto nulla dall'inizio della Pandemia. Copertura digitale carente o assente, difficoltà a raggiungere materialmente le zone, scarse risorse economiche e pochissimi sanitari fanno sì che l'Africa appare come

un non luogo. L'unica certezza delle autorità dei singoli paesi è che è chiaro un aumento della povertà, un calo registrato del potere di acquisto, sarà nel breve elemento che porterà milioni di individui a scendere sotto i livelli di soglia della povertà, con la perdita anche della minima possibilità di accedere alle cure. Un cambiamento drastico delle possibilità alimentari e della fruizione delle cure è la grande preoccupazione, come accennato, per il futuro di molti paesi africani. Alcuni stanno mettendo in campo tentativi e progetti per cercare di arginare il fenomeno, il Rwanda ad esempio con un decennale progetto di ricostruzione del paese avviato con la presidenza di Kagame ed una attenta politica socioeconomica ha ridotto notevolmente la percentuale di povertà assoluta e nel momento di accesso ai vaccini ne ha incamerato una cospicua quantità da varie case farmaceutiche (compreso il russo Sputnik). Ma il Rwanda, considerata oggi la Svizzera d'Africa, dopo il genocidio del 1994 ha puntato alla stabilità politica ed alla riduzione (in futuro si punta alla soppressione) della povertà con un immenso lavoro di ricostruzione, di modernizzazione e di investimenti, anche esteri ma a clausole imposte di miglioramento delle condizioni socio sanitarie del paese. Certo quella del Rwanda è una condizione particolare ed un paese piccolo rispetto ai grandi numeri della media della popolazione di altri paesi dell'area, ma è un esempio virtuoso, ove si è compreso da qualche decennio che la salute quale bene comune parte dalla soppressione della povertà, ed oggi nell'ambito dei danni della Pandemia da Covid-19, sembra essere l'unico paese d'Africa ad avere la possibilità di una ottimale gestione della stessa, l'unico paese ad aver avviato programmi funzionali di carattere socio economici. D'altronde resta anche tra i pochissimi paesi ad avere un quadro statistico della Pandemia preciso.

Sull'elemento povertà c'è anche da dire che in alcuni contesti geopolitici vi sono elementi di critica, nel senso che per alcuni stati non è la Pandemia ad essere di implementazione della povertà, o almeno sono molto critici su ciò. Purtroppo è proprio l'Italia la dimostrazione che non è così, i dati Istat sull'aumento della povertà e del disagio economico nel nostro paese dimostrano che ad oggi rispetto al 2019 vi è stato un incremento che ha portato a 5,6 milioni gli individui in stato di povertà, aumentati di circa 1 milione rispetto allo stesso 2019. Eppure nel 2019 rispetto all'anno precedente attraverso gli aiuti economici sociali (reddito di cittadinanza) gli individui in stato di indigenza erano calati di 450.000 unità. Tutto purtroppo vanificato proprio dalla Pandemia, la quale ha portato di fatto la perdita di 900.000 posti di lavoro e di conseguenza un calo delle risorse economiche delle famiglie coinvolte nel fenomeno.

Anche se gli aiuti di Stato elargiti per affrontare l'emergenza hanno dato un aiuto evitando a molte famiglie di scendere sotto la soglia di povertà, non sono stati invece molto efficaci verso alcune categorie già di base maggiormente esposte al disagio economico. Le categorie più esposte sono gli stranieri che in Italia contano 1,5 milioni di poveri assoluti, ed i giovani che sono divenuti la nuova categoria di esposti. Spesso i giovani in Italia sono soggetti a lavori a basso salario, a contratti part time, a lavoro in nero. Un reportage della Rai su Milano

del Giugno 2020 ha portato in luce una nuova invisibilità, ovvero l'improvvisa comparsa e l'incremento tra i senzatetto di giovani uomini e donne, in una percentuale salita del 2% rispetto alla norma del fenomeno, ma soprattutto un incremento percentuale di crescita in meno di un semestre. Di solito il 2% è un dato biennale, dettato da scelte diverse da quelle attuali, la caduta in stato di indigenza assoluta è stato per i giovani prima della Pandemia, un fenomeno relativo, legato spesso a disagio diversificato (malattia psichiatrica, dipendenza, importanti traumi psicologici e familiari), raramente dettato da un improvvisa perdita del lavoro. In questa realtà locale, riferita a Milano, è stata la ONG Emergency per prima a indicare il fenomeno anche se per alcuni mesi inascoltata, essendo l'organizzazione impegnata da oltre un decennio in un programma di assistenza sanitaria ai senzatetto ed al disagio sociale nell'area milanese. Di fatto hanno intercettato tale nuovo fenomeno, riscontrando che le situazioni si erano implementate nel giro di qualche mese, e che quei soggetti sani non lo saranno più in meno di un anno, allo stato attuale tali nuovi emarginati sono rientrati tra gli individui a maggior rischio salute ed esposizione all'infezione da Covid-19, per la tipologia di vita che conducono. Alimentazione scarsa in quantità e qualità, mancanza relativa di una igiene personale giornaliera, qualità del sonno a dir poco pessima sono gli elementi che potrebbero aumentare il rischio di infezione e di minor resistenza immunitaria all'evento Pandemico. Sono i nuovi esposti alla Pandemia ed alle sue varianti con un maggior rischio di decesso in caso di infezione, oltre a trovarsi in una condizione di difficoltà di accesso ai vaccini.

Ma a questo nuovo fenomeno nell'ambito italiano si aggiungono elementi ulteriori che sfuggono al controllo ed alle previsioni. Se da un lato il reddito di cittadinanza, il reddito di emergenza e il bonus per stagionali possono aver in qualche ipotetico modo frenato la discesa agli inferi di migliaia di individui, restano i dati che di fatto portano a preoccupazioni nuove. La platea degli attempati da una qualche forma di sussidio ammontano a 2,8 milioni di persone, i poveri assoluti ammontano a 5,6 milioni di persone dunque già in tale stato vi è una situazione preoccupante, ma se aggiungiamo la platea di persone in difficoltà economica (basso salario, contratti part time) che non ricevono sostegno economico, i dati parlano di circa 9 milioni di individui a rischio salute. Ed è proprio la parola "rischio salute" più che la parola "povertà" a preoccupare il ministero della salute, poiché ai rischi già connessi alla Pandemia si associano rischi anche di maggior portata temporale, ovvero quelli futuri, di salute compromessa da possibili patologie croniche. Queste che potrebbero essere di fatto evitabili se intercettate, nel nostro paese potrebbero (come già accaduto) divenire cronicità ed emergenze che andrebbero ad avere un peso economico e sociale maggiore nel futuro. Altri contesti internazionali come il Canada, l'Australia, la Nuova Zelanda, o la Cina in forme diverse e diversificate hanno da decenni un controllo sociale della salute come bene comune più avanzato. Questi riescono ad avere un approccio istituzionale meglio organizzato, ragionando proprio sulla "salute quale bene comune" intercettando

le problematiche all'interno stesso delle comunità di diversa cultura e del disagio sociale. Hanno di fatto maggior consapevolezza delle problematiche di cui abbiamo accennato in riferimento alle diversità culturali, ed un miglior approccio alle situazioni di disagio socio-economiche. I paesi di lingua e cultura anglosassone accennati, nel merito del disagio socio-economico hanno un approccio più intensivo e più dedicato, nel senso che gli aiuti spessissimo sono più di sostanza che di denaro. L'aiuto non è limitato a soli assegni in denaro ma attraverso una attenta analisi dei bisogni alimentari, soprattutto dei minori, si costruiscono veri e propri percorsi di sostegno in prodotti di necessità che forniscano il giusto apporto proteico-vitaminico affinché non vi siano dei cali ponderali della crescita e dunque si mantenga una sostanziale integrità del sistema immunitario dei più giovani.

