

Territórios, temporalidades, atenção à saúde e Covid-19: dimensão nacional e internacional

Edna Maria Goulart Joazeiro
Org.



**Territórios, temporalidades,
atenção à saúde e Covid-19:**
dimensão nacional e internacional

Edna Maria Goulart Joazeiro
Org.

**Territórios, temporalidades,
atenção à saúde e Covid-19:**
dimensão nacional e internacional



Reitor

Gildásio Guedes Fernandes

Vice-Reitor

Viriato Campelo

Superintendente de Comunicação Social

Samantha Viana Castelo Branco Rocha Carvalho

Editor

Cleber de Deus Pereira da Silva

EDUFPI - Conselho Editorial

Cleber de Deus Pereira da Silva (presidente)

Cleber Ranieri Ribas de Almeida

Gustavo Fortes Said

Nelson Juliano Cardoso Matos

Nelson Nery Costa

Viriato Campelo

Wilson Seraine da Silva Filho

**Comitê Editorial Adhoc**

Carlos Andrade Guzman

Dalva Rossi

Elaine Fonseca Amaral da Silva

Maria Virgínia Righetti Fernandes Camilo

Rita de Cássia Cronemberger Sobral

Romina Julieta Sanchez Paradizo de Oliveira

Yves Lacascade

Edição e Normalização Bibliográfica

Edna Maria Goulart Joazeiro

Revisão

Edna Maria Goulart Joazeiro

Laína Jennifer Carvalho Araújo

Diagramação

Wellington Silva

Capa

Camila Goulart Joazeiro

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal do Piauí

Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas e Letras

Serviço de Processamento Técnico

T327 Territórios, temporalidades, atenção à saúde e Covid-19 : dimensão nacional e internacional / organizadora, Edna Maria Goulart Joazeiro. – Teresina : EDUFPI, 2024.

E-book.

ISBN: 978-65-5904-287-6

1. Saúde Pública. 2. Pandemia. 3. Políticas Públicas. 4. Cooperação Internacional. I. Joazeiro, Edna Maria Goulart. II. Título.

CDD: 362.1

Bibliotecária: Amanda Maria Coelho Vieira Albuquerque - CRB3/1353



Editora da Universidade Federal do Piauí - EDUFPI
Campus Universitário Ministro Petrônio Portella
CEP: 64049-550 - Bairro Ininga - Teresina - PI - Brasil



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

CIÊNCIA, INTERNACIONALIZAÇÃO E DEFESA DA VIDA..... 9

Edna Maria Goulart Joazeiro

PREFÁCIO

UNIVERSIDADE, PRODUÇÃO DA CIÊNCIA E A
CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO 23

Maria Lúcia Martinelli

Parte 1

Dimensão conceitual em diferentes campos de conhecimento

O CAMPO DO CONHECIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL
E O TRABALHO EM TEMPO DE PANDEMIA: TENSÕES E
CONTRADIÇÕES 29

Yolanda Guerra

COVID-19 NO BRASIL: PERSPECTIVAS MULTIDIMENSIONAIS
PARA A COMPREENSÃO DE UMA CRISE SANITÁRIA.....51

Maria Fátima de Sousa

José da Paz Oliveira Alvarenga

Ana Valéria Machado Mendonça

DA PREVALÊNCIA À PROLIFERAÇÃO DOS PROGRAMAS DE
TRANSFERÊNCIA MONETÁRIA NA CONTEMPORANEIDADE
DA PROTEÇÃO SOCIAL NA AMÉRICA LATINA E CARIBE, COM
DESTAQUE AO BRASIL: CAMINHOS E DESCAMINHOS 79

Maria Ozanira da Silva e Silva

AS INTERFACES DA COVID-19 COM OS SEGMENTOS
JUVENTUDE E IDOSOS EM VULNERABILIDADE SOCIAL
NO BRASIL103

Ana Rojas Acosta

Maria do Rosário de Fátima e Silva

O IMPACTO DA COVID-19 NA GESTAÇÃO:
BREVE HISTÓRICO, VARIANTES VIRAIS E PERSPECTIVAS..... 129

Guilherme de Moraes Nobrega

Maria Laura Costa do Nascimento

Parte 2

Dimensão internacional e enfrentamento da pandemia da Covid-19

TERRITÓRIOS, CONCEPÇÕES, RACIONALIDADES:
DINÂMICA DO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA
DA COVID-19 NO PIAUÍ 147

Edna Maria Goulart Joazeiro

Laína Jennifer Carvalho Araújo

Romário Gonçalves da Silva

CHILE FRENTE A LA PANDEMIA POR COVID-19: CONTROL,
PLANIFICACIÓN Y CULPABILIZACIÓN 177

Sandra Elena Iturrieta Olivares

Clément Colin

LE COVID-19 EN FRANCE, QUELLES LEÇONS RETENIR
POUR LE TRAVAIL SOCIAL ?207

Ingrid Dromard

DE LA CONTINUITÉ PÉDAGOGIQUE À L'UNIVERSITÉ
DURANT LA CRISE SANITAIRE COVID-19 À L'EXPÉRIENCE
D'APPRENTISSAGE DES ÉTUDIANTS.....245

Jean-Luc Denny

Louis Durrive

BALANCE GENERAL LOS EFECTOS DE LA COVID-19
EN COSTA RICA: 2020-2023 271

Juan José Romero Zúñiga
Agustín Gómez Meléndez

TÚNEL DE FILÓN Y QUÍMICA ASESINA EN TIEMPOS DE
COVID-19: SALUBRIDAD EN COMUNIDADES INDÍGENAS
EN VENEZUELA 311

Jenny González Muñoz
Henry Vallejo Infante

POSFÁCIO

CIÊNCIA E COVID-19: IMPLICAÇÕES CIENTÍFICAS, ÉTICAS,
SOCIAIS E POLÍTICAS..... 339

Solange Maria Teixeira

SOBRE OS(AS) AUTORES(AS)..... 345

APRESENTAÇÃO

CIÊNCIA, INTERNACIONALIZAÇÃO E DEFESA DA VIDA

A Coletânea *Territórios, temporalidades, atenção à saúde e Covid-19: dimensão nacional e internacional* é uma produção analítico-conceitual imersa em um tempo específico da história recente, atravessada por uma conjugação de crises, dentre elas, a crise sanitária da pandemia da Covid-19, que elevou os riscos na dinâmica da vida nas pequenas e nas grandes cidades, tendo desencadeado um contexto de elevada incerteza, com ampliação da desigualdade social.

A coletânea que temos a honra de apresentar à comunidade científica nacional e internacional almeja a socialização do conhecimento científico entre pesquisadores e sociedade em geral, visando dar visibilidade aos desafios da atualidade, ao mesmo tempo que materializa o espaço criado para aprofundar a temática da pandemia em diferentes centros de pesquisa, uma vez que estão inseridos em contextos nacionais marcados por múltiplas e variadas formas de sociabilidade, de organização da rede de proteção social e de saúde, e inseridos na dinâmica da crise

do capitalismo, contudo, em contextos marcados por específicos ordenamentos conceituais, legais e societais.

A obra visa, ainda, dar visibilidade aos estudos que vêm sendo realizados, a partir da colaboração entre os pesquisadores nacionais e estrangeiros vinculados ou não ao Núcleo de Pesquisa Formação, Educação, Trabalho e Políticas Públicas, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI), fato que tem permitido a convergência de objetivos, e, concomitantemente, fortalece o processo de internacionalização do conhecimento, materializado na publicação das análises ora apresentadas ao público e compartilhadas entre as equipes de pesquisadores de importantes universidades.

Nesse contexto de múltiplos desafios e riscos, demos início à pesquisa *Territórios, temporalidades, dinâmicas do agravo e de atenção à saúde da Covid-19 no Estado Piauí: desigualdade social, dimensão local e internacional*¹, vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisa Formação, Trabalho, Desigualdade Social e Políticas Públicas, cadastrado no CNPq, sob nossa coordenação. Na sequência, construímos o estudo denominado *Territórios, temporalidades e desigualdade social: trabalho profissional das profissões das políticas de Saúde e de Assistência Social em diferentes contextos nacionais e internacionais em tempo de pandemia da Covid-19, Brasil, Chile e França*, financiado pela Chamada CNPq/Universal 2022-2025.

Esses projetos estimulam a reflexão sobre as mudanças no arcabouço conceitual, legal e interventivo, mediante a análise da dinâmica da pandemia da Covid-19, e de suas variantes, nos territórios, visando à produção de densa e permanente interlocução e reflexão sobre a atividade científica que emerge, nesse tempo particular da história, em diferentes contextos nacionais. O estabelecimento de forte relação

1 Bolsa produtividade em pesquisa, CNPq.

entre os pesquisadores contribuiu para o desenvolvimento de importantes estudos e para consolidar uma relação de compromisso e de compartilhamento das perspectivas de análise no decorrer do tempo.

Esta obra é fruto da cooperação científica de diferentes pesquisadores de Grupos e de Centros de pesquisas nacionais e internacionais, oriundos do Brasil, do Chile, da França, da Venezuela e da Costa Rica, que têm construído espaço de diálogo para analisar o campo da saúde e o das políticas públicas como espaço social atravessado por múltiplas formas de poder, saber e de tecnologias que são construídas no decorrer do tempo.

Nessa perspectiva, nossos estudos remetem à preocupação fundamental de repensar o regime de produção de conhecimentos sobre o trabalho, tal qual o fizeram Oddone (1984) e Schwartz (1988)², quer seja na tese de estado, quer seja ao longo de sua relevante e densa produção científica. Acreditamos que esse fenômeno requererá da Comunidade Científica Ampliada (Oddone, 1984) contínua e consistente análise da dinâmica instaurada em diferentes contextos locais, nacionais e internacionais. Esta Coletânea faz parte da conjugação de esforços para compreender a dinâmica deste tempo e seus múltiplos e mútuos desafios.

Estes estudos, desde o princípio, envolveram pesquisadores de diferentes campos conceituais, de diversos países, que estavam inseridos em contextos sócio-históricos específicos, submetidos a elevado grau de incerteza, que almejam contribuir para a compreensão desse fenômeno multifacético e complexo do enfrentamento à pandemia.

2 Referimo-nos, particularmente, à ODDONE, Ivar. **Rédécouvrir l'expérience ouvrière: vers une autre Psychologie du travail.** Paris: Messidor/Éditions Sociales, 1981 ; e SCHWARTZ, Yves. **Éxpérience et connaissance du travail.** Paris: Messidor/Éditions Sociales, 1988.

Tais estudos visam ampliar a perspectiva de análise sobre a crise sanitária e seus impactos em diferentes contextos nacionais, com ênfase no Brasil, no Chile e na França, estando atentos à multiplicidade de dimensões que envolvem a vida e a cidadania nos diversos países que passaram a colaborar conosco para a ampliação do acesso à informação ao público em geral, através do uso de tecnologia remota e de veiculação de informação de qualidade.

Diante disso, cumpre assinalar que a Coletânea *Atenção à saúde em tempo de pandemia da Covid-19: contextos nacionais e internacionais*, por nós organizada e publicada pela EDUFPI (2022), apresenta uma análise dos impactos iniciais da pandemia, destacando especialmente o profundo desconforto intelectual que marcava aquele tempo, no qual o desconhecimento sobre o vírus, as formas de contágio, as incertezas sobre estratégias preventivas, agravada pela inexistência de imunizantes e da incessante busca para construir protocolos de atenção que minimizassem os efeitos deletérios do contágio e a morte de amplos segmentos da população mundial.

Naquele momento, urgia construir caminhos para proteger a vida e ampliar as alternativas de divulgação de informações pertinentes. Buscava-se, ainda, o desenvolvimento de contramedidas para mitigar os efeitos da doença, considerando a letalidade provocada pela conjugação de riscos sanitários, pela difusão de *fake News*, e almejava-se minimizar os efeitos de desastrosas ações de governos nacionais, que criaram obstáculos ao enfrentamento da pandemia com bases científicas. Os sistemas de saúde e os de proteção social deparavam-se com a ampliação continuada de demanda por seus serviços, muitos deles entraram em colapso em momentos de ampliação do contágio, de surgimento de novas variantes e de escassez de leitos e de tecnologias de intervenção.

Naquele contexto, com base nas ações do subprojeto de pesquisa intitulado *Covid-19: Trabalho Profissional do Serviço Social no enfrentamento à pandemia no SUS e a intersectorialidade das políticas públicas: diálogos locais e internacionais*, organizamos, juntamente com os membros do Grupo de Pesquisa supramencionado, em parceria com os pesquisadores de diferentes universidades e países, as duas edições do curso *Diálogos Locais, Nacionais e Internacionais sobre a Pandemia da Covid-19 em diferentes contextos*, implantadas a partir do mês de setembro do ano de 2020, tendo sido mantidas até o final do ano de 2022, mediante o uso de tecnologia remota e transmissão síncrona pelo canal do YouTube do referido Núcleo de Pesquisa.

A Coletânea ora apresentada é um instrumento que visa a socialização do conhecimento decorrente da história recente do enfrentamento à pandemia da Covid-19, que se materializa nas páginas desta obra como fruto da construção de uma Entidade Coletiva Relativamente Pertinente (ECRP) de pesquisadores que são oriundos de diferentes campos conceituais, de diversificadas Universidades e de Centros de Pesquisa de Excelência situados em inúmeros países e continentes que compartilham profunda crença no lugar que a Ciência ocupa no projeto de defesa da vida e da cidadania.

A Ergologia cunhou o conceito de ECRP para se referir às múltiplas dimensões *relativamente pertinentes* ao meio de trabalho e de relações com suas dinâmicas locais, regionais, relacionais, de patrimônio de saberes e de histórias, de uso de técnicas e de relações de poder. Assinala Schwartz (1998, p. 123)³ que nessas “entidades coletivas plásticas” geralmente está presente

3 Cf. SCHWARTZ, Yves. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel, **Educação & Sociedade**. Ano XIX, n. 65, p. 101-139, dez. 1998.

a “[...] impossibilidade quase geral de definir coletivos estáveis e circunscritos [...] com coletivos de geometria variável (no tempo e espaço), em superposição ou recobrimentos parciais” (p. 130); onde não se “[...] é possível identificar crises estáveis para essa enigmática ‘competência coletiva’” (p. 131).

Espaço que se caracteriza por uma “geometria mais ou menos variável” (Schwartz, 2005, p. 205)⁴, no qual os coletivos são “previsíveis somente em tendência” (p. 242), uma vez que estão sempre procurando, em parte, se guiar nas dinâmicas das “histórias locais” (p. 242).

Dessa forma, é importante salientar que esse coletivo de pesquisadores foi inúmeras vezes confrontado com seu próprio modo de ver a história, tanto nas suas atividades pessoais quanto no que se refere ao histórico das relações tecidas neste ECRP onde trabalham, estudam, pesquisam, ensinam ou atendem a inúmeras situações de agravos à saúde associadas ou não às múltiplas manifestações da “questão social”, profundamente agravadas em tempos de sobreposição de crises e de ampliação de riscos sociais, socioterritoriais, sanitários, pessoais e de insegurança alimentar.