Ma non è limitato solo all'alimentazione, lo stesso sistema si lega alle abitazioni, in particolare il riscaldamento e la salubrità degli ambienti in modo tale che la salute venga salvaguardata. Gli aiuti economici in proporzione appaiono anche di peso minore rispetto ad esempio agli equivalenti italiani, ma se il "buono spesa" copre il fabbisogno alimentare del nucleo familiare o del singolo individuo, è logico che la parte puramente economica in denaro appaia meno importante. Nella realtà italiana invece i sussidi non prevedono altro che una somma di denaro, che anche se va a calmierare il disagio, non è certo sufficiente ad ottenere un apporto alimentare corretto, basti pensare che in media i sussidi e gli aiuti ruotano nel nostro paese sui 600 Euro per nucleo familiare. In Gran Bretagna si orienta ad esempio sulla stessa cifra ma i prodotti alimentari di prima necessità quale latte carne, frutta dedicati ai minori ed ai giovani, oltre al riscaldamento domestico sono forniti in un bonus a parte non in denaro ma in prodotti da ritirare.

Ciò permette da decenni di far fronte alle difficoltà ed al disagio socio-economico puntando sulla buona qualità alimentare che di fatto diviene anche elemento di buona salute. Da qui la massima di salute quale bene comune, sembra avere una diversa dimensione se ad esempio si fanno paragoni con gli Stati Uniti ove il sistema sanitario assicurativo non fornisce una cura globale ma al contrario crea disuguaglianza anche di forte impatto sociale. D'altronde proprio la Pandemia negli USA è stato un elemento di grande dibattito civico e morale e solo con la nuova presidenza Biden si è corso ai ripari cercando di dare eguaglianza nella cura e nella vaccinazione. Ma come più volte detto in questo discorso anche se la salute deve essere un bene comune e questa deve essere garantita a tutti attraverso la cura, la prevenzione, la corretta e giusta alimentazione, gli approcci sono globalmente diversificati. L'attenzione alla società dei singoli paesi ha un peso diverso in paesi diversi, anche se le indicazioni dell'Onu, le direttive dell'OMS come l'agenda 2020/2030 pongono attenzione, orientamento e soluzioni, spesso non sono seguite le indicazioni. La Pandemia ha dimostrato come programmi ed organizzazione non attenta in passato verso la salute quale bene comune, ha creato danni, implementando i decessi. I risparmi di molti paesi con i tagli alla sanità pubblica ha dimostrato che molti decessi

potevano essere evitati, si è dimostrato che il risparmio non è stato in alcun modo un guadagno, anzi al contrario si è finito per spendere più del risparmio con una perdita di morbilità che ha significato più danni alle persone.

Nei paesi dove si è nel tempo costruito un approccio strutturato e culturalmente corretto dedicato alle diversità culturali e al disagio sociale, i danni sono stati contenuti in modo esponenziale, basti guardare all'esempio del Portogallo. Permanenza nel tempo sul territorio di personale sanitario, tra le comunità autoctone e non, con un apporto di informazione e di educazione alla salute hanno significato per il paese un notevole contenimento dei decessi. La vicinanza stessa alle persone del sistema ha dato la possibilità di sostenere anche psicologicamente gli individui, soprattutto i più giovani, limitando dunque i danni futuri. Certo non è possibile fare la storia con i se, ma è indubbiamente necessario implementare tutti quei sistemi che hanno dimostrato essere funzionali affinché il diritto alla salute come bene comune resti tale e diventi tale e deve divenirlo a livello globale. Le esperienze locali e diversificate possono essere utili quali elementi di orientamento, ma soprattutto quali indicatori di una fattibile necessità, che la salvaguardia della salute, l'eguaglianza nella cura, nell'educazione sanitaria e nella prevenzione debbono creare una cultura globalizzata del diritto alla salute quale bene comune.

Bibliografia:

Il Fatto quotidiano 17 Giugno 2021

ISTAT, Istituto nazionale di statistica aggiornamento dati sulla povertà del 16 Giugno 2021

“L' economia dei poveri. Capire la vera natura della povertà per combatterla”.

Abhijit Vinayak Banerjee, Esther Duflo Editore Feltrinelli, 2020. EAN: 9788807893889

“Povertà in Europa e trasformazione dello stato sociale”.

Nicola Negri e altri H. Hartmann, S. Leibfried, S. Milano, J. Riedl, W. Rosenbaum, C. Saraceno, G. Sarpellon, B. Schulte, F. Tennstedt, P. Townsend Collana Dipartimento di scienze sociali, Università di Torino (Codice editore 885.73)

Il potere del virus Daniele Magrini Effigi Edizioni, Grosseto 2021.

"A saúde como bem comum": estratégias de uma abordagem antropológica para a construção de uma rede comunitária. De um exemplo local a uma visão global

Sandrino Marra

Embora a Itália tenha uma longa e dolorosa história de migração, não parece ser capaz de fazer com que a longa experiência acumulada ao longo de 150 anos seja aplicada satisfatoriamente no seu território. No campo da saúde, parece haver falta de contatos e relações com comunidades de diferentes culturas e inquietações sociais; onde existe, são uma experiência virtuosa, mesmo uma experiência que funciona bem, mas que não está realmente estruturada em rede.

A pandemia da COVID-19 mostrou que as fragilidades inerentes à migração e ao sofrimento social tendem a ser exacerbadas na ausência de uma rede de saúde comunitária; as barreiras culturais, linguísticas e sociais, bem como a falta de conhecimento dos próprios serviços e instituições, foram aumentadas devido à impossibilidade de circulação e à falta de referências institucionais individuais que possam fornecer indicações, informação e orientação. A criação de uma rede de contatos do ensino de *Demoetnoantropologia* no curso de Enfermagem da Universidade de Parma demonstrou ser uma abordagem antropológica culturalmente competente e correta, que pode proporcionar às comunidades um canal de orientação e adesão através de um contacto direto pré-construído para demandas de saúde e apoio social.

A rede de contatos construída pelo curso de *Demoetnoantropologia* começou em 2013, quando foi iniciado um diálogo de envolvimento das comunidades de diferentes culturas no território, como parte da formação do curso. A ideia era aproveitar as indicações da universidade relativamente à "Terceira Missão" [extensão universitária], envolvendo a diversidade cultural do território numa interação entre a instituição universitária, os estudantes e a comunidade, tanto nas sedes representativas das comunidades como nas salas de aula da universidade. A iniciativa foi muito valorizada pelos representantes e membros das comunidades e envolveu uma grande parte das pessoas presentes na cidade de Parma e na sua região. Os primeiros encontros trouxeram às salas de aula representantes com uma formação universitária, mas também jovens estudantes universitários e outros. Em 2015 criámos uma série de eventos conhecidos como "Café Cultural" para o curso de licenciatura em enfermagem, encontros culturais únicos em Itália para este tipo de curso, realizados numa zona de refrescos hospitalares, portanto

fora dos salões de conferências universitárias e abertos ao público. De facto, acrescentámos um elemento que foi solicitado pela região da Emilia Romagna, a saber, levar eventos com características multiculturais a pessoas comuns em lugares comuns. Ao longo dos anos, reuniões e visitas públicas com estudantes a associações comunitárias, incluindo o Centro Cultural Islâmico de Parma, o Gurdwara Singh Sabha de Parma, a sede da associação da comunidade Sikh, a Missão Zoe Pentecostal de Parma (sede da associação de parte da comunidade nigeriana e centro-africana), aumentaram o conhecimento institucional do curso e dos alunos e criaram uma vasta rede de relações.

Com a intenção de construir um envolvimento inclusivo da comunidade, foi também iniciada uma relação institucional mais dedicada à saúde, uma vez que as mesmas comunidades, conscientes do nosso duplo papel de professores e enfermeiros, começaram a nos fazer perguntas e pedidos relativos à saúde, à abordagem de cuidados, às necessidades de cuidados básicos, comunicando de fato a falta de uma interligação entre a comunidade e as instituições de saúde, vendo na nossa figura profissional um canal de conexão e abordagem mais fácil. Em vários casos, os indivíduos foram aconselhados e orientados para acessar as instalações de saúde do hospital, em particular para unidades operacionais complexas (cirurgia cardíaca, cardiologia, ortopedia, neurocirurgia e outras), através de indicações simples ou ajuda na compreensão e resolução de elementos burocráticos que são mais difíceis de compreender. Indicações e conselhos fornecidos com uma abordagem correta da dimensão cultural, tendo em conta o contexto social e cultural, costumes, pontos de vista e interpretação da saúde em relação à cultura de origem. Estamos bem conscientes de que os cuidados de saúde e a saúde podem ser interpretados e vistos não de acordo com uma norma, mas que a saúde não é um monumento estático, mas pode ser interpretada e aceita com base em regras sociais e culturais muito diferentes, que devem ser sempre consideradas com competências para gerarem efeitos corretos e eficazes. A nossa formação universitária em antropologia tem sido uma vantagem, tanto na construção de relações de confiança e de rede, como na ajuda e apoio aos cuidados e à saúde, e o que apareceu inicialmente como uma grande abertura e confiança em nós, revelou-se desde então muito valioso para as ações durante a Pandemia de Covid-19.

A medida de confiança foi também aumentada por alguns eventos institucionais particulares, como as reuniões para a criação da "Sala do Culto e do Silêncio", que estivemos presentes em três ocasiões diferentes, juntamente com os representantes das comunidades e os gestores gerais das duas aziendele sanitárias locais [gestores de redes de serviços territoriais], onde nos tornámos o porta-voz e elo de ligação entre essas duas realidades, tendo em conta que só a cidade de Parma conta com a presença de 31.000 pessoas de origem estrangeira numa população de 200.000 habitantes, com 137 nacionalidades diferentes, com mais de 40 associações de culturas diferentes.

É também verdade que foi criada uma relação de confiança de natureza pessoal, mas o fato é que nos apresentamos às comunidades como instituições, universidade e hospital juntos. Houve também um momento em que tivemos algumas dúvidas a este respeito, ou seja, esta abordagem pessoal também foi correta? Poderá ser uma vantagem ou poderá tornar-se uma espada de dois gumes, com o risco de criar expectativas e, também, desilusões? As respostas vieram de uma reunião com o antigo Prefeito de Parma, Dr. Giuseppe Forlani, que tirou todas as dúvidas. Ele foi o antigo Diretor Central dos Serviços Cívicos de Imigração e Asilo do Departamento de Liberdades Cívicas e Imigração do Ministério do Interior da Itália, vindo, portanto, de um passado semelhante ao nosso, mas com uma experiência muito vasta e particular na área. Nos aconselhou a continuar no caminho que tínhamos seguido, dando-nos respostas e conselhos com uma indicação importante, nomeadamente que as instituições devem ir para as comunidades, que é o que estávamos fazendo, que a relação pessoal que foi criada é antes de mais uma relação institucional porque desta forma entramos nas comunidades. Uma forma pessoal está bem, mas é o contexto de entrada que inconscientemente ditou as regras da relação. A extraordinária relação de confiança poderia, na sua opinião, ser de grande ajuda e importância no futuro, já que estamos falando do Verão de 2019, antes da pandemia.

Em dezembro do mesmo ano, organizamos um seminário para apresentar a cidade à comunidade Sikh de Parma, um evento que criou um encontro importante entre instituições, o município, a prefeitura, as autoridades sanitárias e a própria comunidade. Algumas semanas mais tarde recebemos um pedido semelhante da Associação Ahmadiyya Muslim Jama'at Italia, que nos pediu para os ajudar a organizar um evento para apresentar e comparar a diversidade religiosa, comunitária, filosófica e secular da região, de modo a construir uma relação de confiança e ter uma ligação com as instituições hospitalares através do nosso povo. O evento planeado para 26 de março de 2020, foi adiado devido à pandemia de COVID-19.

Mas o que pode parecer uma construção de relações de confiança, como o Prefeito tinha previsto, no momento da pandemia demonstrou seu pleno potencial como rede, de como a correta abordagem antropológica, respeitosa e culturalmente competente, preencheu, de fato, um vazio ditado pela inexperiência das instituições. Em muitas ocasiões, as comunidades nos contactaram, pedindo ajuda em situações particulares, incluindo indicações sobre sistemas e métodos de prevenção, tais como, por exemplo, o encerramento do templo Sikh em Parma, a primeira instituição de culto em Itália a fechar as suas portas aos fiéis, uma semana antes do decreto governamental que impunha uma proibição total do acesso aos locais de culto como medida de enfrentamento à pandemia. Houve também numerosos pedidos para recuperar os corpos ou para compreender os procedimentos de tratamento dos mesmos e dos seus bens pessoais por ocasião dos óbitos durante a pandemia. Participamos também na construção do site dedicado

www.oltreemergenza.it, onde fornecemos algumas das comunicações, em línguas diferentes e atuamos como ponto de referência para determinados procedimentos. Estes são apenas alguns exemplos do trabalho que fizemos, mas o que é que tudo isto mostra?

Demonstra, antes de mais nada, que as diversidades culturais estão, de fato, largamente fora do contexto de informação dos cuidados e da saúde, que a ausência de um sistema de interligação entre instituições e comunidades criou um vácuo, que se tornou um grande problema na recepção de informação e na atuação numa altura em que estávamos no mais completo isolamento pandêmico. Isto demonstrou a necessidade de saúde da comunidade territorial, que não só aborda a diversidade cultural, mas, também, o desconforto social, como a ONG Emergency demonstrou no seu trabalho em Milão. A realidade da ONG de que também sou voluntário demonstrou a importância de não deixar ninguém para trás, há necessidade de uma instituição que entre na realidade comunitária, que conheça as culturas, que seja culturalmente formada e preparada, que tenha bases sólidas para poder relacionar-se corretamente com elas.

A estrutura atual demonstra que existe um vazio profundo, buracos na malha institucional que dificultam o acesso das diferentes culturas aos serviços e informações, e não apenas isso, que a simples abordagem com a brochura ou o folheto na língua estrangeira não é suficiente. A construção de uma rede de relações com uma forte característica antropológica e intercultural no pequeno território de uma realidade como Parma, com apenas dois indivíduos (eu e o meu colega Murekabiri), com a ajuda das comunidades e da rede de relações construída, mostrou a relevância de um serviço intercultural no território. Esta experiência demonstrou que um serviço intercultural no território, que abraça a diversidade cultural e o desconforto social, pode garantir às pessoas não só a possibilidade de informação real e correta, mas, sobretudo, a igualdade nos cuidados e na assistência, lembrando que é a partir do território, do seu tecido, que o acesso aos cuidados pode ser melhorado, a adesão aos cuidados pode ser qualificada e pode ser criado um sistema válido de inclusão social. De certa forma, esta experiência demonstrou que o método utilizado, que é de facto o método canadense, pode ser funcional, e que é proposto mesmo antes da Pandemia pela agenda 2020/2030 da OMS e, além disso, está de acordo com as diretrizes da ONU. A rede construída com um sistema de abordagem antropológica e intercultural deu bons frutos, mesmo que apenas no pequeno contexto da nossa experiência numa cidade de média dimensão.