A construção desta obra está ancorada no histórico desses inúmeros ECRPs, fundada, portanto, nas relações tecidas nas microgestões já empreendidas, no passado e no presente recente, e se pautam, também, em uma densa análise de conjuntura das relações e dos valores desse meio de trabalho e de vida. Eles são decorrência dos conhecimentos das normas antecedentes – polo de registro 1, “[...] imerso no patrimônio cultural e simbólico,

4 Cf. SCHWARTZ, Yves. Transmissão e Ensino: do mecânico ao pedagógico, **Pro-Posições**, vol. 16, n. 3 (48): 229-244, set./dez. 2005.

reelaborados, mesmo que ínfima ou parcialmente, criando outras normas – outros conhecimentos”⁵ (Rosa, 2004, p. 139).

Os autores de diferentes campos conceituais, que ora compartilham suas perspectivas de análise, apresentando um balanço sobre a pandemia no decorrer do tempo, são oriundos das seguintes universidades e centros de pesquisa: Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (PPGPP UFPI); Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM UNICAMP); Pontifícia Universidad Católica de Valparaíso (PUC VP), Chile; Aix Marseille Université, França; Societé Internationale d’Ergologie (SIE), Paris; Conservatoire National des Arts et Métiers, CNAM, Paris; Laboratoire Interuniversitaire des Sciences de l’Education et de la Communication da Université de Strasbourg (LISEC UNISTRA), França; Programa de Investigación em Medicina Poblacional da Universidad Nacional da Costa Rica; Centro de Investigación Observatorio del Desarrollo, Universidad de Costa Rica; Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS UnB); Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde da UnB; Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão (PPGPP UFMA); Escola de Belas Artes da Universidade Federal de Minas Gerais (EBA UFMG); Centro de Investigaciones Mariano Picón Salas (UPEL-IPC), Venezuela; Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); e Programa de Estudos Pós-Graduados da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. A todos, o nosso respeito e nossa sincera gratidão.

5 Cf. ROSA, Maria Inês, **Usos de si e testemunhos de trabalhadores**. Com estudo crítico da Sociologia Industrial e da Reestruturação Produtiva. São Paulo: Letras & Letras, 2004, p. 139.

ESTRUTURA DA COLETÂNEA

A Coletânea está organizada em duas partes. Na Parte 1 estão situadas as contribuições de relevantes autores sobre a dimensão conceitual em diferentes campos de conhecimento; na Parte 2 enfatiza-se a dimensão internacional e o enfrentamento à pandemia da Covid-19 em diferentes contextos nacionais, visando contribuir para análise rigorosa e crítica dos desafios presentes para a Universidade, a Ciência, a Política, o Estado e a Humanidade.

A Parte 1 enfatiza a dimensão conceitual em diferentes campos de conhecimento.

No capítulo 1, denominado *O campo do conhecimento do Serviço Social e o trabalho em tempo de pandemia: tensões e contradições*, Yolanda Guerra apresenta sólida análise sobre a necessidade de se buscar as explicações estruturais dos fenômenos sociais, visando deslindar as mediações constitutivas e explicativas do conteúdo que os processos sociais adquirem em contextos e conjunturas particulares, a exemplo da conjuntura pandêmica; assinala, ainda, a precarização estrutural do trabalho na atualidade e seus rebatimentos no trabalho profissional na sociedade. Desse modo, a pandemia não inaugura, mas aprofunda, não apenas processos de precarização do trabalho, mas, também, a postura de resiliência diante das situações emergenciais e excepcionais que se apresentam na atualidade.

No capítulo 2, os autores Maria Fátima de Sousa, José da Paz Oliveira Alvarenga e Ana Valéria Machado Mendonça, no texto *Covid-19 no Brasil: Perspectivas multidimensionais para a compreensão de uma crise sanitária*, discutem as desigualdades no Brasil e os dilemas que estão postos para o SUS em um Brasil plural onde estão

presentes desafios e oportunidades para efetivação da garantia do direito à saúde em territórios diversos e complexos.

O capítulo 3, de autoria de Maria Ozanira da Silva e Silva, sob o título *Da Prevalência à proliferação dos Programas de Transferência Monetária na contemporaneidade da Proteção Social na América Latina e Caribe, com destaque ao Brasil: caminhos e descaminhos*, analisa as modalidades de Programas de Transferência Monetária, destacando as imprecisões conceituais e os fundamentos político-ideológicos. A autora contribui para uma ampla análise do panorama dos Programas de Transferência Monetária no Brasil e na América Latina e Caribe.

No capítulo 4, *As interfaces da Covid-19 com os segmentos juventude e idosos em vulnerabilidade social no Brasil*, Ana Rojas Acosta e Maria do Rosário de Fátima e Silva assinalam que a crise sanitária que se instalou no país, com a pandemia da Covid-19, deu-se em um contexto de retração da economia, de contingenciamento de recursos do fundo público, tendo acarretado o esvaziamento dos investimentos nas políticas de corte social, agravando fortemente as condições de vida das famílias em situação de vulnerabilidade social. Nesse contexto, defendem a necessidade de redimensionamento da agenda pública estatal para o atendimento das necessidades de jovens e idosos, visando a defesa dos direitos desse segmento de população.

No capítulo 5, *O impacto da Covid-19 na gestação: breve histórico, variantes virais e perspectivas*, Guilherme de Moraes Nobrega e Maria Laura Costa do Nascimento assinalam que foi significativo o impacto do SARS-CoV-2 na população obstétrica, com evidência de demoras no cenário nacional, levando a mortes maternas sem possibilidade de adequado suporte ventilatório ou internação em Unidade de Terapia Intensiva.

Nesse contexto, por exemplo, gestantes e puérperas são mais suscetíveis a complicações graves da Covid-19. As variantes de preocupação do SARS-CoV-2, com enfoque na variante Gamma, contribuíram para o aumento da morbidade e da mortalidade materna. Assinalam que a vacinação se mostrou eficaz na redução da mortalidade e na redução de desfechos graves, tendo sido uma ferramenta essencial na proteção dessas mulheres e na redução dos danos causados pela doença. Enfatizam que pesquisas adicionais são necessárias para entender o impacto dessas variantes na população obstétrica, visando aprimorar as estratégias de cuidados em saúde materna.

Na Parte 2 da coletânea enfatiza-se a dimensão internacional e o enfrentamento à pandemia da Covid-19 em diferentes contextos.

No capítulo 6, *Territórios, concepções, racionalidades: dinâmica do enfrentamento da pandemia da Covid-19 no Piauí*, Edna Maria Goulart Joazeiro, Laína Jennifer Carvalho Araújo e Romário Gonçalves da Silva, ancorados no método histórico-dialético, analisam a relação entre territórios, concepções, racionalidades, “questão social” e a produção do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde, bem como as possibilidades e os limites do enfrentamento à pandemia da Covid-19 no Piauí em tempos de crises, considerando a dinâmica perversa de agravamento dos casos, das mortes e a ampliação da pobreza no decorrer da série histórica 2020-2023.

No capítulo 7, *Chile frente a la pandemia por Covid-19: Control, planificación y culpabilización*, Sandra Elena Iturrieta Olivares e Clément Colin analisam o período da crise sanitária da Covid-19 no país como um tempo marcado por uma intervenção autoritária do Governo, tendo destacado a recorrência da culpabilização, do uso do toque de recolher e de prisões, violações e abusos

policiais que, sob o argumento do enfrentamento à crise sanitária, consolidaram uma dinâmica de opressão contra a população sobrecarregada por doenças, mortes, confinamento e pelos efeitos da crise econômica.

No capítulo 8, *Le Covid-19 en France, quelles leçons retenir pour le Travail Social?* Ingrid Dromard apresenta, em língua francesa, uma análise das contradições existentes no trabalho feito pelas diversas ocupações que realizam o Trabalho Social na França. Enfatiza que os profissionais que atuam nessas atividades enfrentam contexto de ampliação da vulnerabilidade social decorrente dos impactos da crise sanitária mundial. Assinala que, em fevereiro de 2022, o Governo francês programou uma conferência sobre trabalho social decorrente da escassez de profissionais, uma vez que, na atualidade, são inúmeras as dificuldades para o recrutamento desses profissionais, tanto no setor social quanto no setor médico-social.

No capítulo 9, *De la continuité pédagogique à l'université durant la crise sanitaire Covid-19 à l'expérience d'apprentissage des étudiants*, Jean-Luc Denny e Louis Durrive, em língua francesa, tomam como objeto de análise as iniciativas dos estudantes para lidar com as restrições decorrentes da crise sanitária, e o fazem por entender que essa é uma relevante questão para a pesquisa em educação. Segundo eles, a maioria dos estudos documenta os efeitos deletérios sobre a qualidade e a experiência de aprendizagem acadêmica e universitária dos estudantes no contexto da pandemia. Assim, o objetivo do capítulo é, antes, destacar as perspectivas de análise dos estudantes no processo de continuidade das atividades educacionais, em um tempo marcado pelo uso de novas sistemáticas de educação decorrentes das necessidades de distanciamento social e de restrição à presencialidade no ensino e na formação.

No capítulo 10, *Balance general los efectos de la Covid-19 en Costa Rica: 2020-2023*, Juan José Romero Zúñiga e Agustín Gómez Meléndez apresentam uma importante análise dos eventos mais relevantes que são apresentados em três períodos para cada ano da epidemia: 2020, 2021, 2022. Afirmam que o período de 2023 foi tratado de forma muito breve, em virtude de esse ano praticamente não apresentar mais as condições epidêmicas observadas nos anos anteriores. Destacam o papel desempenhado pela Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), instituição pública que presta serviços de saúde no país, além de apresentarem uma rápida revisão do processo de vacinação e das lições aprendidas no decorrer do processo.

No capítulo 11, *Túnel de filón y química asesina en tiempos de Covid-19: salubridad en comunidades indígenas en la Venezuela*, Jenny González Muñoz e Henry Vallejo Infante analisam os diversos problemas ambientais causados por atividades extremamente poluentes na Região de Guayana, na Venezuela, realizadas pelo setor de mineração, com sério impacto na saúde de várias populações indígenas que vivem na área. Além de epidemias recorrentes devido à contaminação do solo, do ar e da água, há a pandemia da Covid-19. Diante desse contexto, com o objetivo de criar consciência social em vários setores, os autores afirmam que criaram uma proposta artística que divulga a situação e abre espaços para a reflexão hermenêutica.

Neste importante momento de apresentação da Coletânea à Comunidade Científica Nacional e Internacional e à Sociedade, destacamos a honra e agradecemos à Maria Lúcia Martinelli, docente, pesquisadora do Programa de Estudos Posgraduados da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, pela relevante contribuição na elaboração primorosa do prefácio, ancorada em uma aprofundada análise da obra, contextualizando, com

esmero e epistemicidade a relação desta obra com a história do presente, que se tece e é tecida sob a égide de um tempo de mudanças intensas, que portam em seu âmago potencialidades e riscos.

Expressamos o nosso orgulho de contar com a relevante contribuição, na elaboração do posfácio, de Solange Maria Teixeira, coordenadora e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI), assessora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), no Comitê de Psicologia e Serviço Social, a quem agradecemos pela honra do aceite e pela criteriosa análise que encerra esta publicação de um coletivo de pesquisadores que buscam convergência em relação aos desafios postos pela conjuntura de crises e enfatizam o relevante papel da Ciência e de sua produção para a defesa da vida, da democracia e da humanidade.

Esta produção visa a construção de relações recíprocas entre as equipes de pesquisa de diversos países e continentes, com o objetivo de propiciar a tessitura de relações de cooperação e a consequente expansão da visibilidade do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI, e dos demais Programas que a ele estão vinculados, além de assegurar a divulgação da produção científica gerada a partir dessa cooperação.

Ao finalizarmos esta produção, agradecemos a cada um(a) e a todos(as) os(as) que, em diferentes contextos nacionais e internacionais, compartilharam seu tempo, sua experiência, seus conhecimentos e suas esperanças para que essa coletânea se tornasse realidade e pudesse atravessar fronteiras, construir novos e diferentes caminhos para compartilhar os frutos do trabalho de pesquisadores e de grupos de pesquisa, que acreditam na

importância da Ciência, da Universidade e da Pesquisa como instrumento a serviço da vida, da democracia e da história.

Edna Maria Goulart Joazeiro

Organizadora

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, UFPI

Teresina, janeiro de 2024.

PREFÁCIO

UNIVERSIDADE, PRODUÇÃO DA CIÊNCIA E A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

A coletânea “Territórios, Temporalidades, Atenção à Saúde e Covid-19: Dimensão Nacional e Internacional” nos apresenta 11 capítulos que são uma convergência de reflexões acerca da pandemia que, inicialmente uma crise sanitária, se expandiu para uma grave crise econômica, gerando impactos na realidade, de forma global, com profundas transformações e manifestações agravadas da questão social. Uma leitura que nos faz refletir sobre o quanto as adversidades foram congruentes em diferentes territórios, diferentes ciclos de vida, diferentes populações e etnias.

Para além desses contextos, ganha centralidade a questão das temporalidades, assim como seus significados sociais e políticos. Vale esclarecer que o presente livro tem seu nascedouro no âmbito acadêmico e, mais precisamente, no Núcleo de Formação, Educação, Trabalho e Políticas Públicas da UFPI, sob coordenação da Prof.^a Dr.^a Edna Maria Goulart Joazeiro, que, desde 2020, vem realizando esforços, juntamente com seu grupo de pesquisa, para aprofundar estudos sobre a Covid-19

e os inúmeros desafios postos à Universidade, à sociedade e à produção do conhecimento.

Os objetivos da coletânea guardam essa marca de origem e seu nível de abrangência não é apenas local, mas nacional e internacional, abrindo espaço para diferentes níveis de diálogo e interlocução, procurando trazer contribuições para ampliar as possibilidades de análise sobre a Covid-19, especialmente a partir de uma atividade específica do grupo de pesquisa, intitulada “Diálogos locais, nacionais e internacionais”, devidamente reconhecida pelo CNPq, na modalidade de curso. Tal atividade foi de fundamental importância, pois possibilitou, com pioneirismo, a participação de especialistas locais e internacionais que, em diferentes momentos, se reuniram na UFPI para tratar dessa temática.

Nesse sentido, cabe acolher este livro pelo rico conteúdo que nos apresenta e saudar especialmente a sua organizadora e os diferentes autores pela relevante contribuição que trazem, não só para a academia, mas também para todos os profissionais que atuam na área humano-social e notadamente na área da saúde.

De modo muito bem articulado e sempre fiel aos objetivos, a partir de uma arquitetura interna muito bem concebida, o conteúdo do livro é constituído por um conjunto de capítulos que fazem avançar a análise sobre a Covid-19 em diferentes perspectivas, visando entender a gravidade da crise sanitária que se instalou no país, com profundas repercussões, atingindo especialmente os segmentos populacionais mais vulneráveis.