O mesmo sistema, reforçado por elementos culturalmente competentes, organizado a nível institucional e de serviços, pode alcançar resultados locais, regionais e nacionais importantes, mas também internacionais. Desta forma, as desigualdades podem ser evitadas, algo que de fato já foi criado a nível mundial no que diz respeito à pandemia de COVID-19. De fato, até 4 de maio de 2021,

menos de 8% da população mundial tinha recebido pelo menos uma dose de vacina Covid, mas 80% das vacinações efetuadas tinham sido concentradas em apenas 10 países. No entanto, "o direito à saúde é e continua a ser um bem comum", mas não parece que assim seja. Na pequena experiência de Parma, não existia um sistema válido e estruturado de informação e transferência de informação, mas a nível internacional parece haver uma falta do direito à saúde, que vai muito além, como veremos, do sistema de transferência de informação. Os países ricos adquiriram todas as doses de vacinas disponíveis; segundo estimativas da Gavi, a Aliança Mundial de Vacinas e Imunização, os países desenvolvidos acumularam doses suficientes das principais vacinas para imunizar os seus cidadãos três vezes, enquanto os países mais pobres, se tiverem recursos, poderão administrar uma dose para cada 10 habitantes. Infelizmente, esta escassez de vacinas é deliberada, de facto limitada pela recusa das empresas farmacêuticas em partilhar conhecimentos e tecnologia. No entanto, as empresas que produzem as vacinas aprovadas receberam enormes subsídios públicos para a investigação e produção, mas tiraram partido da proteção das suas patentes para manter o poder de oligopólio de fato, limitando mesmo a produção a um pequeno número de empresas às quais concederam as suas licenças.

Também é verdade que muitos dos fundos vieram dos cofres de países individuais, mas também é verdade que somas significativas vieram da OMS, e de qualquer forma, de uma forma ou de outra, este dinheiro não pode ser visto como propriedade de nações individuais, mas como elementos globais do mercado, uma vez que o rendimento dos países economicamente fortes depende das estratégias de mercado dos países menos ricos, de modo que as somas investidas pelos indivíduos são as somas de todos. Contudo, os números falam por si: o investimento público ascende a 37,5 mil milhões de dólares, comparado com 9,5 mil milhões de dólares em investimento privado. Apesar do facto de mais de cem países terem proposto a suspensão da proteção de patentes para que os países economicamente mais fracos possam produzir a custos básicos e lançar campanhas de vacinação mais eficazes, os países onde as empresas farmacêuticas que produzem e detêm as patentes estão sediadas opõem-se à proposta. O acesso desigual às vacinas coloca vidas em risco em todo o lado, mas, acima de tudo, aumenta exponencialmente o aparecimento de variantes, mesmo em parte contrariando os esforços dos próprios países economicamente fortes. Por outro lado, a pandemia de COVID-19 (e outras) demonstrou, mesmo historicamente, que os vírus não conhecem fronteiras, e é precisamente nesta perspectiva que o fenómeno pandêmico deve ser enfrentado; "isto é: sem fronteiras". Por outro lado, como já aconteceu com os medicamentos dedicados a outras doenças importantes em países economicamente mais fracos, estes obtêm preços próximos ou iguais aos custos de produção, que na realidade quando têm de ser comprados não causam perdas aos produtores, enquanto a produção no local é reservada para campanhas no próprio território, sem vendas transfronteiriças. Os direitos de

propriedade de patentes são, portanto, protegidos, mas os instrumentos são fornecidos para se proteger a si próprio, sobretudo para proteger toda a gente globalmente; uma verdade é imposta: a única saída para a crise atual é uma vacina com acesso universal, ninguém está protegido até estarmos todos protegidos. Este discurso demonstra como a informação, também entendida como patentes, se funcionalmente fornecida, correta e culturalmente dada, é um elemento e talvez o único elemento para superar a Pandemia da COVID-19.

A sua falta, quer deliberadamente, quer por falta de organização, não só acaba por criar mais casos, mortes e variações, como também agrava os ânimos. A pequena experiência de Parma mostrou também que, numa dada situação, o mal-estar aumenta exponencialmente, porque a vida está em jogo. A mediação, a moderação e as boas relações no nosso contexto têm sido de grande ajuda, e têm mantido o mal-estar em níveis baixos, porque também havia a promessa (pelo menos essa) de acesso às vacinas. Há falta de informação, mas houve a certeza em tempo de vacinação, no contexto mais amplo da situação internacional, mesmo com a disponibilidade de muitos países, a mediação e a moderação internacionais são susceptíveis de não conter o mal-estar que no futuro poderia, como já aconteceu para outras questões, fluir para o nacionalismo e o extremismo justificados por visões culturais, mas na realidade uma expressão de egoísmo económico e oligopolista. Um mal-estar que, atualmente, é alimentado em todo o mundo pelo aumento exponencial da pobreza relativa e absoluta, parcialmente contida nos países economicamente fortes, mas o grande problema reside nos países economicamente fracos. Se tomarmos, por exemplo, o continente africano, ou o subcontinente indiano, onde os próprios cuidados de saúde são confiados aos sistemas de seguros ou ao pagamento direto, sem a capacidade de proteger economicamente os indivíduos e as famílias, é evidente que a perda de trabalho que muitas vezes acompanha a pandemia, se torna um problema adicional. O empurrão forçado para a miséria ditado pela impossibilidade por longos períodos de acesso aos recursos fornecidos pelo trabalho, mesmo naquelas famílias que de facto tinham a possibilidade de ter um rendimento acima do limiar da pobreza, está criando uma nova pobreza para o futuro. A nova pobreza significa que cada indivíduo envolvido no fenómeno é uma nova pessoa frágil do ponto de vista da saúde.

É evidente que a pobreza e as dificuldades sociais e económicas são elementos que agravam significativamente a saúde, mas sobretudo os riscos a ela associados, que são sistematicamente amplificados no seio das famílias e comunidades. O exemplo das favelas brasileiras ou dos bairros de lata das metrópoles africanas ou indianas já deveria ter ensinado à comunidade internacional que a pobreza é um risco para a saúde individual e comunitária. O aumento exponencial das infeções nas favelas do Brasil, devido à impossibilidade de separação, à promiscuidade ditada pelos espaços de vida quase contíguos e à própria fragilidade sanitária intrínseca da pobreza, tornou-se um enorme problema para as autoridades sanitárias dos países. A maioria das mortes ocorreu nestes mesmos ambientes

sociais, envolvendo indivíduos que são também muito jovens em comparação com a média de outros lugares, e tornando-se uma situação dramática em termos do número de infecções diárias. Outro exemplo vem em parte da Índia; em parte porque há uma falta de dados estatísticos precisos (ao contrário do Brasil) sobre a situação das infecções e mortes associadas ao estado de pobreza, as autoridades sanitárias indianas não conhecem a situação exata nos bairros de lata, e apesar do controle firme inicial por parte da polícia, a situação de fato descontrolou-se.

Do continente africano, infelizmente, pouco se sabe, a informação e os dados estatísticos chegam às autoridades sanitárias com enormes atrasos, muitas vezes nada vem e tem vindo de muitas zonas rurais em países individuais desde o início da pandemia. Uma cobertura digital pobre ou ausente, dificuldades em alcançar fisicamente as áreas, recursos econômicos escassos e muito poucos trabalhadores da saúde significam que a África parece ser um não-lugar. A única certeza das autoridades dos países individuais é que é evidente que um aumento da pobreza, uma queda registada no poder de compra, levará a curto prazo a que milhões de indivíduos fiquem abaixo do limiar de pobreza, com a perda da menor possibilidade de acesso aos cuidados de saúde. Uma mudança drástica nas opções alimentares e no acesso aos cuidados é a maior preocupação, como mencionado, para o futuro de muitos países africanos. Ruanda, por exemplo, com um projeto de reconstrução de dez anos lançado sob a presidência de Kagame e uma política socioeconômica cuidadosa, reduziu consideravelmente a percentagem de pobreza absoluta, e na altura do acesso às vacinas, recolheu uma quantidade considerável de várias empresas farmacêuticas (incluindo o Sputnik russo). Mas Ruanda, hoje considerado a Suíça de África, após o genocídio de 1994, visou a estabilidade política e a redução (no futuro, visa a supressão) da pobreza com um imenso trabalho de reconstrução, modernização e investimentos, incluindo estrangeiros, mas com cláusulas impostas para a melhoria das condições sócio sanitárias do país. Evidentemente, Ruanda encontra-se numa situação especial e é um país pequeno em comparação com os grandes números da população média de outros países da região, mas é um exemplo virtuoso, onde há algumas décadas se entende que a saúde como bem comum começa com a eliminação da pobreza, e hoje, no contexto dos danos causados pela pandemia de COVID-19, parece ser o único país Africano a ter a possibilidade de uma gestão ótima, o único país a lançar programas funcionais de natureza socioeconômica. Está também entre os muito poucos países a ter uma imagem estatística precisa da pandemia.

Sobre o elemento da pobreza, deve também ser dito que em alguns contextos geopolíticos existem elementos críticos, no sentido de que para alguns Estados não é a pandemia que está ampliando a pobreza, ou pelo menos eles são muito críticos a este respeito. Infelizmente, a Itália é a prova de que não é este o caso, os dados do ISTAT sobre o aumento da pobreza e do sofrimento económico no nosso país mostram que até esta data, em comparação com 2019, houve um aumento que levou 5,6 milhões de indivíduos ao estado de pobreza,

um aumento de cerca de 1 milhão em comparação com o mesmo ano de 2019. No entanto, em 2019, em comparação com o ano anterior, através da ajuda econômica social (rendimento de cidadania), os indivíduos em estado de pobreza tinham diminuído em 450.000. Infelizmente, tudo isto foi anulado pela pandemia, o que levou à perda de 900.000 postos de trabalho e à consequente diminuição dos recursos económicos das famílias afetadas pelo fenómeno.

Embora a ajuda estatal concedida para fazer face à emergência tenha ajudado muitas famílias a evitar a queda abaixo do limiar de pobreza, não tem sido muito eficaz para algumas categorias que já estavam mais expostas às dificuldades económicas. As categorias mais expostas são os estrangeiros, que representam 1,5 milhões dos pobres absolutos em Itália, e os jovens, que se tornaram a nova categoria exposta. Os jovens na Itália estão frequentemente sujeitos a empregos com salários baixos, contratos a tempo parcial e trabalho não declarado. Um relatório da RAI sobre Milão, em junho de 2020, trouxe à luz uma nova invisibilidade, nomeadamente o súbito aparecimento e aumento entre os jovens sem abrigo, envolvendo homens e mulheres, uma percentagem que tinha aumentado 2% em relação à norma anterior para o fenómeno, mas sobretudo um aumento percentual em menos de meio ano. Normalmente 2% é um número de dois anos, ditado por escolhas diferentes das atuais, a queda para um estado de indigência absoluta foi para os jovens antes da pandemia, um fenómeno relativo, frequentemente ligado a um mal-estar diversificado (doença psiquiátrica, dependência, grandes traumas psicológicos e familiares), raramente ditado por uma súbita perda de trabalho. Nesta situação local, com referência a Milão, a ONG Emergency foi a primeira a apontar o fenómeno, mesmo que tenha ficado sem realizar atendimentos durante alguns meses, uma vez que a organização está empenhada há mais de uma década num programa de assistência sanitária aos sem abrigo e ao mal-estar social na zona de Milão. De facto, se depararam com este novo fenómeno e descobriram que as situações tinham aumentado em poucos meses, e que aqueles indivíduos saudáveis já não estavam mais saudáveis em menos de um ano. Atualmente, estes novos párias estão entre os indivíduos com maior risco de saúde e exposição à infecção COVID-19, devido ao tipo de vida que levam. Uma dieta pobre em termos de quantidade e qualidade, uma relativa falta de higiene pessoal diária, e uma má qualidade do sono são elementos que poderiam aumentar o risco de infecção e diminuir a resistência imunitária ao evento pandémico. São os recém expostos à pandemia e suas variantes, com maior risco de morte em caso de infecção, bem como de ter dificuldade de acesso às vacinas.

Mas este novo fenómeno no contexto italiano é agravado por outros elementos que estão para além do controlo e da previsão. Se, por um lado, o rendimento de cidadania, o rendimento de emergência e o bónus para trabalhadores sazonais podem, de alguma forma hipotética, ter abrandado a descida ao inferno de milhares de indivíduos, por outro lado ainda há dados que levam a novas preocupações. O número de pessoas afetadas por alguma forma de subsídio ascende a 2,8 milhões de pessoas, a pobreza absoluta a 5,6

milhões de pessoas, pelo que esta é já uma situação preocupante, mas se acrescentarmos o número de pessoas em dificuldades económicas (salários baixos, contratos a tempo parcial) que não recebem apoio financeiro, os dados falam de cerca de 9 milhões de indivíduos em risco de adoecerem. E é precisamente a palavra "risco sanitário" mais do que a palavra "pobreza" que preocupa o Ministério da Saúde, uma vez que os riscos já associados à pandemia estão associados também a riscos ainda maiores no futuro, nomeadamente os de saúde comprometida devido a possíveis patologias crónicas. Estas poderiam ser evitadas se interceptadas, mas no nosso país poderiam (como já aconteceu) tornar-se condições e emergências crónicas que teriam um maior impacto económico e social no futuro. Outros contextos internacionais como o Canadá, Austrália, Nova Zelândia, ou China, de formas diferentes e diversificadas, tiveram durante décadas um controle social mais avançado da saúde como um bem comum. Conseguem ter uma abordagem institucional mais bem organizada, raciocinando precisamente sobre "a saúde como um bem comum", interceptando os problemas no seio das comunidades de diferentes culturas e mal-estar social. Têm uma maior consciência dos problemas que mencionamos em relação à diversidade cultural, e uma melhor abordagem a situações de dificuldade socioeconómica. Os países anglo-saxónicos acima mencionados têm uma abordagem mais intensiva e dedicada às dificuldades socioeconómicas, no sentido de que a ajuda é muitas vezes mais substancial do que monetária. A ajuda não se limita a cheques em dinheiro, mas através de uma análise cuidadosa das necessidades alimentares, especialmente dos menores, é prestado apoio sob a forma de produtos que proporcionam a ingestão correta de proteínas e vitaminas, para que não haja perda de peso durante o crescimento e para que o sistema imunitário dos jovens se mantenha intacto.