É bastante significativo que o livro se inicie com um capítulo que expressa bem sua identidade acadêmica e o caráter plural, tendo a preocupação de evidenciar as tensões e contradições no campo do conhecimento e do trabalho do Serviço Social, em tempos de pandemia, o que, sem dúvida, é uma contribuição

que se estende para as demais profissões, uma vez que a natureza da crise tem dimensões estruturais, implicando limites éticos e técnicos para as profissões.

Na trajetória analítica desenvolvida pelos autores, temos contribuições valiosas para entender a dimensão da crise, não só no contexto brasileiro, mas também na Europa, América Latina e Caribe, nos dois últimos com graves implicações para os programas de transferência de renda e os dilemas da economia diante da pandemia.

Importante sinalizar também como as implicações da Covid-19 demandaram intervenções de diferentes níveis, sendo que a própria dinâmica de enfrentamento da pandemia exigiu aprofundamento de estudos sobre territorialidades e racionalidades, uma vez que, mesmo salvaguardadas as expressões que são características de uma crise sanitária de tal magnitude, ganham peculiaridades suas expressões, como ficam evidenciadas nos capítulos que tratam do Piauí, do Chile, da França, da Costa Rica e da Venezuela.

Trata-se, sem dúvida, de um livro que nos convoca para uma profunda reflexão e que evidencia, a cada momento e no conjunto da obra, que a crise sanitária da Covid-19 tem dimensões políticas, sociais, econômicas, éticas e culturais, demandando esforços em diferentes níveis, seja do ponto de vista acadêmico, seja da sociedade como um todo.

Finalizando, cabe ressaltar que o objetivo central desse esforço coletivo, que une a Universidade, a ciência e os profissionais da área, é que possamos caminhar para a construção de novas sociabilidades no contexto de um projeto emancipatório que fortaleça o campo dos direitos e o próprio processo democrático.

Sem dúvida, esta obra é uma importante contribuição neste caminho, uma leitura indispensável para todos os que se

dedicam à área humano-social, especialmente à área da saúde e que mantêm a chama da esperança sempre viva.

Maria Lúcia Martinelli

Programa de Estudos Pós-Graduados da
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP

São Paulo, janeiro de 2024.

Parte 1
Dimensão conceitual
em diferentes campos de
conhecimento

O CAMPO DO CONHECIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO EM TEMPO DE PANDEMIA: TENSÕES E CONTRADIÇÕES

Yolanda Guerra

A investigação por si só não poderá desentranhar o potencial libertador da sociologia acadêmica ou do marxismo histórico. Isto exige também ação e crítica, intenção de modificar o mundo social e intenção de modificar a ciência correspondente, uma e outra, profundamente entrelaçadas, ainda que somente seja porque a ciência social é tanto parte do mundo social como uma *concepção* deste.

Gouldner, 1970, p. 22. Tradução nossa.

O mundo vive uma crise sem precedentes na história. O Brasil, além da crise estrutural, crônica e rastejante (Mészáros, 2011), acrescida da crise sanitária da Covid-19, que até o momento atingiu a cifra de 710 mil mortes, viveu o ápice de uma crise político-institucional, destruidora de vidas e de conquistas civilizatórias. Neste capítulo,

resultado da minha intervenção¹ no XII Atelier UFPI ALASS vinculado à Associação Latina de Análise dos Sistemas de Saúde, coordenado pela Profa. Dra. Edna Maria Goulart da Universidade Federal do Piauí, busco indicar algumas das implicações das crises enfrentadas pela classe trabalhadora, que é plural, diversa, que tem cor, sexo, orientação sexual, dentre outras particularidades que marcam as identidades sociais, no campo do trabalho e do conhecimento, tomados na sua unidade dialética.

Trata-se de uma análise que considera que há uma unidade entre conhecimento e realidade e que todo conhecimento tem uma finalidade e contempla uma intencionalidade, mas que só o conhecimento radical tem a capacidade de apreender os fundamentos, entendidos como as balizas, os pilares, a lógica constitutiva, a razão de ser dos processos sociais. O conhecimento radical é, segundo Marx, aquele que vai à raiz, “mas, para o homem, a raiz é o próprio homem” (Marx, 2005, p. 151), dado o caráter revolucionário desse procedimento, pois nos permite não apenas conhecer o que são os processos sociais, mas as possibilidades de “vir a ser” deles. Somente essa abordagem concebe a realidade no seu processo de constituição.

Pautada nessa concepção de conhecimento, de sua natureza e de suas possibilidades, a análise sobre a pandemia nos mostra que a Covid-19 não gerou, mas aprofundou a crise, as desigualdades sociais, escancarou as contradições viscerais do capitalismo. Aprofundou e complexificou a crise estrutural do capital, expressa nos números do desemprego e, conseqüentemente, no aumento da população famélica no mundo.

1 Vídeo da Conferência ministrada no XII Atelier UFPI ALASS, em 28 de junho de 2022, com uso de tecnologia remota disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=yaCUAvom5ZY&t=4s>

Nessa direção, o capítulo busca argumentar sobre a necessidade de que o conhecimento busque as explicações estruturais dos fenômenos sociais, para, daí, deslindar as mediações constitutivas/explicativas do conteúdo que os processos sociais adquirem em contextos e conjunturas particulares, a exemplo da conjuntura pandêmica, ao tempo em que traz uma análise sobre a precarização estrutural do trabalho na atualidade e seus rebatimentos no trabalho profissional de assistentes sociais.

A convergência de três crises e a situação atual do Brasil

No Brasil, a população desempregada chegou a quase 11 milhões e meio de pessoas (11,3 milhões) no primeiro trimestre de 2022. Na atualidade, embora tenha diminuído, pois a economia começa a se recuperar, quando comparada à do auge do período pandêmico, os números ainda são altíssimos. Por isso, afirmamos que a crise não é conjuntural, mas estrutural. Para se ter a dimensão do que isso significa, é dizer que da população de 216.550 milhões habitantes, a média de 11,1% esteve desempregada. A esses números acresce o fato de que se trata de um desemprego de longa duração, em que mais de 3,4 milhões de brasileiros/as estão na fila do desemprego há mais de 2 anos, conforme mostram os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A mesma pesquisa mostra que “[...] o maior ou menor prazo de permanência na fila do desemprego pode estar ligado a características etárias, de gênero, cor ou raça e nível de instrução e esse número é ainda mais gritante entre as pessoas com deficiência.

Os últimos dados da Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN)²

2 Cf. Matéria de Victor Correia no Correio Brasiliense, em 2022.

mostram que 33 milhões de pessoas passam fome e 60% da população sofre algum tipo de insegurança alimentar, dados que significam que de 10 casas, 6 estão nessas condições. Não causalmente, também no Brasil temos o contingente de cerca de 11 milhões de analfabetos/as.

Esses dados brutos, que não poderão ser refinados aqui, precisam ser analisados à luz das tendências da formação socioeconômica, cultural e política do Brasil, leia-se à luz do nosso capitalismo dependente, do escravismo, do patriarcalismo, do machismo, do caráter autocrático, antidemocrático da burguesia e do Estado, à luz da ausência de uma revolução burguesa clássica, das decisões pelo alto, enfim, é preciso analisar esses dados à luz dessas particularidades. São essas particularidades que explicam quais foram os contingentes e segmentos mais atingidos pela pandemia da Covid-19, bem como os que não resistiram a ela. Então, aqui se explicitam as determinações de classe, raça, gênero, orientação sexual, nos números que não podem ser lidos apartados dessas determinações, sob pena de embaçarmos as lentes da análise histórico-concreta, já que esses dados numéricos são apenas uma expressão da crise: indicam que as desigualdades sociais, raciais, sexuais só se aprofundam.

Para efeito desta análise, faz-se necessário problematizar, ainda que pontualmente, as medidas de enfrentamento da crise sanitária, pois elas também nos dizem muito.

No auge da pandemia, em meio à condição de medo, insegurança, dor e comoção, a primeira polêmica se deu em relação a uma falsa disjuntiva: a vida ou a economia. O Governo menosprezava a gravidade da situação e debochava da ciência e dos especialistas. Tivemos uma subnotificação da doença, deliberada ou não, o país demorou a efetivar a compra de vacinas e, quando o fez, com grande atraso, privilegiou a via de atravessadores,

conforme consta no relatório da CPI³. Além disso, vivenciamos, durante a pandemia, por parte do Governo, a defesa da imunidade de rebanho e de medicamentos de comprovada ineficácia.

Esses foram alguns dos significativos episódios que marcaram o drama brasileiro, mas é preciso considerar que, se é certo que medidas como lavar as mãos e usar máscaras e álcool se constituem em ações necessárias, são, certamente, insuficientes. Enquanto focávamos apenas nessas medidas paliativas, não questionávamos os milhões de lares que não têm água encanada e/ou coleta de lixo e o enorme segmento que não tem acesso a esses equipamentos.

Em verdade, a pandemia escancarou a verdadeira situação do saneamento básico no Brasil, onde quase metade da população continua sem acesso a sistemas de esgotamento sanitário, com destaque para a população mais vulnerável: indígenas, quilombolas, migrantes e refugiados, pessoas em situação de rua, moradores de favelas, comunidades ribeirinhas e periféricas.

Além do inegável *déficit* habitacional neste país, um contingente de mais de 100 milhões de pessoas não possuem coleta de esgotos (representando 47,6% da população) e quase 35 milhões de pessoas não tem acesso à água tratada.

Isso significa que, para além da conjuntura pandêmica, as precárias condições de moradia favorecem todo tipo de doenças e impedem sua prevenção.

Enfim, a pandemia se configurou em momento mais do que oportuno para se colocar luz na necessidade de lutarmos por

3 Na matéria publicada pela Agência Nacional sobre o tema, em 2021, de autoria de Karine Melo, o relator da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da pandemia no Senado, Renan Calheiros, diz que “o Governo optou por comprar vacinas de atravessadores, sem controle rígido, enquanto farmacêuticas renomadas eram colocadas de lado, favorecendo negociações com aproveitadores”.

políticas de base que atendam às necessidades de infraestrutura de toda a população brasileira, repito: necessidade de segurança alimentar, moradia, água e esgoto e coleta de lixo, assistência social, dentre outras.

Mas vale lembrar, a pandemia não trouxe só pobreza no Brasil. Ela arregimentou 10 novos ricos, dentre eles alguns vinculados a dois setores estratégicos do país que mais cresceu com a pandemia: Saúde e Educação, como mostra o relatório OXFAM⁴.

Considerando a abrangência desta obra e o público a que ela se destina, cabe uma breve menção ao território conhecido como América Latina.

América Latina, o território mais desigual do mundo

O território latino-americano, embora composto por países muito diferentes entre si, tem algo em comum. Somos países vítimas de saqueamento de nossas riquezas por aqueles que nos colonizaram, seguimos sendo explorados por diferentes corporações internacionais e por diferentes mecanismos. A pobreza e a desigualdade em nossos países são dramáticas. Trata-se de uma pobreza que cresce mediante uma brutal concentração de renda, tendo suporte em um tipo de Estado populista e antidemocrático.

Como resultado, temos construído um sistema de proteção social, muito recente e frágil, constituído por mínimos sociais, que se expressa na fusão entre público e privado; que traz as marcas do clientelismo e do patrimonialismo. Temos uma dependência histórica dos países capitalistas mais desenvolvidos e das

4 Segundo o relatório “Os 10 homens mais ricos do mundo dobraram suas fortunas durante a pandemia enquanto a renda de 99% da humanidade cai”.

organizações multilaterais, que seguem nos impondo seus padrões de desenvolvimento.

O resultado dessa condição tem forte impacto em grande parte da população que depende das políticas de proteção ou de seguridade social para sua sobrevivência.

A desigualdade é uma característica histórica e estrutural das sociedades latino-americanas e que tem se mantido e se reproduzido, inclusive, em períodos de crescimento econômico.

Os dados do último relatório Panorama Social da América Latina 2022, da CEPAL, por exemplo, mostram que 201 milhões de pessoas (32,1% da população total da região) vivem em situação de pobreza, dos quais, 82 milhões (13,1%) se encontram em pobreza extrema.

O mesmo relatório do ano de 2020 indica que a maior taxa de pobreza está dentre a população rural, entre os povos indígenas e afrodescendentes, e entre os menos instruídos. Esse informe expõe a situação da América Latina no início da crise sanitária: “baixo crescimento, aumento da pobreza e crescentes tensões sociais”. Pronuncia-se, ainda, sobre as “[...] desigualdades estruturais que caracterizam as sociedades latino-americanas e os altos níveis de informalidade e desproteção social, bem como a injusta divisão sexual do trabalho e a organização social do cuidado [...]”, afetando, fundamentalmente, as mulheres. A secretária-executiva da Comissão Econômica para a América Latina, Alicia Bárcena, considera que “A pandemia expôs e exacerbou as grandes desigualdades estruturais na região, e vivemos atualmente um momento de grande incerteza em relação à forma e à velocidade da saída da crise.

Contudo, cabe considerar que a América Latina é a região mais desigual do mundo. Estudos mostram, por exemplo, que em Santiago, no Chile, as mulheres mais pobres vivem quase 20 anos

a menos do que as mais ricas. Na Cidade do México, os homens dos bairros mais pobres morrem 11 anos antes que os mais ricos.

O desemprego estrutural, que é a expressão mais desenvolvida da crise do capitalismo, como dito, foi agudizado pela pandemia. Esse desemprego estrutural é resultado da queda na taxa de lucro que advém da econômica de trabalho vivo. O desemprego estrutural vem acompanhado de um movimento de depreciação das condições e relações de trabalho: formas de contratação, exigência de polivalência e multifuncionalidade, desespecialização e desregulamentação das profissões, destruição dos sistemas de proteção social e dos direitos sociais.

Dados do mencionado relatório da CEPAL, de 2020, mostram que 70% dos novos empregos são informais, instáveis, com baixos salários, sem proteção social nem direitos. Além disso, os mesmos dados mostram que o desemprego e a precarização do trabalho afetam primeiro mulheres, pobres e negras e indígenas.

A esse respeito, faz-se notar o indubitável papel da ciência, da pesquisa, da produção de conhecimento, mas não de qualquer ciência, de qualquer conhecimento. Não falo aqui da ciência supostamente neutra. Não falo do conhecimento que se diz acima de interesses das classes sociais.

Por isso, não me refiro ao conhecimento que se limita a analisar as expressões do real, que, captadas na empiria, não consideram que haja algo a mais que valha a pena conhecer, permanecendo nesse nível da realidade. Tampouco aquele que se detém nos aspectos quantitativos da realidade. Os números são apenas expressões de situações reais e concretas e assim devem ser analisados. Evidentemente, a quantidade expressa um aspecto da realidade, mas eles não dispensam as análises qualitativas que permitem que se estabeleçam as mediações constitutivas e explicativas da realidade.

Há que se fazer, aqui, uma distinção entre dois ramos do conhecimento: a epistemologia e a ontologia.

Enquanto a epistemologia se preocupa com a natureza do conhecimento, de onde ele surgiu, como foi formado e quais suas bases, a ontologia busca conhecer o ser, as propriedades do ser, o modo de ser dos processos sociais.

A ontologia social de Marx vai buscar na prática social e histórica de homens e mulheres a verdade instituinte, ou seja, não considera que exista uma verdade absoluta e permanente. Concebe que a realidade tem uma objetividade, tem uma lógica orientadora da sua constituição, a despeito de os sujeitos históricos conseguirem apreendê-la. Contudo, destaca o papel do sujeito que tem uma intencionalidade e esta exerce ponderação na decisão sobre o ângulo e a profundidade da abordagem do conhecimento e sobre que destino dar a esse conhecimento.

Foi mencionada a lógica constitutiva dos fatos e processos sociais. Não se trata de uma lógica formal, absoluta, mas uma lógica constituínte e constitutiva, que se constrói no e pelo movimento da própria realidade, que, por sua vez, não é estática, tampouco se orienta sempre na mesma direção. Nesse sentido, essa interpretação da realidade se antagoniza com as vertentes objetivista e subjetivista, manifesta-se contra o positivismo e suas derivações e contra a Sociologia compreensiva, que toma a verdade apenas como resultado da análise do sujeito.

Um bom exemplo são as diversas formas de se analisar a pobreza, que leva ao planejamento de ações para enfrentá-la ou apenas escamoteá-la, expressa pela, já mencionada, falsa oposição entre vida ou economia, mote central do (des)governo Bolsonaro na pandemia. Também ficou evidente que não se analisa com números a vida humana, a vida não se pode considerar como um percentual estadístico ou como algoritmos.

Sabe-se que, para o pensamento liberal, a desigualdade é uma virtude. Ela permite que os sujeitos se tornem proativos, competitivos. A riqueza é mérito pessoal. A desigualdade é vista como natural e estimuladora da competitividade dos sujeitos. Nem todas as análises da pobreza buscam seu caráter estrutural. Não raras as análises que se detêm nas suas manifestações empíricas e encontram explicações que se centram nos indivíduos, no seu caráter moral, comportamental. Então, o conhecimento requer um método de análise articulado a uma teoria social que tenha uma perspectiva de analisar os fatos e processos em relação uns com os outros e que busque seus fundamentos, sua lógica constitutiva; que tenha uma intencionalidade determinada tanto a desvelar, tirar o véu que encobre a realidade social, quanto de incidir sobre ela.

É preciso falar de um conhecimento engajado, direcionado para a transformação social. É esse tipo de conhecimento que interessa àqueles que, como diz Marx (1989), não estão interessados apenas em interpretar o mundo, mas em potencializar suas forças transformadoras.

Mas, ao contrário, estamos vivendo período de precarização da vida. Está em curso um movimento internacional anti-intelectualista, está em voga um obscurantismo, o fundamentalismo na educação e a apologia às pós-verdades.

Especialmente, no Brasil, o ataque à educação pública, laica e de qualidade foi o mote do (des)governo de Jair Bolsonaro, que operou um inequívoco desmonte da universidade pública, ao deixá-la em situação agonizante de desfinanciamento. Nunca se viveu ataques tão intensos à autonomia das Instituições Federais de Educação. Não bastaram as iniciativas de privatização, militarização, o ataque às pesquisas com a retirada de bolsas de Pós-Graduação e Iniciação Científica. Não bastou atingir em

cheio as políticas de ações afirmativas e de assistência estudantil, não bastou elaborar editais com abordagens ultraconservadoras e anacrônicas, não bastou a judicialização do sistema de avaliação da pós-graduação por parte das empresas educacionais que se sentiram prejudicadas com uma avaliação qualitativa. Não bastou a desqualificação das Ciências Humanas, o demérito com a diversidade. Não bastaram os inúmeros ataques aos movimentos sociais e aos coletivos LGBTQIA+, quilombolas, mulheres. Não foram suficientes as inúmeras *fake news* ou a revisão, à revelia dos movimentos sociais, da Política Nacional de Direitos Humanos.

Nada disso se compara com o chamado escândalo do Ministério da Educação (MEC), envolvendo pastores que controlavam a destinação dos recursos públicos mediante o recebimento de propina. O absurdo saqueamento do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação, sob a leniência das instituições burguesas. A isso se soma o assassinato de ambientalistas e indígenas.

É exatamente esse contexto que requer análises cada vez mais profundas que busquem desvelar a realidade, alcançar os fundamentos explicativos dos processos sociais na relação entre as formas de produção e de reprodução da sociedade atual.

Esse conhecimento que arranca o véu dos processos sociais é fundamental para a classe trabalhadora, que tem sido cada vez mais explorada e espoliada em seu acesso aos bens e serviços sociais. Para ela, o conhecimento da realidade é instrumental, pois lhe fornece os subsídios para a articulação política e construção coletiva de estratégias e táticas. A seguir, apresentaremos algumas chaves de leitura da conjuntura atual e os desafios impostos aos trabalhadores, dentre os quais, as assistentes sociais.

Degradação da vida, precarização estrutural e impactos no trabalho de assistentes sociais

Estudiosos do mundo do trabalho vêm mostrando que a classe trabalhadora (a qual incorpora todos e todas que sobrevivem da venda da sua força de trabalho), encontra-se submetida a processos de precarização distintos daqueles que marcaram a reestruturação produtiva dos anos de 1970. Os estudos de Ricardo Antunes (2008; 2014, dentre outros) e de Giovanni Alves (2008; 2011) estão nessa direção. Consideram que as formas de precarização do trabalho são muito mais nocivas, porque incidem sobre a nossa subjetividade como trabalhadores e trabalhadoras, tornando-nos algozes de nós mesmos.

Antunes vem demonstrando que estão em curso mudanças significativas que caracterizam uma nova morfologia do trabalho, com determinações emblemáticas, em especial no setor de serviços. Ele considera que, no estágio atual do capitalismo brasileiro, enormes enxugamentos da força de trabalho combinam-se com mutações sociotécnicas no processo produtivo e na organização do controle social do trabalho, afetando a autonomia de trabalhadores e trabalhadoras.

Giovanni Alves, por sua vez, considera que, nesta fase do capitalismo, que denomina de “capitalismo manipulatório”, tem havido a captura integral da subjetividade real do trabalhador, o que ocorre através de processos não necessariamente novos, mas que contêm um apelo mais incisivo com vistas a levar trabalhadores a se sentirem integrados no seu próprio processo de exploração, para o que se exige maior envolvimento nas tarefas realizadas. A isso se somam as novas tecnologias microeletrônicas, as quais, segundo este autor, se constituem na “nova materialidade” do capital, na perspectiva de enxugar ao máximo o *quantum* de

trabalho vivo. Esse novo maquinário é chamado de inteligente, na medida em que incorpora o saber fazer do trabalhador.

Estas tendências: as mutações sociotécnicas, a introdução da tecnologia e a captura da subjetividade de trabalhadores atingem as profissões de maneira geral. Em todas elas temos notado a abstração dos conteúdos concretos da sua especialização do trabalho. Profissionais são descaracterizados nas suas especializações, perdendo sua particularidade e todos os trabalhos se tornam homogeneizados: acabam sendo nivelados.

No que se refere às assistentes sociais, a pesquisa que fizemos em 2018⁵, sobre atribuições, requisições e competências, vêm mostrando que está em curso um processo de desespecialização, desprofissionalização e desregulamentação do nosso trabalho, e de exigência de perfis de profissionais polivalentes e multifuncionais. Tem havido degradação das condições de trabalho e sua total desproteção; já estavam em curso formas de contratação inusitadas, sem qualquer vínculo trabalhista, crescem os vínculos de trabalho instáveis e/ou terceirizados, os quais eliminam os direitos trabalhistas como férias e descanso remunerado e dificulta a nossa organização como trabalhadoras assalariadas.

A organização do trabalho também não cabe mais às profissionais. Exige-se o cumprimento de metas quantitativas em detrimento da qualidade. Isso pode levar à queda na qualidade dos serviços que prestamos, à competitividade, bem como a maior desgaste profissional, já que, nessa forma de remuneração, prioriza-se o esforço individual do trabalhador.

Estamos vivendo sob pressão e, por outro lado, pressionando. O número de queixas em relação ao assédio moral tem aumentado

5 Pesquisa integrada, realizada através do Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (PROCAD/ Capes), em conjunto com a PUC-SP e UFAL, no período de 2016-2018. Ver GUERRA *et al.* (2016).

muito nos Conselhos Regionais. Também o autoritarismo nas relações de trabalho vem sendo uma constante e objeto de processos éticos.

Nos Conselhos Regionais, ainda, vem aumentando as inscrições de profissionais como microempreendedores (MEI) e/ou pessoa jurídica (PJ). São formas de trabalho que se dizem autônomas e tentam disfarçar o aumento do desemprego, o aprofundamento da precarização, da subcontratação, enfim, os ataques que o trabalho vem sofrendo sistematicamente ante a ofensiva do capital. Esta tendência cada vez mais se configura como forma oculta de trabalho assalariado e permite a proliferação das distintas formas de flexibilização salarial, funcional ou organizativa.

Outra expressão da degradação do trabalho no nosso exercício profissional é o fato de que, dentro de um mesmo espaço laboral, as profissionais são contratadas sob distintas formas, com salários diferentes para realizar as mesmas atividades, o que provoca a fragmentação da categoria e acirra disputas internas.

O subterfúgio da contratação de profissionais, através de cargos genéricos, tem sido uma realidade tanto na esfera pública quanto privada, como tendência de eliminar as garantias dadas pela Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662 de 1993), no que se refere às atribuições privativas, complementada, posteriormente, pela normativa que estabelece a necessidade de condições éticas e técnicas. Na nossa condição de contratação via cargos genéricos, temos a nítida expressão de precarização do nosso trabalho. Ora, a grande maioria desses cargos, quando da sua publicação, exigem formação em Serviço Social e/ou pautam-se em traços de perfil e em competências compatíveis com as de assistentes sociais, a exemplo de cargos como: técnico social, técnico de referência, analista previdenciário, analista judiciário,

“consultores em Serviço Social” e “consultores de atendimento ou gestor de políticas, dentre outros. Por essa condição de contratação se elimina o compromisso da assistente social como trabalhadora, pois, aparentemente, trata-se de profissional autônoma ou liberal, e, como tal, não está protegida por nenhuma legislação. Compromete, ainda, a autonomia da profissional dada pela condição de se tratar de profissão regida por Código de Ética e por legislação específica, afetando diretamente o projeto ético-político profissional crítico.

Ora, a determinação de classe, na sua relação com o gênero e com a questão étnico-racial, é questão central para a análise do trabalho profissional. A convicção de que somos parte da classe trabalhadora e estamos submetidas a todas as condições inerentes a essa determinação, certamente pode nos ajudar a interpretar o significado social da profissão, a funcionalidade dela no contexto da reprodução das relações sociais antagônicas, traduzir as requisições socioinstitucionais e políticas que nos chegam, identificar as possibilidades e limites da nossa autonomia.

Na pesquisa mencionada na nota 5, deparamo-nos com a exigência do mercado de trabalho por um profissional “genérico”, facilmente adaptável às condições de trabalho adversas, que se expressa por discurso resiliente, de resignação diante das profundas alterações que vêm ocorrendo no seu trabalho.

Como dito, a pandemia não inaugura, mas aprofunda, não apenas processos de precarização do trabalho, como também, e fundamentalmente, a postura de resiliência diante das situações emergenciais e excepcionais que chegam. Duas alterações foram significativas, as quais vêm nos exigindo pesquisas e aprofundamento nas análises: chamo a atenção para o trabalho remoto (trabalho em casa ou em *home office*), muitos dos quais se realiza de maneira híbrida e a ampliação das requisições indevidas.

O trabalho remoto, em geral mediado pelo uso de tecnologias, foi instituído como alternativa durante a pandemia para grande parte das assistentes sociais.

Nota-se que, em algumas instituições e empresas, essas modalidades já estavam em curso: Petrobras (o Serviço Social já fazia atendimento de *call center* junto às famílias dos funcionários), desde 2015; na Previdência Social, através do aplicativo INSS DIGITAL, inaugurado em 2018; e no Tribunal de Justiça, e aqui vou citar em especial o de São Paulo, que normatizou, em 2021, o trabalho remoto.

Faz-se necessário o debate das implicações dessas novas modalidade de trabalho. O trabalho remoto, o trabalho em casa durante a pandemia, provoca a falta de distinção entre o público e o privado. Há uma invasão do tempo de trabalho no tempo privado. Com a pandemia, se ampliou a extensão da jornada de trabalho, concorrendo ao “Mais trabalho”, segundo a feliz expressão de Sadi Dal Rosso (2008).

O sobretabalho produz sofrimento e desgaste emocional, em especial a condição das mulheres trabalhadoras, que são, ao mesmo tempo, as principais responsáveis pelas atividades e pelos cuidados doméstico-familiares.

Outra mudança que resulta do aprofundamento da precarização do nosso trabalho no período pandêmico é a profusão de requisições indevidas em nome de situações emergenciais em todas as áreas, mas, especialmente, na área da Saúde.

Reeditam-se algumas requisições já antigas, como dar a notícia do óbito, e a esta se somam requisições de fiscalizar estabelecimentos para averiguar condições sanitárias; repassar aos pacientes o boletim médico; comunicar alta hospitalar; providenciar enterros; emitir declaração de comparecimento na unidade de saúde, encaminhamento para especialidade médica, entrega de medicação e de Equipamentos de Proteção Individuais

(EPIs), de cestas básicas, dentre tantas outras. A simplificação das atribuições e competências profissionais e sua conversão em “tarefas simples” já era um processo que vinha se realizando. É preciso entender essas mudanças como parte das profundas modificações no trabalho, que afetam o exercício profissional, ficando cada vez mais evidente nas requisições profissionais no âmbito de programas e projetos governamentais.

Como dito, a pandemia não apenas acelerou esse processo, como não colocou alternativas para sua crítica.

Assim, o que se pode considerar como a nova condição posta pela pandemia, é como nós, assistentes sociais, estamos atuando diante do trabalho em domicílio, das requisições indevidas, da mudança no *modus operandi* do nosso trabalho.

Como enfrentamos as requisições indevidas e como as reconstruímos, que respostas damos a elas e em que direção?

Entra aqui nossa condição de intelectuais, o significado da teoria para a profissão, o lugar da pesquisa e da produção de conhecimento crítico.

Foi dito que a pandemia expõe as desigualdades, contudo, ao fazê-lo, ela mostra o quão indispensável é a nossa profissão no enfrentamento da pandemia e na amenização de seus efeitos, estejamos à frente dos equipamentos de saúde, de assistência social ou mesmo dos serviços de defesa de direitos de qualquer segmento: de homens e mulheres vítimas de violência, das crianças e adolescentes vítimas de maus tratos, dos idosos abandonados, dentre outros segmentos que requisitam nosso trabalho.

Obviamente não se trata de uma profissão em abstrato, mas daquela que dá respostas concretas às demandas e requisições do tempo histórico. Mas é preciso perguntar pela qualidade das respostas, da direção social das respostas dadas e o projeto que elas reforçam.