Mas não se limita apenas à alimentação, o mesmo sistema está ligado à habitação, em particular ao aquecimento e à saúde do ambiente, para que a saúde seja salvaguardada. A ajuda financeira aos imigrantes é proporcionalmente menos volumosa que os seus equivalentes italianos, por exemplo, mas se o "vale de compras" cobrir as necessidades alimentares do agregado familiar ou do indivíduo, é lógico que a parte puramente financeira em dinheiro deva parecer menos importante. Na Itália, por outro lado, os subsídios não são mais do que uma soma de dinheiro, que, mesmo que ajude a aliviar as dificuldades, não é certamente suficiente para obter um abastecimento alimentar adequado. Na Grã-Bretanha, por exemplo, a quantidade média é a mesma, mas os alimentos básicos como leite, carne e fruta para crianças e jovens, bem como o aquecimento doméstico, são fornecidos num bônus separado, não em dinheiro, mas em produtos a serem recolhidos pelos imigrantes.

Durante décadas, isto tornou possível lidar com problemas e dificuldades socioeconómicas, concentrando-se em alimentos de boa qualidade, o que, de fato, é também um elemento de boa saúde. Assim, a máxima da saúde como bem comum parece ter uma dimensão diferente se, por exemplo, forem feitas comparações com os Estados Unidos, onde o sistema de seguro de saúde não fornece

cuidados abrangentes, mas, pelo contrário, cria desigualdades com um forte impacto social. Por outro lado, só a pandemia nos EUA tem sido um elemento de grande debate cívico e moral e só com a nova presidência de Biden foram iniciadas medidas que tentam dar igualdade nos cuidados e na vacinação. Mas, como já foi dito várias vezes nesse texto, embora a saúde deva ser um bem comum, e isto deve ser garantido a todos através de tratamento, prevenção, e uma dieta correta e adequada, as abordagens são globalmente diversificadas. O enfoque na sociedade em países individuais tem um peso diverso em países diferentes, mesmo que as indicações da ONU, as diretivas da OMS como a agenda 2020/2030 deem atenção, orientação e soluções, muitas vezes não são seguidas. A pandemia mostrou como programas e organizações que não estavam atentos à saúde como bem comum no passado, criaram danos, implementando mortes. A economia em muitos países, ao reduzir a saúde pública, mostrou que muitas mortes poderiam ter sido evitadas, mostrou que a restrição de recursos financeiros para políticas sociais não foi de modo algum um ganho, pelo contrário, acabou por gastar mais com a perda da saúde e vida, que significou mais danos para as pessoas.

NOS países onde uma abordagem estruturada e culturalmente correta da diversidade cultural e do desconforto social tem sido construída ao longo do tempo, os danos têm sido contidos exponencialmente. A presença contínua de pessoal de saúde nos territórios, entre as comunidades indígenas e não indígenas, e a prestação de informação e educação sanitária significaram que os países assistiram a uma redução considerável de mortes. A própria proximidade com as pessoas do sistema tornou possível apoiar psicologicamente também os indivíduos, especialmente os mais jovens, limitando assim os danos futuros. Claro que não é possível fazer história com os "se", mas é sem dúvida necessário implementar todos aqueles sistemas que provaram ser funcionais para que o direito à saúde como um bem comum permaneça assim e tenha de se tornar assim a nível global. As experiências locais e diversificadas podem ser úteis como elementos de orientação, mas sobretudo como indicadores de uma necessidade viável, de que a salvaguarda da saúde, igualdade no tratamento, educação sanitária e prevenção deve criar uma cultura globalizada do direito à saúde como um bem comum.

Bibliografia:

Il Fatto quotidiano 17 Giugno 2021

ISTAT, Istituto nazionale di statistica aggiornamento dati sulla povertà del 16 Giugno 2021

“L' economia dei poveri. Capire la vera natura della povertà per combatterla”.

Abhijit Vinayak Banerjee, Esther Duflo Editore Feltrinelli, 2020. EAN: 9788807893889

“Povertà in Europa e trasformazione dello stato sociale”.

Nicola Negri e altri H. Hartmann, S. Leibfried, S. Milano, J. Riedl, W. Rosenbaum, C. Saraceno, G. Sarpellon, B. Schulte, F. Tennstedt, P. Townsend Collana Dipartimento di scienze sociali, Università di Torino (Codice editore 885.73).

Il potere del virus Daniele Magrini Effigi Edizioni, Grosseto 2021.

Texto traduzido e revisado do original em italiano por Alcindo Antônio Ferla e Maria Augusta Nicoli.

Informazioni sull'evento / Information about the event / Informações sobre o evento:

L'evento è accessibile per intero sul canale ufficiale dell'Università di Parma, in italiano e in inglese, con sottotitoli, come indicato di seguito.

The event can be accessed in full on the official channel of the University of Parma, in Italian and English, with subtitles, as indicated below.

O evento pode ser acessado na íntegra no canal oficial da Universidade de Parma, em italiano e inglês, com legendas, conforme indicado a seguir.

La salute come bene comune. Condividere esperienze internazionali durante la pandemia Covid-19

Disponibile in italiano:

<https://www.youtube.com/watch?v=PIXwNvuLngg>



Università di Parma - canale ufficiale -
5,32 mil iscritti

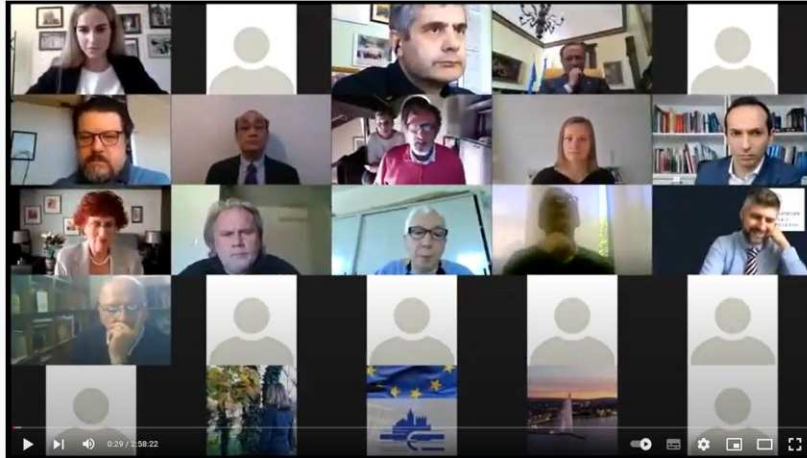
26 maggio 2021 - "La salute come bene comune. Condividere esperienze internazionali durante la pandemia Covid-19"

MOSTRAR MAIS

Health as a common good. Sharing international experiences during the Covid-19 pandemic.

Available in English:

<https://www.youtube.com/watch?v=8Xrlm0gf4A0>



 **Università di Parma - canale ufficiale -**
5.32 mil iscritti

26th may 2021 - Health as a common good. Sharing international experiences during the Covid-19 pandemic.

MOSTRAR MAIS.