Referimo-nos a uma profissional preparada, qualificada, que não procura respostas prontas, mas que coloca todo seu conhecimento teórico a respeito da estrutura do sistema capitalista, conhecimento sobre a formação social, econômica, política e cultural do Brasil, conhecimento sobre as particularidades regionais e sobre as expressões da questão social, conhecimento sobre as instituições da ordem burguesa e sobre aquela em que atua, sobre a política social que implementa, sobre as condições de vida dos sujeitos a quem presta serviços. Referimo-nos a uma profissional que coloca todo seu saber na construção de respostas que vão em uma direção ético-política determinada por valores emancipatórios. Mas, ao mesmo tempo, coloca a sua capacidade de negociação, de articulação, de mobilização para responder às demandas imediatas, mas não se limitar a elas (Cf. Guerra, 1995).

Estamos falando de profissionais que são intelectuais que, dominam os instrumentos técnicos na direção de diminuir os obstáculos ao acesso aos bens e serviços sociais. A competência técnica não se realiza sem fundamentos teórico-metodológicos e valores e princípios ético-políticos.

Referimo-nos, ainda, a profissionais que sabem diferenciar as requisições institucionais e das políticas sociais das competências relativas à sua profissão, que reconhecem o potencial do trabalho coletivo, que sabem atuar de maneira articulada com forças progressistas e em busca de alianças e aliados. O conhecimento teórico e político, nessa perspectiva, está vocacionado para a construção de possibilidades efetivas e genuínas.

Porém, o conhecimento não pode apenas nos fazer indagar sobre o futuro. É preciso realizá-lo no presente. Isso significa que, como sujeitos históricos, nós, homens e mulheres, temos a nossa parcela de responsabilidade pelo que virá. A luta por outra sociedade se faz aqui e agora. Só o conhecimento não basta. Ele

exige ação, exige intenção de transformar. Temos que acionar nossa razão e nossa vontade na direção de questionar a aceitação, com diz o grande revolucionário Bertold Brecht, aquilo que “é de hábito como coisa natural”⁶. Então, a nossa luta é por qualificar os espaços, as condições e as relações de trabalho e da formação profissional.

Dentre os espaços de formação, a universidade é o espaço acadêmico-político por excelência, por isso precisa se constituir como aberto, plural, que garanta a diversidade, o pluralismo, as abordagens e os diálogos interdisciplinares, o desenvolvimento da liberdade de pensamento e do exercício da cidadania, democracia, autonomia e do pensamento crítico.

É um espaço de construção de sujeitos sociais que o fazem nas diversas instâncias da vida acadêmica, nas assembleias de alunos e professores, nas reuniões universitárias, nos movimentos sociais, nas manifestações públicas e até nos restaurantes universitários, nas cantinas e nos corredores. Aqui defendemos uma dada concepção de universidade pública, laica, democrática, popular, autônoma e com financiamento próprio, que priorize as demandas da classe trabalhadora com suas diversas identidades de cor, raça/etnia, gênero, orientação sexual. Ela comporta a educação anticapitalista, antirracista, anticapacitista, na formação integral de homens e mulheres que enfrentam articuladamente a exploração, a dominação e a opressão, respondendo, criticamente, às demandas socioprofissionais e políticas da sua profissão.

Referências

ALVARENGA, Darlan. Desemprego fica estável em 11,1% no 1º trimestre e atinge quase 12 milhões, diz IBGE. G1,

6 Menção ao poema de Brecht “Nada é impossível de mudar”.

2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2022/04/29/desemprego-fica-em-111percent-no-1o-trimestre-diz-ibge.ghtml>. Acesso em: 10 jun. 2022.

ALVES, Giovanni. A subjetividade às avessas: toyotismo e “captura” da subjetividade do trabalho pelo capital. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 11, n. 2, p. 223-239, 2008.

ALVES, Giovanni. **Trabalho e Subjetividade**: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.

ANTUNES, Ricardo. Desenhando a nova morfologia do trabalho: As múltiplas formas de degradação do trabalho. **Revista crítica de Ciências Sociais**. Disponível em: <https://journals.openedition.org/rccs/431>, 2008. Acesso em: 12 mar. 2022.

ANTUNES, Ricardo. A nova morfologia do trabalho no Brasil. Reestruturação e precariedade. Trabalho, Emprego e Renda. **Estudos Avançados**, v. 81, n. 28, ago. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/zDCryfbtfd3Yw6YXTTB3YXL>. Acesso em: 10 mar. 2022.

BRECHT, Bertold. Nada é impossível de mudar. **Tudo é poema**. Disponível em: <https://www.tudoepoema.com.br/bertolt-brecht-nada-e-impossivel-de-mudar/>. Acesso em: 12 abr. 2023.

CEPAL. A CEPAL alerta que as taxas de pobreza na América Latina em 2022 se mantêm acima dos níveis pré-pandemia. **CEPAL**, 2022. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/comunicados/cepal-alerta-que-taxas-pobreza-america-latina-2022-se-mantem-acima-niveis-pre-pandemia> Acesso em: 15 fev. 2023.

CEPAL. Pandemia provoca aumento nos níveis de pobreza sem precedentes nas últimas décadas e tem um forte impacto

na desigualdade e no emprego. **CEPAL**, 2021. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/comunicados/pandemia-provoca-aumento-niveis-pobreza-sem-precedentes-ultimas-decadas-tem-forte> Acesso em: 13 mar. 2022.

CFESS. **Lei 8662/93 de regulamentação da profissional**. 4. ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 1993.

CORREIA, Victor. 33 milhões de pessoas passam fome no Brasil aponta-pesquisa. **Correio Braziliense**, 2022. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2022/06/5013817-33-milhoes-de-pessoas-passam-fome-no-brasil-aponta-pesquisa.html>. Acesso em: 22 mar. 2023.

DAL ROSSO, Sadi. **Mais trabalho!** A intensificação do labor na sociedade contemporânea. São Paulo: Boitempo Editorial, 2008.

GOULDNER, Alvin Ward. **La crisis de la sociología occidental**. Tradução de Nestor Miguez. Buenos Aires: Amorrortu, 1970.

GUERRA, Yolanda. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995.

GUERRA, Yolanda *et al.* Atribuições, competências, demandas e requisições: o trabalho do assistente social em debate. ENPES, 15, Ribeirão Preto-SP. **Anais [...]**. Ribeirão Preto-SP, 2016. Mesa Temática Coordenada.

MARX, Karl. **Crítica à filosofia de direito de Hegel**. Tradução: Rubens Enderle e Leonardo de Deus. 1. ed. São Paulo: Editora Boitempo, 2005.

MARX, Karl. **Teses sobre Feuerbach**. In: MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. A ideologia alemã. Trad. de Jacob Gorender. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

MELO, Karine. Relator da CPI da Pandemia vê atraso deliberado na compra de vacinas. **Agência Brasil**, 2021.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital**: rumo à teoria da transição. Trad. Paulo Cezar Castanheira e Sergio Lessa. São Paulo: Boitempo, 2011.

BBC News Mundo. Por que a América Latina é a ‘região mais desigual do planeta’. **G1**, 2020. Disponível em: <https://epocanegocios.globo.com/Mundo/noticia/2020/02/por-que-america-latina-e-regiao-mais-desigual-do-planeta.html>. Acesso em: 10 mar. 2022.

OXFAM Brasil. Os 10 homens mais ricos do mundo dobraram suas fortunas durante a pandemia enquanto a renda de 99% da humanidade cai. **Oxfam Brasil**, 2022. Disponível em: www.oxfam.org.br/noticias/um-novo-bilionario-surgiu-a-cada-26-horas-durante-a-pandemia-enquanto-a-desigualdade-contribuiu-para-a-morte-de-uma-pessoa-a-cada-quatro-segundos. Acesso em: 22 abr. 2022.

REDE PENSSAN. **2º Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil**. Disponível em: <https://pesquisassan.net.br/2o-inquerito-nacional-sobre-inseguranca-alimentar-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19-no-brasil>. Acesso em: 10 jul. 2022.

SILVEIRA, Daniel. Mais de 3,4 milhões de brasileiros estão na fila do desemprego há mais de 2 anos, aponta IBGE. **G1**, 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2022/05/13/mais-de-34-milhoes-de-brasileiros-estao-na-fila-do-desemprego-ha-mais-de-2-anos-aponta-ibge.ghtml>. Acesso em: 13 jul. 2022.

COVID-19 NO BRASIL: PERSPECTIVAS MULTIDIMENSIONAIS PARA A COMPREENSÃO DE UMA CRISE SANITÁRIA

*Maria Fátima de Sousa
José da Paz Oliveira Alvarenga
Ana Valéria Machado Mendonça*

Brasil: a diversidade em um país de proporções continentais e de históricas desigualdades

Diverso e plural por natureza, características que o tornam singular diante dos países vizinhos latino-americanos, o Brasil destaca-se por suas dimensões continentais. Sua extensão territorial de 8,5 milhões de quilômetros quadrados corresponde a quase 1,6% de toda a superfície do planeta, ocupando 5,6% das terras emersas do globo, 20,8% da área de toda a América e 48% da área da América do Sul.

Terceiro maior país das Américas e o quinto maior do mundo, fica atrás apenas da Rússia, do Canadá, da China e dos Estados

Unidos em extensão territorial. Sua grandeza também se reflete internamente, pois seus 26 estados e Distrito Federal – onde se encontra a capital, Brasília –, compostos por 5.570 municípios, estão distribuídos em cinco grandes complexos regionais: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

Suas grandes proporções, em particular territoriais, são um dos principais desafios enfrentados pelo Estado na garantia de serviços públicos e infraestrutura para toda a população. A distribuição geográfica desigual das pessoas e dos recursos, aliada às desigualdades sociais e regionais, cria entraves significativos para a governança e a gestão pública.

No entanto, o país também possui muitas vantagens em termos de recursos naturais, biodiversidade e potencial econômico. O Brasil é um dos principais produtores de *commodities* agrícolas e minerais do mundo, além de possuir uma diversificada indústria manufatureira e um setor de serviços em expansão. Dados do Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontam que nossa população total era de 190.755.799 habitantes, com estimativa de 215.892.223 de habitantes para 2023, convivendo em regiões densamente povoadas e em outras com baixa densidade demográfica.

Somos um dos países mais desiguais do mundo. De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano (2020), divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU), o Brasil ocupa a 84ª posição no *ranking* global de desenvolvimento humano, e é considerado o sétimo país mais desigual do mundo, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)¹ de 0,765 (PNUD, 2020);

1 O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) compara indicadores de países nos itens riqueza, alfabetização, educação, esperança de vida, natalidade e outros, com o intuito de avaliar o bem-estar de uma população, especialmente das crianças. Varia de zero a um e é divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em seu relatório anual.

Índice de GINI² de 0,500 (2020); Produto Interno Bruto (PIB)³ impactado negativamente em 2020 pela pandemia de Covid-19, caindo 4,1% em relação a 2019; e taxa de inflação, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), de 7,12% em 2021.⁴

Trata-se de uma nação que apresenta taxa de fecundidade de 1,76 filhos por mulher (2020), com esperança de vida ao nascer de 77,19 anos (para homens, de 73,74 anos e, para mulheres, de 80,67 anos). A taxa de mortalidade infantil é de 11,56 óbitos por mil nascidos vivos, e estima-se que, desses, 11,68 óbitos incidirão sobre os homens e 10,03, sobre as mulheres.

Outros índices também podem ser destacados, a exemplo dos 97% de domicílios com iluminação elétrica; 84,4% de domicílios com lixo coletado diretamente; 85,5% de domicílios com rede geral como principal forma de abastecimento de água; e 68,3% de domicílios com esgotamento sanitário (rede geral ou fossa séptica ligada à rede) (SOUSA, 2022).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua, 2019), a taxa de escolarização⁵ no

-
- 2 O Índice de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, é um instrumento elaborado para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um (alguns apresentam valores de zero a cem). O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um (ou cem) representa o extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza. Na prática, o Índice de Gini costuma comparar os 20% mais pobres com os 20% mais ricos.
 - 3 PIB *per capita* é o produto interno bruto dividido pela quantidade de habitantes de um país.
 - 4 Vale lembrar que esses valores são referentes a um período específico e podem sofrer variações ao longo do tempo.
 - 5 A taxa de escolarização é o percentual de pessoas de 6 a 14 anos que frequentam a escola em relação ao total de pessoas do mesmo grupo etário.

Brasil é de 99,7%, e a de analfabetismo⁶, de 6,6%. O percentual dos domicílios com microcomputador ou *tablet* chegou a 42,9%; já os domicílios com acesso à *internet* chegaram a 82,7%, enquanto os domicílios com telefone móvel celular alcançam 94,0%, e os domicílios com televisão, 96,3% (IBGE, 2019).

Esses meios de acesso à internet e outros mecanismos e recursos relacionados às estratégias de comunicação e informação nos levam a destacar que o acesso à informação é direito de cidadania garantido na Constituição Federal de 1988 e está regulamentado pela Lei nº 12.527/2011 (BRASIL, 2011).

No cenário brasileiro que estamos desenvolvendo, salta aos olhos o quantitativo de 13,5 milhões de pessoas em situação de extrema pobreza, de acordo com critérios do Banco Mundial (IBGE, 2021). Essas, somadas às que estão na linha da pobreza, chegam a 25% da população do país. Os pretos e os pardos, que correspondem a 72,7% dos pobres no Brasil, são 38,1 milhões de pessoas. Dentre aqueles em condição de extrema pobreza, as mulheres pretas ou pardas compõem o maior contingente: 27,2 milhões de pessoas. Vale destacar que o rendimento domiciliar *per capita* médio de pretos ou pardos é metade do recebido pelos brancos. Acrescidas a esse grave quadro estão as 13,5 milhões de pessoas desempregadas e o fato de que mais da metade das famílias abaixo da linha de pobreza, aquelas com a renda diária *per capita* de U\$ 5,50, não têm acesso a serviços de água e de esgoto coletado.

Essas desigualdades têm raízes históricas e estão relacionadas a questões como a concentração de renda e de propriedade, o racismo, o machismo, a falta de acesso a serviços básicos – como

6 Percentual de pessoas com 15 e mais anos de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhecem em relação à população total residente da mesma faixa etária em determinado espaço geográfico, no ano considerado (IBGE).

saúde; educação; saneamento; alimentação adequada, segura e saudável; emprego; trabalho; segurança pública; e habitação – e o aumento de violências. Tais fenômenos provocam impactos significativos na vida das pessoas, sobretudo aquelas que vivem em situação de extrema pobreza e exclusão social.

O retrato se agravava desde o início da pandemia causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), escancarando a desigualdade estrutural presente no território brasileiro em todos os setores. Assistimos ao aumento da pobreza, à regressão no ensino e ao colapso da saúde pública e, por consequência, vimos as tristes estatísticas saltarem aos nossos olhos com o aumento cotidiano dos números de casos e óbitos evitáveis. A omissão do Governo à época, de certa forma, ditava as normas de quem poderia viver ou morrer; com as estruturas institucionais descoordenadas, provocava-se a destruição de alguns grupos socialmente expostos. Dito de outra maneira, o desgoverno deixava desprotegidas vidas sujeitas ao poder da morte e seus respectivos “**mundos de morte**” – formas de existência social nas quais vastas populações são submetidas às condições de vida que lhes conferem um *status* de “**mortos-vivos**”, reforçando a ideia de uma necropolítica no Brasil, no sentido expresso por Achille Mbembe (2018a; 2018b).

Outro aspecto grave, o desgoverno criou discursos anticidência, travando, ao longo dos dois primeiros anos da pandemia (2020-2021), uma disputa entre a vida da economia e a das pessoas e demonstrando uma crueldade humana sem precedentes na história do país. Tudo isso para atender aos interesses e às vontades das elites brasileira, levando à sociedade ideias de ameaça, intriga, medo, ódio e violência, com práticas cruéis e políticas que reforçaram estereótipos, segregações, inimizades e tantas outras dores e sofrimentos em nosso povo. O Governo de plantão, que buscava a imposição de

ideias afeitas à bionecropolítica, usou a força e os instrumentos do Estado para afirmar o biopoder e a biopolítica, formulações trabalhadas por Michel Foucault (1987; 1999; 2005; 2006; 2008):

[...] o poder opera de modo difuso, capilar, espalhando-se por uma rede social que inclui instituições diversas como a família, a escola, o hospital, a clínica. Ele é, por assim dizer, um conjunto de relações de força multilaterais (Foucault, 1999, p. 38).

Para desmontar essas ideias estruturadas, é necessário o compromisso do Estado e de seus governantes para promover outras e novas políticas públicas que garantam uma distribuição mais justa das riquezas produzidas no país, gerem oportunidades equânimes em todo território nacional e desenhem, assim, caminhos para eliminar tamanha apartação histórica entre os donos do poder (ricos) e os pobres.

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS), capilarizado nos diferentes territórios brasileiros, pôs à prova suas potencialidades para a promoção da saúde e a redução das desigualdades, essas afloradas diante da maior crise sanitária dos últimos cem anos.

O SUS em um Brasil plural: desafios e oportunidades na garantia do direito à saúde em territórios diversos e complexos

A Constituição de 1988 incorporou mudanças no papel do Estado e alterou profundamente o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde, estabelecendo novas atribuições para as esferas de Governos nacional, estaduais e municipais. Pela primeira vez no Brasil, uma Constituição dedicou uma seção específica à saúde, definindo seu conceito ampliado e explicitando seus determinantes e condicionantes.

Essa ação política foi na contramão das tendências neoliberais que prevaleciam nas décadas de 1980 e 1990; o movimento da Reforma Sanitária conseguiu consolidar um novo pacto federativo e social, a partir de uma política setorial, optando pela ampliação da participação democrática e da garantia dos direitos de cidadania, mediante a conformação de um sistema de saúde com características universalizantes, de cunho igualitarista e sustentado pela ideia de justiça social, rumo à superação das desigualdades em saúde. Essas desigualdades, expressas na heterogeneidade e na grande diversidade entre regiões, estados e municípios brasileiros, podem ser explicadas por diversos fatores, incluindo diferenças históricas, culturais, econômicas, geográficas e políticas.

Em termos históricos, a colonização do Brasil foi marcada por diferentes modelos econômicos e sociais em cada região, o que gerou desigualdades regionais e culturais que se mantêm até hoje. Além disso, a formação do país foi marcada por processos de integração territorial desiguais e incompletos, que contribuíram para a heterogeneidade das diversas regiões.

As diferenças econômicas também são significativas: algumas regiões concentram grande parte da produção e do desenvolvimento econômico, enquanto outras apresentam baixo índice de desenvolvimento e elevadas taxas de pobreza. Essas diferenças são influenciadas por fatores como a disponibilidade de recursos naturais, a infraestrutura, o acesso ao mercado e o perfil produtivo.

Além disso, as características geográficas do país, como a extensão territorial, a diversidade climática e a presença de diferentes ecossistemas, também contribuem para a heterogeneidade e diversidade entre estados e municípios brasileiros.

Vale reafirmar que algumas das principais questões enfrentadas pelo Estado brasileiro são a desigualdade regional e a ausência de um efetivo pacto federativo que diminua o distanciamento entre as regiões do país; por exemplo, o Sudeste apresenta altos níveis de desenvolvimento humano e econômico, enquanto o Nordeste e o Norte ainda possuem indicadores sociais muito abaixo da média nacional. Isso se deve a fatores como falta de infraestrutura, dificuldades de acesso a serviços básicos e baixo investimento em áreas prioritárias.

Outra questão crítica é a desigualdade social, que afeta uma parcela significativa da população brasileira. O país ainda registra altos índices de pobreza e exclusão social, que se concentram principalmente nas periferias das áreas urbanas e em territórios inóspitos, onde vivem e trabalham segmentos populacionais mais vulneráveis, como ribeirinhos, quilombolas, mulheres, negros, indígenas, LGBTQIAP+, pessoas em situação de rua e romani.

O setor saúde não se encontra fora desse quadro de desigualdades, uma vez que se deve entender a desigualdade em saúde à luz de seus determinantes materiais, incluindo aí os processos de inclusão e de exclusão fundados em uma dimensão simbólica ou civilizatória. Por meio dessa dimensão, definem-se e reproduzem-se as regras e os rituais de inclusão/exclusão em uma comunidade político/jurídica (de cidadãos), que é, fundamentalmente, uma comunidade de sentidos.

Nessa moldura de históricas desigualdades locorregionais, o SUS, que completa 35 anos de existência em 2023, enfrentou um dos maiores desafios das últimas décadas: a pandemia de Covid-19. Nela, o SUS reafirmou que a saúde é um bem inalienável do ser humano e que cabe ao Estado garantir, assegurar e defender esse direito de cidadania; e mais, rerepresentou-se ao mundo, a despeito de suas fragilidades e seus desafios, como um sistema

capaz de preservar seus valores doutrinários de universalidade, integralidade, equidade e participação social, instituídos na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

O SUS é um sistema organizado de forma tripartite, financiado por recursos públicos provenientes de impostos e contribuições sociais – como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) –, entre outras fontes, e gerido pelas três esferas de gestão: a União, os Estados e os Municípios. Cada esfera é responsável pela prestação dos cuidados à saúde das pessoas o mais próximo possível de seus lugares de moradia e trabalho. Nesse contexto, a União é responsável por definir as políticas e as diretrizes nacionais de saúde, além de gerenciar recursos financeiros e coordenar ações de cooperação técnica e científica em saúde.

Os Estados, por sua vez, são responsáveis por planejar, coordenar e executar ações e serviços de saúde em seu território, em consonância com as diretrizes nacionais. Já os Municípios são a porta de entrada do SUS, responsáveis por garantir o acesso da população a redes regionalizadas, integradas, territorializadas e comunitárias, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), políticas estruturantes da Atenção Primária à Saúde (APS) (Sousa, 2007, Sousa; Hamann, 2000).

Como mencionado, o SUS mostrou sua importância diante de um dos seus maiores desafios, com a pandemia de Covid-19 – que afetou sobremaneira o Brasil e os brasileiros –, uma vez que foi responsável por prestar assistência a toda a população do país, incluindo pobres e ricos, e, nesse processo, enfrentou vários obstáculos, como a falta de leitos hospitalares e de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para os profissionais de saúde, a

sobrecarga dos serviços de saúde e a falta de coordenação entre as diferentes esferas de gestão dos Governos. As medidas adotadas pelo SUS foram: (1) a criação de novos leitos hospitalares, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), para atender aos pacientes com Covid-19; (2) a ampliação da testagem: o SUS realizou uma grande campanha de testagem em massa para identificar os casos de Covid-19 e isolar os pacientes infectados; (3) a aquisição de EPIs: o Governo Federal e os Governos Estaduais e Municipais se mobilizaram para adquirir e distribuir EPIs para os profissionais de saúde; (4) o investimento em tecnologia: foram utilizadas diversas tecnologias para ampliar o acesso aos serviços de saúde, como a telessaúde e aplicativos para o monitoramento de pacientes com Covid-19; e (5) campanhas de conscientização: foram realizadas campanhas de conscientização para orientar a população sobre a importância do distanciamento social, do uso de máscaras e da higienização das mãos.

Em um Brasil tão plural, a pandemia de Covid-19 deve ser analisada sob diferentes perspectivas, considerando aspectos diversos que impactam a vida da população. Citamos aqui algumas delas:

(1) **Saúde pública:** a pandemia colocou em evidência as deficiências do sistema de saúde brasileiro, especialmente no que se refere à falta de leitos hospitalares e de EPIs para os profissionais de saúde. A análise da pandemia sob a perspectiva da saúde coletiva/pública pode abordar questões como a necessidade de superar o subfinanciamento e o desfinanciamento histórico do SUS, a exemplo do baixo investimento nas Rede de Atenção Integrada à Saúde (infraestrutura). Além disso, pode abordar a necessidade de valorização dos profissionais de saúde; dos processos

de regionalização; e, sobretudo, da efetividade do cuidado equânime às populações mais vulneráveis;

(2) **Economia:** a pandemia teve um impacto significativo na economia brasileira, com o fechamento de empresas, o aumento do desemprego e disputas desmedidas de narrativas entre o setor econômico e a saúde. Aqui, ficou cada vez mais evidente a necessidade de investir no complexo industrial da saúde, já que o Brasil produz somente 10% dos insumos estratégicos necessários para a atenção à saúde, com dependência de 90% dos mercados indianos e chineses, principalmente;

(3) **Sociedade:** a pandemia afetou a vida da população brasileira de diversas maneiras, com o isolamento social, mudanças no cotidiano e restrições de deslocamento. A análise da pandemia sob a perspectiva social pode abordar questões como a necessidade de políticas públicas que garantam o acesso à alimentação e à educação para a população mais vulnerável, a importância da solidariedade e da cooperação para enfrentar a crise e os desafios relacionados à saúde mental em tempos de pandemia;

(4) **Política:** a pandemia também teve impacto na política brasileira, com debates sobre as medidas adotadas pelo Governo, a atuação do Congresso Nacional e a relação entre os diferentes Poderes. Presenciamos a quebra do pacto federativo e da união entre os Poderes da República, assegurados na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), diante de tantas mortes, lutos e sofrimentos irreparáveis. A análise da pandemia sob a perspectiva política pode abordar questões como a necessidade de maior coordenação entre as diferentes esferas do Governo, a importância da transparência na divulgação de informações sobre a pandemia e a necessidade de fortalecimento das instituições democráticas para enfrentar crises como essa.

Muitos foram os erros: (1) **negacionismo**: o Governo brasileiro minimizou a gravidade da pandemia, o que levou a um atraso na adoção de medidas para conter a disseminação do vírus; (2) **falta de coordenação**: a falta de coordenação entre as diferentes esferas do Governo dificultou a implementação de medidas eficazes de combate à pandemia; (3) **desinformação**: a disseminação de informações falsas e contrárias às recomendações científicas, por parte de autoridades do Governo, contribuiu para aumentar a desconfiança da população em relação às medidas de prevenção.

Em uma velocidade ainda maior do que o vírus, as notícias falsas em torno da pandemia se proliferaram nas mídias e classes sociais. Assistimos, literalmente, ao que Mendonça (2021) descreve como

Uma segunda pandemia que já circulava entre nós e que é provocada pelo excesso de informação, trazendo consigo a cultura do cancelamento, estigmas, medos, discursos de ódio, preconceito, violência na Internet, mal-estares psicossociais que chegam a levar pessoas à ansiedade, à depressão e, em casos extremos, ao suicídio, um verdadeiro enxame digital que nos provoca cansaço da informação (Mendonça, 2021, p. 166).

Precisamos reconhecer que a sociedade não ficou parada diante de tantos erros. Podemos mencionar a luta: (1) pelo **auxílio emergencial**: o Congresso Nacional, o Supremo Tribunal Federal e os Governos Estaduais e Municipais tensionaram o Governo Federal para que criasse um auxílio emergencial, a fim de atender aos trabalhadores informais e aos desempregados afetados pela pandemia, o que ajudou a mitigar os efeitos econômicos da crise; (2) pela **aquisição de vacinas**: o Governo adquiriu vacinas contra a Covid-19, o que é essencial para conter a disseminação do vírus e reduzir o número de mortes, ainda que com atrasos, corrupção e

descasos – a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Senado Federal abriu o véu das maldades do Governo com o orçamento público; e (3) pelo **fortalecimento do SUS**: a pandemia mostrou a importância do SUS; embora tenha havido falhas, houve também investimentos em infraestrutura hospitalar e contratação de profissionais de saúde para o enfrentamento da pandemia.

A mesma pandemia reforçou a importância do SUS como um sistema público de saúde forte e acessível a todos os cidadãos – evidenciando a necessidade de um financiamento adequado, estável e sustentável – e da consolidação de um novo modelo de atenção à saúde, orientado pelos valores e princípios da APS e estruturado pela ESF, com cuidado universal, integral, equânime, resolutivo, de base territorial e comunitário.

Entendemos por **modelo de atenção à saúde integral**⁷ aquele capaz de promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida, enquanto política pública que possa responder aos desafios contemporâneos em um mundo globalizado, representados pelas crescentes e dinâmicas transformações tecnológicas, sociais, políticas, culturais e ambientais (Sousa, 2007).

A centralidade da Atenção Primária à Saúde na resposta à pandemia de Covid-19 no Brasil

Esse novo modelo é organizado com a Atenção Básica à Saúde (ABS), enquanto primeiro ponto do sistema, coordenado e ordenado em Redes Integradas de Atenção à Saúde. O termo “ABS” é pouco encontrado na literatura mundial; o conceito usual

7 Vários são os sentidos empregados para o conceito de integralidade. Neste texto, referimo-nos a um conjunto de características que compõem as práticas dos profissionais envolvidos com a ESF, a organização de ações e serviços de saúde e as políticas públicas, enquanto capacidade do Estado e dos Governos de dar respostas aos velhos e aos novos problemas de saúde.

para esse campo de práticas é “Atenção Primária à Saúde” (APS), em decorrência do pacto mundial, realizado em 1978, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, república da antiga União Soviética (URSS). Diversos países fizeram-se presentes na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde e afirmaram compromissos com a meta de “Saúde para todos no ano 2000”, constituindo, com isso, a Declaração de Alma-Ata.

No caso brasileiro, a Atenção Básica consiste no primeiro ponto dos sistemas municipais/locais de atenção à saúde e sustenta-se no princípio da integralidade; este, por sua vez, é compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. Trata-se, portanto, de uma formulação típica do SUS.

Isso posto, pode-se afirmar, seja no cenário internacional ou no nacional, que o conceito de Atenção Primária, ou Atenção Básica, se dirige a um ponto comum; seus princípios e diretrizes gerais, de caráter planetário, têm sido, nas últimas décadas, os balizadores da formulação de estratégias para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, cujas bases se sustentam em práticas cuidadosas, resolutivas e qualificadas. Portanto, suas diferenças dar-se-ão na medida da especificidade sociocultural e política de cada nação e serão pautadas pelas relações que se estabelecem entre Estado e sociedade em cada contexto.