Informazioni sugli autori / About the authors / Sobre os autores e autoras:

Dagli organizzatori:

Leopoldo Sarli:

Professore Associato di chirurgia dell'Università di Parma: Direttore del laboratorio didattico per la simulazione in medicina; Deputy Editor of Acta Biomedica for Health Professional; Professore di clinica chirurgica nel corso di laurea in Infermieristica; Professore di semeiotica chirurgica nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia; Docente della scuola di specializzazione in Chirurgia Generale; Membro del collegio docenti della Scuola di Dottorato in Scienze Mediche e Chirurgiche Traslazionali; Presidente del Master "Infermieristica di famiglia e di comunità ed assistenza integrata per la salute collettiva"; Presidente del Master "Strategie formative in ambito socio-sanitario: standard europei ed innovazione"; Presidente del Master "Management del rischio infettivo correlato all'assistenza"; Presidente del Master "Ricerca per le professioni sanitarie, l'approccio qualitativo"; Componente del gruppo di lavoro per l'innovazione della didattica del Dipartimento di Medicina e Chirurgia; già direttore del Centro Universitario per la Cooperazione Internazionale. / Associate Professor of Surgery at the University of Parma: Director of the didactic laboratory for simulation in medicine; Deputy Editor of Acta Biomedica for Health Professional; Professor of Clinical Surgery in the Nursing Degree Course; Professor of surgical semeiotics in the degree course in Medicine and Surgery; Lecturer at the School of Specialization in General Surgery; Member of the teaching staff of the Doctoral School in Translational Medical and Surgical Sciences; President of the Master "Family and community nursing and integrated assistance for collective health"; President of the Master "Training strategies in the socio-health sector: European standards and innovation"; President of the Master "Management of infectious risk related to assistance"; President of the Master "Research for the health professions, the qualitative approach"; Member of the teaching innovation working group of the Department of Medicine and Surgery; former director of the University Center for International Cooperation.

Clelia D'Apice:

Assegnista di Ricerca del Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma; Dottoranda del corso di Scienze Mediche e Chirurgiche Traslazionali dell'Università di Parma; Membro del Centro Universitario per la Cooperazione Internazionale dell'Università di Parma; Consulente Human Rights and Development Advocacy Officer della Suu Foundation; Esperta di cooperazione internazionale e salute globale; Socia fondatrice di saluteglobale.it ; Membro del Direttivo dell'Associazione per l'Amicizia Italia Birmania Giuseppe Malpeli. / Research Fellow of the Department of Medicine and Surgery of the University of Parma; PhD student of the course of Medical and Translational Surgical Sciences of the University of Parma; Member of the University Center for International

Cooperation of the University of Parma; Human Rights and Development Advocacy Officer Consultant of the Suu Foundation; Expert in international cooperation and global health; Founding member of saluteglobale.it; Member of the Board of the Association for Friendship Italy Burma Giuseppe Malpeli.

Dagli altri autori:

Alcindo Antônio Ferla:

Médico, professor de saúde coletiva. Professor permanente nos Programas de Pós-graduação em saúde coletiva (UFRGS), Psicologia (UFPA) e Saúde da Família (UFSM). Professor convidado nos Programas de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (UNAM/CIES, Nicarágua) e Antropologia (URV, Tarragona, Espanha). Membro titular da Comissão de Recursos Humanos e Relações do Trabalho (CIRHRT, Conselho Nacional de Saúde). Editor Chefe da Editora Rede Unida. / Medico, professore di salute collettiva. Professore permanente nei programmi post-laurea in Salute collettiva (UFRGS), Psicologia (UFPA) e Salute familiare (UFSM). Professore invitato nei programmi di laurea in Scienze della Salute (UNAM/CIES, Nicaragua) e Antropologia (URV, Tarragona, Spagna). Membro titolare della Commissione per le risorse umane e le relazioni di lavoro (CIRHRT, Consiglio Nazionale della Sanità). Editore capo della Editora Rede Unida.

Chiara Benedetti:

Laureata in Medicina e Chirurgia, presso Università degli studi di Parma nel 2017 ed abilitata a marzo 2018. Titolare di borsa di ricerca presso reparto di Clinica Geriatrica - Università degli studi Parma dal 2018 al 2020. Contratto "Covid" presso dipartimento di Sanità Pubblica Azienda Ausl di Modena per contact tracing e vaccinazioni Covid da febbraio 2021. Specializzanda in medicina di Comunità e delle Cure Primarie a Modena da novembre 2021. / Graduada em Medicina e Cirurgia na Universidade de Parma em 2017 e laureada em março de 2018. Titular de uma bolsa de investigação no Departamento de Clínica Geriátrica - Universidade de Parma, de 2018 a 2020. Contrato "Covid" no Departamento de Saúde Pública Azienda AUSL de Modena para rastreio de contatos e vacinas Covid a partir de fevereiro de 2021. Especialista em medicina comunitária e cuidados primários em Modena, novembro de 2021.

Giovanni Casaletti:

Medico, specializzato in Medicina del Lavoro. Dopo un breve periodo come medico competente presso aziende produttive della zona di Modena, è stato medico di Igiene Pubblica presso l'Unità Sanitaria Locale di Mirandola (Modena). Fra le attività professionali più significative, oltre che quelle riguardanti la prevenzione delle malattie infettive, possono essere menzionabili quelle riguardanti il corretto funzionamento delle strutture di

assistenza per anziani fragili e il coordinamento delle attività di assistenza sanitaria alla popolazione e ai campi di accoglienza in occasione del sisma che ha colpito la provincia di Modena nel 2012. Attualmente è direttore del Servizio Igiene Pubblica presso il Dipartimento di Sanità Pubblica Ausl di Modena. In passato, al di fuori delle attività professionali, ha rivestito il ruolo di Assessore ai Servizi Sociali. / Médico, especialista em Medicina do Trabalho. Após um breve período como médico do trabalho em empresas manufatureiras na área de Modena, foi médico de saúde pública nas Unidades Locais de Saúde (USL) de Mirandola (Modena). Entre as atividades profissionais mais significativas, para além das que dizem respeito à prevenção de doenças infecciosas, podem ser mencionadas as que dizem respeito ao bom funcionamento das instalações de cuidados aos idosos frágeis e à coordenação das atividades de cuidados de saúde para a população e os campos de acolhimento durante o terramoto que atingiu a província de Modena em 2012. Atualmente é diretor do Serviço de Higiene Pública do Departamento de Saúde Pública da AUSL [Empresa dos Serviços Locais de Saúde, em tradução livre] de Modena. No passado, para além das suas atividades profissionais, foi Conselheiro dos Serviços Sociais.

Giovanni Panciroli:

Medico, specializzando in Igiene e Medicina Preventiva presso l'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia. È rappresentante per la Scuola di Specializzazione di Modena e Reggio Emilia nella Consulta Specializzandi biennio 2021-2022 della Società Italiana di Igiene. Ha collaborato con associazioni di volontariato del territorio attive in campo sanitario come l'Associazione Porta Aperta e l'ONG Medici con l'Africa CUAMM, anche attraverso le attività del Segretariato Italiano Studenti in Medicina. / Doutor, especialista em Higiene e Medicina Preventiva na Universidade de Modena e Reggio Emilia. É o representante da Escola de Especialização de Modena e Reggio Emilia na Consulta de Estagiários da Sociedade Italiana de Higiene de 2021-2022. Colaborou com associações locais de voluntariado ativas no campo da saúde, tais como a Associação Porta Aperta e a ONG Médicos com África CUAMM, também através das atividades do Secretariado dos Estudantes de Medicina Italianos.

Glenn Laverack:

Visiting Professor, Department of Sociology and Social Research, University of Trento. Adjunct Full Professor, College of Medicine & Health Sciences, UAE University, United Arab Emirates. Member Technical Advisory Group on Behavioural Insights, World Health Organisation, Geneva. / Visiting Professor, Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università di Trento. Professore Ordinario Aggiunto, College of Medicine & Health Sciences, Università degli Emirati Arabi Uniti, Emirati Arabi Uniti. Membro del Technical Advisory Group on Behavioral Insights, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra.