Podemos afirmar, então, que a APS é considerada a principal e mais adequada forma de acesso das pessoas ao sistema de saúde. Ela está diretamente associada a uma distribuição mais equitativa da saúde entre populações e é considerada estratégia determinante para a efetivação do cuidado em saúde nos sistemas universais. Em sua essência, a APS volta-se ao cuidado em saúde considerando o âmbito plural e os contextos socioeconômicos e culturais, sendo definida como um conjunto de ações individuais

ou coletivas situadas no primeiro ponto das Redes Integradas de Atenção à Saúde (Sousa, 2019).

É fato que a APS e a ESF são consideradas fundamentais para a garantia do acesso universal e equânime à saúde no Brasil, especialmente no contexto de pandemia de Covid-19, em que a prevenção, a detecção precoce e o tratamento adequado mostraram-se cruciais para a redução do impacto da doença sobre a população.

É fato, ainda, que a pandemia aprofundou os problemas estruturais do SUS, desde a crise crônica de um desejado e necessário financiamento estável, passando pelas instabilidades na construção de um novo modelo de atenção à saúde – orientado pelas bases estruturantes da APS e priorizando a ESF, por meio da qual os ACS se enraízam nas comunidades –, até o indispensável fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, voltadas para o avanço da integração de políticas públicas capazes de assegurar um estado de bem-estar dotado de proteção social, integral e sustentável e com base em um novo pacto social, em outro ambiente institucional de governança interfederativa (Sousa, 2022).

Registramos, sobretudo, que a pandemia evidenciou e exacerbou as grandes lacunas estruturais das determinações e dos condicionantes sociais em saúde e que, atualmente, esse quadro se agrava diante de tantas incertezas de ordem política, econômica, social, ecológica e cultural. Ainda não se delinearão a forma e a velocidade de saída dessas múltiplas e complexas crises.

Entretanto, reconhecemos que a APS desempenhou papel crucial na resposta à pandemia de Covid-19, por ser considerada o ponto do sistema e dos serviços de saúde mais próximo de indivíduos, famílias e comunidades, assim conseguindo detectar precocemente os sinais e sintomas da Covid-19 como quebra da

cadeia de disseminação-transmissão. Seus atributos de atenção no primeiro contato, coordenação do cuidado e ordenamento da rede com responsabilização territorial e orientação comunitária colocaram a APS em uma posição estratégica para executar e articular as ações intersetoriais necessárias ao enfrentamento da pandemia.

A despeito disso, o manejo da Covid-19 e os investimentos para a gestão da pandemia no país concentraram-se massivamente, de início, nos serviços de Média e Alta Complexidade. Ainda assim, a APS foi responsável pela gestão de casos leves e moderados da doença, o que reduziu a carga sobre os hospitais e permitiu que se voltassem aos casos mais graves.

Portanto, ela se tornou central na linha do cuidado de saúde a pessoas com outras condições crônicas, que poderiam ser afetadas pela interrupção dos serviços de saúde durante a pandemia (Brandão, 2023; Frota *et al.*, 2022; Medina *et al.*, 2020; Patiño-Escarcina; Medina, 2022; Sousa, 2021; Teixeira *et al.*, 2020).

A Estratégia Saúde da Família como base para uma resposta efetiva à pandemia de Covid-19 no Brasil

A centralidade da APS, por meio das equipes da ESF – nomeada em 1994, com sua criação, “Programa Saúde da Família” – e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) – criado em 1991 – refletiu-se em seu papel fundamental na linha de frente, com prontas respostas aos seus diferentes, diversos e complexos territórios de atuação.

É importante registrar ainda que as equipes de ESF cuidam diariamente de 133.710.730 pessoas, o que representa 63,62% da população brasileira. Essas equipes estão espalhadas nas 43

mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) do país, com capacidade resolutive de 80% a 90% das necessidades de saúde da população coberta e acesso assegurado aos 10% ou 20% restantes nos demais pontos do sistema (como unidades de pronto atendimento e hospitais), em redes integradas. A existência desses profissionais, seguramente, faz toda a diferença, afinal, o SUS pode contar diariamente com mais de 400 mil ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE), que compõem as 51 mil equipes de Saúde da Família, e com mais de 4 mil equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2022).

Esses profissionais, presentes em todas as cidades brasileiras, desempenharam papel crucial no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Vale destacar algumas das ações desenvolvidas pelas equipes da ESF, notando-se, contudo, que essas ações variaram conforme a realidade de cada município e as necessidades específicas das comunidades atendidas:

- (1) **Identificação de casos suspeitos e monitoramento:** as equipes da ESF foram responsáveis por identificar casos suspeitos de Covid-19 e monitorá-los, bem como a seus contatos próximos, para garantir que recebessem o tratamento adequado e não propagassem a doença;
- (2) **Testagem:** aos profissionais das equipes da ESF foi atribuída a realização de testes de Covid-19 em pacientes suspeitos, encaminhando-os para os serviços de saúde adequados, caso necessário;
- (3) **Orientação e educação em saúde:** todos os membros que compõem as equipes da ESF desenvolveram ações de educação em saúde com a finalidade de prevenir a propagação da Covid-19, abordando o uso de máscaras, a importância da higiene das mãos e o distanciamento social;

- (4) **Telessaúde:** as equipes da ESF utilizaram-se das tecnologias de informação e comunicação para fornecer orientações, de forma remota, às pessoas com Covid-19 ou outras condições de saúde, reduzindo a necessidade de visitas presenciais às UBS;
- (5) **Vacinação:** as equipes da ESF também tiveram a responsabilidade de coordenar a vacinação contra a Covid-19 em suas comunidades, incluindo a identificação de grupos prioritários e a distribuição das vacinas;
- (6) **Acompanhamento de pacientes em isolamento:** as equipes da ESF têm acompanhado pacientes em isolamento domiciliar, monitorando suas condições e seu estado de saúde.

As equipes de Saúde da Família também foram fundamentais na disseminação de informações precisas, pois atuaram como formadoras de opinião e moderadoras do processo de gestão da informação e tradução de conhecimento confiável sobre a pandemia e sobre as medidas de prevenção, como o distanciamento social, o uso de máscaras e a higienização das mãos. Isso ajudou a conscientização da população e a prevenção da disseminação do vírus em meio a fortes momentos de crise de desinformação que assolaram e ainda assolam o país no âmbito da saúde.

Agentes comunitários de saúde: uma força fundamental na luta contra a Covid-19

Os ACS desempenharam papel fundamental no enfrentamento da pandemia de Covid-19, uma vez que foram responsáveis por estabelecer uma ponte entre a população e os serviços de saúde. Dentre suas principais atribuições nesse enfrentamento, podemos destacar: (1) a **identificação e triagem de pessoas com sintomas** em suas áreas de atuação e o devido

encaminhamento para as UBS; (2) a **informação e educação sobre medidas preventivas**, como a importância da higienização das mãos, do uso de máscaras e da prática de distanciamento social; (3) o **monitoramento de casos positivos e seus contatos próximos**, em suas áreas de atuação; (4) o **apoio no isolamento domiciliar**, fornecendo informações e orientações sobre como realizá-lo de forma correta e segura; (5) a **vigilância de casos e situações de risco**, alertando as autoridades de saúde sobre possíveis surtos de Covid-19; (6) o **encaminhamento para serviços de saúde**, garantindo o acesso de pessoas com sintomas a esses serviços; (7) a **identificação de vulnerabilidades**, uma vez que conhecem bem as realidades, necessidades e expectativas das comunidades em que atuam, podendo identificar as vulnerabilidades que as tornam mais suscetíveis à Covid-19; (8) a **distribuição de kits de prevenção**, que continham máscaras, álcool em gel e outros itens, para as pessoas em suas áreas de atuação; (9) o **apoio psicológico** às pessoas afetadas pela pandemia, incluindo aquelas que perderam entes queridos para a doença; e (10) a **colaboração com outros profissionais de saúde**, incluindo enfermeiros, médicos e epidemiologistas, para garantir uma resposta integrada e eficaz à pandemia.

Em síntese, os ACS desempenharam um papel essencial no enfrentamento da pandemia de Covid-19, atuando como agentes multiplicadores de informações e orientações sobre as medidas preventivas e as melhores práticas para evitar a propagação do vírus.

O trabalho desses profissionais na linha de frente da pandemia tem sido reconhecido como fundamental para garantir que as medidas de prevenção e controle da doença fossem e continuem sendo efetivas, principalmente nas comunidades mais vulneráveis. Por isso, é importante valorizar e investir nos seus

processos de formação, capacitação e educação permanente, para que eles possam seguir desempenhando suas funções e atribuições, conforme rege a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB), de forma cada vez mais acolhedora, humana e afetiva (Brasil, 2017).

Os desafios do Sistema Único de Saúde e da Estratégia Saúde da Família na pandemia de Covid-19: superando barreiras e aprendendo com o passado

Há décadas, o Brasil e diversos países do globo (principalmente, mas não apenas, os subdesenvolvidos) vivem em disputa acerca de modelos e do tamanho do Estado. De um lado, ultraliberais defendem estruturas político-econômicas de privação de estatais, redução dos gastos públicos e reforma trabalhista, previdenciária e administrativa; afirmam também que os mercados seriam capazes de se ajustar por conta própria, com livre concorrência, no processo de autorregulação dos ciclos econômicos. De outro lado, estão os que advogam a necessidade de intervenção do Estado na economia como formulador, regulador e fiscalizador das políticas públicas, sobretudo como protetor dos condicionantes e dos determinantes na qualidade de vida e saúde de um país (Sousa, 2020).

É o intitulado “Estado de bem-estar social”, aquele que administra as situações-problema de sua nação, que se faz presente fortemente nas políticas públicas, visando à proteção social e à prestação de bens e serviços de saúde, educação, cultura e lazer, transporte, segurança, habitação, alimentação adequada e segura, liberdade, acesso e posse da terra, emprego, trabalho e, sobretudo, redistribuição de renda, bens considerados direitos

sociais, tendo a saúde como um bem fundamental à vida da sociedade.

É por essa ambivalência que o Estado brasileiro, desde o período colonial até a atualidade, constitui um campo de disputa entre interesses públicos e privados, entre o Estado democrático de direito à cidadania plena, portanto referenciado pelas teorias de justiça social, e o Estado liberal, ancorado na ideologia do capital e dos meios de produção. Neste caso, o Estado é um instrumento da classe hegemônica, servindo para mediar as relações antagônicas entre ela e a classe explorada. Assim, reafirma-se o papel do Estado como gestor, executor e financiador das políticas das classes hegemônicas (Gruppi, 1978; Marx, 2008). Como contraposição, há o pensamento social em saúde, do qual emergem o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira (PRSB), o SUS, a PNAB e suas estratégias organizativas.

Ao reconhecermos os desafios históricos para a consolidação do SUS e o estabelecimento da APS como política nacional, tendo na ESF sua base estruturante de Redes Integradas à Saúde, assumimos a importância de seguir reafirmando que, para construirmos um novo modelo de atenção e gestão à saúde, faz-se necessário ter firme decisão política, conhecimento técnico-científico, pensamento estratégico-operacional, capacidade governativa e, sobretudo, consciência sanitária, sem a qual os valores, princípios e diretrizes da APS, nos sentidos que trazem neste capítulo, seguem reproduzindo as desigualdades de ordem social, política, econômica, institucional e cultural (Sousa, 2021).

Diante dessas contradições e disputas do Estado brasileiro, vimos o quanto o SUS foi posto à prova diante da maior crise sanitária dos últimos cem anos. Ele se viu face a face com os velhos e os novos desafios para sua edificação.

Nesse sentido, afirma Brandão (2023) que foram evidenciadas, no Ministério da Saúde, medidas orquestradas pela Presidência da República – leia-se: o gabinete paralelo – as quais influenciaram negativamente a atuação da gestão nacional no enfrentamento à pandemia:

[...] rotatividade de ministros, fragilização da APS, inoperância no colapso da rede assistencial, ruptura do pacto federativo, morosidade na aquisição de vacinas, descaso com a ciência, debilitação da estratégia de testagem, militarização da saúde, opacidade das informações em saúde, corrupção, descoordenação da política, dentre outras (Brandão, 2023, p. 59).

Não podemos deixar de reafirmar que o SUS vem bravamente superando barreiras e aprendendo com o passado recente de crises pandêmicas, dentro e fora do setor saúde. Conforme apontam Sousa *et al.* (2021), muito embora reconhecida como uma experiência de sucesso, tendo fornecido respostas à pandemia, a ESF enfrenta diferentes desafios, tais como a necessidade de redistribuição e expansão do número de médicos com perfil adequado para trabalhar na lógica organizativa da APS; a heterogeneidade da qualidade local da atenção; a deficiente articulação dos serviços de APS com os níveis secundário e terciário; a maior dificuldade de expansão em grandes centros urbanos; e a flexibilização da carga horária dos médicos das equipes de Saúde da Família. Além disso, a redução da presença dos ACS nas equipes atenta contra um dos pilares da estratégia, que é a criação de um vínculo de confiança entre a população e os profissionais.

A pandemia de Covid-19 destacou ainda mais a importância dessas estratégias e do SUS no Brasil. Ainda que a pandemia tenha sobrecarregado o sistema de saúde, o SUS foi

capaz de atender à grande demanda por atendimento médico, especialmente na APS.

Assegura-se que a pandemia ajudou a reafirmar a necessidade de melhorias nos serviços de saúde, investimentos, (re)estruturação, adequação de ambientes de trabalho, melhoria das condições de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, para que estes possam enfrentar as crises sanitárias com reais condições de desenvolver suas práticas resolutamente nos diferentes contextos locorregionais do país, de maneira a ampliar o acesso e a cobertura e a ajudar a salvar a vida das populações, sobretudo daquelas mais vulneráveis.

E, quando se reflete sobre as consequências da pandemia, há de se dizer que, tristemente, ela ceifou quase 700 mil vidas no Brasil; entre essas perdas, incluem-se muitos profissionais de saúde que estiveram na linha de frente dos cuidados às pessoas acometidas pelo vírus.

As sequelas da pandemia se associam aos velhos desafios da APS e de suas estratégias organizativas. Assim, o SUS precisa se reorganizar para seguir cuidando da saúde da população brasileira com acolhimento e afeto. Para tanto, mencionamos algumas medidas que poderiam ser adotadas, a exemplo do fortalecimento da APS – afinal, esse ponto do sistema é fundamental para a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Entretanto, faz-se necessária a presença de equipes completas de profissionais (que funcionem de maneira interprofissional), com projetos de formação e educação permanente, apoio de tecnologias de informação e comunicação em saúde (Telessaúde) e valorização de todos os profissionais de saúde, garantindo condições adequadas de trabalho e carga horária e salários justos.

Essas são algumas das medidas, no âmbito da APS, que poderiam ser adotadas para fortalecer o SUS no pós-pandemia

e garantir acesso de qualidade à saúde para toda a população brasileira.