Maria Augusta Nicoli:

Medica, specialista in Psichiatria, Dottore di Ricerca in psicologia sociale. E' stata direttrice dell'Istituzione "Gian Franco Minguzzi" della Provincia di Bologna, professore a contratto presso l'Università di Parma di psicologia di comunità ed elementi di organizzazione dei servizi sociali, Responsabile dell'Area Innovazione Sociale dell'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale

dell'Emilia-Romagna, oltre che responsabile di progetti di ricerca-formazione-intervento nazionali ed internazionali nell'ambito delle politiche pubbliche per l'innovazione dei sistemi dei servizi sanitari e sociali. È vice-coordinatrice della Rede Unida. / Médica, especialista em psiquiatria, doutora em psicologia social. Foi diretora da Instituição "Gian Franco Minguzzi" da Província de Bolonha, professora contratada na Universidade de Parma de psicologia comunitária e elementos de organização de serviços sociais, chefe da Área de Inovação Social da Agência Regional de Saúde e Serviços Sociais da Emília-Romagna, bem como gestora de projetos nacionais e internacionais de investigação-formação-invenção no domínio das políticas públicas para a inovação dos sistemas de saúde e de serviços sociais. Ela é vice coordenadora da Rede Unida.

Maria Teresa Carluccio:

Laureata in Medicina e Chirurgia a marzo 2020; sostituzioni ai medici di medicina generale nell'assistenza territoriale; attività di Contact Tracing presso il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda di Modena, assunta il 9 febbraio 2021 e continua a tutt'oggi tale attività. / Graduada em Medicina em março de 2020; substituta de médicos generalistas na assistência territorial; atividade de rastreio de contatos no Departamento de Saúde Pública da Azienda de Modena, desde 9 de fevereiro de 2021.

Mattia Bonetti:

Laureato in Medicina e chirurgia, attività come medico di famiglia e presso il Servizio di Contact Tracing del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda di Modena. / Graduado em Medicina e Cirurgia, trabalhando como médico de família e no serviço de rastreio de contatos do Departamento de Saúde Pública da Azienda de Modena.

Milica Čavić:

Laureata in Medicina e Chirurgia a settembre 2020, ha lavorato al dipartimento di Sanità pubblica dell'Azienda USL di Modena da febbraio 2021 a ottobre 2021, da novembre 2021 specializzanda in Medicina d'Emergenza-Urgenza Università di Bologna. / Graduada em Medicina e Cirurgia em setembro de 2020, trabalhou no Departamento de Saúde Pública da Azienda USL de Modena de fevereiro de 2021 a outubro de 2021, especialista em Medicina de Emergência-Urgência da Universidade de Bolonha em novembro de 2021.

Pedro Melo:

Professor at Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal. Researcher at the Centre for Interdisciplinary Research in Health (Universidade Católica Portuguesa), in the fields of Community Empowerment, Community Health Nursing, Public Health Nursing and Epidemiology. Author of the Community Assessment, Intervention and Empowerment Model (MAIEC). Secretary-General of the Portuguese Society of Family Health Nursing (SPESF). Member of Directorate Board of the Association of Community Health Care Units (AUCC) in Portugal. Writer, broadcaster and youtuber in the fields of health and research. / Professore alla Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portogallo. Ricercatore presso il Centro per la ricerca interdisciplinare sulla salute (Universidade Católica Portuguesa), nei settori del Community Empowerment, Community Health Nursing, Public Health Nursing ed

Epidemiologia. Autore del Community Assessment, Intervention and Empowerment Model (MAIEC). Segretario Generale della Società Portoghese di Infermieristica Familiare (SPESF). Membro del consiglio di direzione dell'Associazione delle unità di salute di comunità (AUCC) in Portogallo. Scrittore, broadcaster e youtuber nel campo della salute e della ricerca.

Sabina Sanseverinati:

Laureata in medicina e chirurgia, specialista in radiodiagnostica e specializzanda in Igiene e Medicina preventiva presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. / [Graduada em medicina e cirurgia, especialista em radiodiagnóstico e em higiene e medicina preventiva na Universidade de Modena e Reggio Emilia.](#)

Sandrino Luigi Marra:

Docente a contratto e Coordinatore dell'insegnamento di Demoetnoantropologia del corso di Laurea in Infermieristica, Università di Parma. Referente per l'Internazionalizzazione e Terza Missione del corso di Laurea in Infermieristica, Università di Parma. Coordinatore dell'"Osservatorio Interculturale" del corso di Laurea in Infermieristica, Università di Parma. Consulente e redattore per le testate on line Paesenews.it (Rubrica Mondo Invisibile) "Geopolitica.info", "Archeomedia.net" nell'ambito Demoetnoantropologico e del disagio sociale. / [Adjunct Professor and Coordinator of the teaching of Demoethnoanthropology of the Degree Course in Nursing, University of Parma. Contact person for the Internationalization and Third Mission of the Degree in Nursing, University of Parma. Coordinator of the "Intercultural Observatory" of the Degree in Nursing, University of Parma. Consultant and editor for the online newspapers Paesenews.it \(Invisible World column\) "Geopolitica.info", "Archeomedia.net" in the Demo-ethno-anthropological and social distress fields.](#)

Valentina Serafini:

Laureata in Medicina e Chirurgia a settembre 2020, ha lavorato presso il Servizio di contact tracing al dipartimento di Sanità pubblica di Azienda USL di Modena da febbraio 2021 a ottobre 2021. / [Graduada em medicina em setembro de 2020, trabalhou no serviço de rastreio de contatos do Departamento de Saúde Pública da Azienda USL de Modena de fevereiro de 2021 a outubro de 2021.](#)

Il contenuto di questo volume è frutto di un convegno internazionale in videoconferenza organizzato dagli autori nel maggio del 2021 con il fine di scambiare esperienze relative alle conseguenze della pandemia di Covid-19 provenienti da ogni parte del mondo. Attraverso il convegno, abbiamo voluto rimarcare come la salute sia un diritto umano inalienabile, e come tale richieda protezione. Il Rettore dell'Università di Parma Paolo Andrei, nel suo discorso di apertura, ha ricordato che la salute è sia un diritto che un dovere: diritto umano fondamentale che deve essere garantito ad ogni individuo, e dovere di ogni individuo di impegnarsi per il suo riconoscimento e per la sua tutela. Una chiamata ad essere protagonisti attivi.

The content of this volume is the result of an international videoconference organized by the authors in May 2021 with the aim of exchanging experiences related to the consequences of the Covid-19 pandemic from all over the world. Through the conference, we wanted to emphasize that health is an inalienable human right, and as such requires protection. In his opening speech, the Rector of the University of Parma, Paolo Andrei, recalled that health is both a right and a duty: a fundamental human right that must be guaranteed to every individual, and the duty of every individual to work for its recognition and protection. A call to be active protagonists.

O conteúdo deste volume é o resultado de uma conferência internacional realizada remotamente e organizada pelos autores em maio de 2021 com o objetivo de trocar experiências relacionadas com as consequências da pandemia de Covid-19 em todo o mundo. Através da conferência, quisemos salientar que a saúde é um direito humano inalienável, e como tal requer proteção. No seu discurso de abertura, o Reitor da Universidade de Parma, Paolo Andrei, recordou que a saúde é tanto um direito como um dever: um direito humano fundamental que deve ser garantido a cada indivíduo, e o dever de cada indivíduo trabalhar para o seu reconhecimento e proteção. Um apelo a serem protagonistas ativos.

ISBN 978-85-54329-56-3