Referências

BRANDÃO, Celmário Castro. **Governança federal na gestão da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil**. 2023. 100 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. [1988]. Brasília, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.527/2011**, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Relatório avanços e desafios da Atenção Primária à Saúde:**

balanço das ações 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA3Mg>. Acesso em: 12 abr. 2023.

GRUPPI, Luciano. **O conceito de hegemonia em Gramsci**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política**. Trad. Florestan Fernandes. 2 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MBEMBE, Achille. **Crítica da razão negra**. Trad. Sebastião Nascimento. São Paulo: n-1, 2018a.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. Trad. Renata Santini. São Paulo: n-1, 2018b.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. Trad. Raquel Ramallete. 20 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Trad. Laura Fraga de Almeida Sampaio. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). Trad. Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005. (Coleção tópicos)

FOUCAULT, Michel. **Estratégia, poder-saber**. Trad. Vera Lucia Avellar Ribeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. (Ditos e escritos; IV)

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**: curso dado no Collège de France (1978-1979). Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. (Coleção tópicos)

FROTA, Amanda Cavalcante *et al.* Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, v. esp. 1, p. 131-151, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kxrjrT5Ktcr6Xj8sHw3gMKk/>. Acesso em: 22 mai. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://painel.ibge.gov.br/pnadc/>. Acesso em: 15 abr. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: notas técnicas – versão 1.5. 4 ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101651_notas_tecnicas.pdf. Acesso em: 11 abr. 2023.

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Atenção Primária à Saúde em tempos de Covid-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, e00149720, 2020. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer>. Acesso em: 11 abr. 2023.

MENDONÇA, Ana Valéria Machado. O papel da comunicação em saúde no enfrentamento da pandemia: erros e acertos. *In*: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (Org.). **Competências e regras**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. p. 164-179. (Coleção Covid-19; v. 3).

PAIM, Jairnilson Silva. Saúde da Família: espaço de reflexão e de práticas contra hegemônicas? *In*: PAIM, Jairnilson Silva. **Saúde, política e Reforma Sanitária**. Salvador: CEPS/ISC, 2002. p. 361-365.

PATINHO-ESCARCINA, Jesús Enrique.; MEDINA, Maria Guadalupe. Vigilância em saúde no âmbito da Atenção Primária para enfrentamento da pandemia da COVID-19: revisão documental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 1, p. 119-130, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5vRB5v5MbRjySkTxF9DTWb/abstract/?lang=pt> Acesso em: 11 abr. 2023.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do Desenvolvimento Humano de 2020. A próxima fronteira - O desenvolvimento humano e o Antropoceno**. 2020. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/angola/publications/relat%C3%B3rio-do-desenvolvimento-humano-2020-pr%C3%B3xima-fronteira-o-desenvolvimento-humano-e-o-antropoceno>. Acesso em: 15 abr. 2023.

SOUSA, Maria Fátima de. **Programa de Saúde da Família: estratégia de superação das desigualdades na saúde?** 2007. 264 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

SOUSA, Maria Fátima de (Coord.). **Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos**. Relatório final. Brasília: Editora ECoS, 2022.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p.1325-1335, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/>

Y4XDXBGwrMfLDHhrwPhhQ4w/?lang=pt. Acesso em: 11 abr. 2023.

SOUSA, Maria Fátima de *et al.* Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 5, p. 82-93, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QxjSrYYP6VmvMNCfZjQWWZC/?lang=pt>. Acesso em: 22 maio 2021.

SOUSA, Maria Fátima de *et al.* Complexidade das práticas da enfermagem na Atenção Primária à Saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 12, supl.1, p. 55-60, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5211>. Acesso em: 20 dez. 2021.

TEIXEIRA, Maria Glória *et al.* Reorganização da Atenção Primária à Saúde para vigilância universal e contenção da Covid-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 4, e2020494, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/P9w3DZSdrQGHDbjDxGnQ8HM/?lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2021.

DA PREVALÊNCIA À PROLIFERAÇÃO DOS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA MONETÁRIA NA CONTEMPORANEIDADE DA PROTEÇÃO SOCIAL NA AMÉRICA LATINA E CARIBE, COM DESTAQUE AO BRASIL: CAMINHOS E DESCAMINHOS

Maria Ozanira da Silva e Silva

Introdução

O surgimento e o desenvolvimento dos programas de transferência monetária, programas qualificados pela transferência de benefícios monetários a famílias ou a pessoas, enquanto política de proteção social no Brasil, têm seu marco histórico inicial no ano de 1995, quando se inicia o processo de criação e implementação desses programas, com a denominação genérica de renda mínima, em nível municipal, nas cidades de Campinas, Ribeirão Preto e Santos, em São Paulo. No mesmo ano, foi criado o Programa Bolsa Escola, em Brasília, Distrito Federal. O processo prossegue com a criação

de programas estaduais e federais. Em 2001, já se configurava a existência de uma **Rede de Proteção Social**¹, composta, sobretudo, por programas de transferência monetária. A partir de então, em 2003, inicia-se a implementação do Bolsa Família, que, em 2006, já estava em execução em todos os municípios brasileiros, atendendo a um público sem precedente na história dos programas sociais no Brasil (Silva; Yazbek; Giovanni, 2012).

Buscando situar os programas de transferência monetária na América Latina, tem-se os anos 1990 enquanto marco temporal, a partir de quando esses programas surgem e se expandem impulsionados pela necessidade de enfrentamento de uma conjuntura marcada por elevados índices de trabalho precário, informal e de baixa remuneração, de desemprego e elevados índices de pobreza e de extrema pobreza no Continente. Amplia-se demanda para elevação de gastos sociais, ao mesmo tempo em que ocorre o deslocamento do processo em curso de universalização da proteção e dos direitos sociais para a intervenção social focalizada na pobreza e na extrema pobreza (Silva, 2014). Nesse contexto, as medidas de proteção social são articuladas ao desenvolvimento econômico, enquanto eixo potencializador para o desenvolvimento (CEPAL, 2009), contexto esse que favorece o surgimento e a ampliação de programas de transferência monetária em diversos países da América Latina, tendo como objetivo, a curto prazo, a transferência monetária a famílias ou a indivíduos para mitigar sua situação de pobreza. A

1 A Rede de Proteção Social foi uma proposta de articulação de programas compensatórios de transferência de renda, destacando-se o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), o Programa Agente Jovem, o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Educação, o Programa Bolsa Alimentação, Auxílio Gás e o Programa Cartão Alimentação.

médio e a longo prazos, a proposta é elevar o capital humano de novas gerações.

Verifica-se que o processo de adoção dos programas de transferência monetária situa-se numa conjuntura marcada pela implantação de contrarreformas, tendo em vista a construção de Estados mínimos em decorrência do avanço do neoliberalismo com hegemonia do capital financeiro. Nessa realidade, os programas de transferência monetária são ampliados para cumprir três funções básicas: contribuir para manutenção das economias locais; contribuir para legitimação de governos, muitas vezes antidemocráticos, mas que precisam da aprovação dos pobres para manter seu poder (Silva, 2021). Ademais, os programas de transferência monetária também têm a função de atenuar ou mitigar a situação de pobreza de contingentes populacionais, cada vez mais numerosos, sobretudo dos que vivem do trabalho informal, sem proteção social e em condições de pobreza e de extrema pobreza.

No Brasil, essa é uma conjuntura agravada com os desgovernos de Michel Temer (2016-2018) e Jair Bolsonaro (2019-2022), que assumem a Presidência do Brasil com o golpe institucional e midiático de 2016². Ademais, há que considerar que o agravamento da crise socioeconômica e política, em decorrência da pandemia da Covid-19, emerge em um contexto em que o Sistema de Proteção Social brasileiro já vinha sofrendo fortes ameaças com o aprofundamento das contrarreformas de orientação ultraliberal, no âmbito do denominado ajuste fiscal, implementadas desde o Governo Temer e exacerbadas no Governo Bolsonaro. Entre essas, as reformas trabalhista e previdenciária,

2 Pelo denominado Golpe 2016, Dilma Rousseff, presidente eleita para um segundo mandato, foi afastada de seu cargo sem motivos legais e políticos que justificassem seu afastamento.

que desmontam direitos sociais conquistados em lutas sociais históricas. A essa realidade acrescenta-se a postura de descaso assumida pelo Governo Bolsonaro diante da crise sanitária e social sem precedentes vivenciada pelo mundo e, particularmente, pelo Brasil, historicamente marcado pela desestruturação do mercado de trabalho e elevados índices de pobreza e desigualdades.

É no contexto contemporâneo que abordo a transferência monetária na sua relação com a proteção social, procurando clarificar o campo de abrangência desses programas, considerando modalidades e concepções, para, então, caracterizar o Benefício Emergencial no Brasil, situando-o no contexto da realidade da América Latina e Caribe, seguindo da apresentação e problematização do Auxílio Brasil, criado em novembro de 2021, para substituir o Bolsa Família, implementado por 18 anos em todos os municípios brasileiros. Por fim, é apresentada uma reflexão sobre aspectos básicos qualificadores dos programas de transferência monetária, a título de conclusão.

MODALIDADES DE PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA MONETÁRIA: imprecisões conceituais e fundamentos político-ideológicos

Ao qualificar as modalidades dos programas de transferência monetária, destaco, inicialmente, o contexto conjuntural contemporâneo, marcado pela pandemia da Covid19, em que situo esses programas. Trata-se de uma realidade conjuntural sob a direção de um projeto

[...] conservador e autoritário, profundamente submetido aos interesses do capitalismo financeiro internacional, com verdadeiro desrespeito a princípios democráticos que vinham regendo a sociedade brasileira, cuja consequência de maior destaque é um amplo retrocesso dos direitos sociais e trabalhistas,

além de desativação e redução de programas sociais relevantes para a população pobre (Silva; Lima, 2017, p. 15).

Nesse projeto,

Os pobres são individualizados, criminalizados e responsabilizados por sua situação de pobreza e por sair de uma situação que independe de sua vontade, além do cerceamento de liberdades, instituindo um verdadeiro Estado de exceção, sob o comando da arbitrariedade do Executivo e do Legislativo, com apoio da mídia e do Judiciário (Silva; Lima, 2017, p. 16).

Esse é um contexto socioeconômico e político-institucional de avanço do conservadorismo, de desconstrução dos direitos sociais e de desmonte da Seguridade Social no Brasil. Nesse contexto, segundo Estudos da MetrÓpole da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH), da Universidade de São Paulo (USP), (2020) emerge um novo grupo de vulneráveis, formado por mulheres e homens brancos, com curso superior completo e vínculos de trabalho estáveis em serviços *não essenciais* ou em *setores essenciais*, mas economicamente afetados. Nesse grupo, inserem-se segmentos de trabalhadores/as formados por mulheres e homens, que mantêm vínculos instáveis com o mercado de trabalho, desprovidos de contrato formal e de proteção social, com maior incidência da população negra. Segundo a mesma fonte, são 75,5 milhões de pessoas (81% da força de trabalho no Brasil) que vivenciam algum tipo de vulnerabilidade, agravada pelos efeitos da pandemia da Covid-19.

Para refletir sobre essa realidade, parto de uma pergunta central: que medidas de proteção social vêm sendo adotadas para atendimento do imenso contingente da população brasileira vivenciando desemprego, trabalho precarizado, pobreza e extrema pobreza, além do retorno do Brasil ao Mapa da Fome?

Nesse contexto, observa-se a ampliação do debate, a elaboração de propostas e a implementação de programas de transferência monetária focalizados, incluindo também debate sobre a Renda Básica Universal. Nesse aspecto, torna-se necessário aclarar o entendimento conceitual sobre esses programas. Isso porque, no debate e na prática, são recorrentes a confusão e a dificuldade para explicitar as especificidades conceituais de diferentes modalidades desses programas, ocorrendo também desconhecimento ou omissão de diferentes perspectivas ideológicas que fundamentam os programas de transferência monetária.

No caso brasileiro, inicialmente, houve uma tendência de vinculação dos programas de transferência monetária a posturas político-ideológicas progressistas, pela ligação com partidos de esquerda, com destaque ao Partido dos Trabalhadores:

• Todavia, as iniciativas de criação desses programas passaram a receber forte influência de matizes liberais e conservadoras, contribuindo para que sua expansão passasse a consolidar os denominados programas de transferência monetária no campo de uma focalização estritamente vinculada à pobreza e à extrema pobreza, e majoritariamente portadores de condicionalidades na educação e saúde a serem cumpridas pelas famílias beneficiárias (Silva *et al.*, 2022, p. 234).

Por conseguinte, o acompanhamento desses programas na realidade brasileira permite se ter como pressuposto o entendimento de que cada programa tem como fundamento uma concepção teórica, política e ideológica, inspirada numa determinada visão de mundo e numa concepção de pobreza. Ademais, temos diferentes modalidades de programas de transferência monetária, merecendo destaque os Programas de Transferência Monetária Focalizados sem condicionalidades

(Benefício Emergencial); Programas de Transferência Monetária focalizados com condicionalidades (Bolsa Família) e programas de Renda Básica Universal (Alaska Dividendo³);

Os programas focalizados incluem alguns ou variados critérios para acesso, com destaque à **renda**, tendo, via de regra, como público-alvo a população pobre e extremamente pobre, quer pessoas ou famílias. Outro critério de acesso é a **idade**, por vezes sendo priorizadas determinadas faixas etárias, como crianças, adolescentes, idosos. Tem-se também como critério recorrente a **localização da moradia**: meio rural, favelas, assentamentos e ainda são critérios presentes em alguns programas de transferência monetária focalizados **determinadas situações de vulnerabilidade**, como deficiências. Por conseguinte, os programas focalizados determinam alguns ou variados critérios para acesso ao benefício disponibilizado. Têm como função mitigar a pobreza ou atender a situações emergenciais (Silva *et al.*, 2022).

Nessa modalidade de programas, o foco em grupos populacionais necessitados pode ser destacado como ponto positivo, todavia, a operacionalização dos critérios para focalização é um processo problemático, de elevado custo financeiro e gerencial, além de propiciar possibilidades de desvios, de corrupção e falta de transparência.

A **Renda Básica** orienta-se pelos critérios da **universalidade**, por destinar-se a todos os residentes de uma comunidade, Estado ou país; **incondicionalidade**, não admitindo qualquer tipo de discriminação; por disponibilizar valor monetário uniforme para todas as pessoas e não adotar requisição de testes de meios para

3 Alaska Dividendo é mantido pelo Fundo do Alaska. O benefício variou de U\$ 300,00, em 1989, para o máximo de U\$ 3.269,00, em 2008, quando o preço do petróleo sofreu significativa elevação. Após 35 anos, pagando igual dividendo a todos, os residentes no Estado, por um ano ou mais, vem se verificando que o Alaska e o Utah são os mais iguais dos 50 estados americanos.

comprovação de qualquer exigência, ou seja, independe da renda e do trabalho do beneficiário. Portanto, é uma transferência monetária, periódica, individual, universal e incondicional (Rede Brasileira de Renda Básica, [2019?]). Tem como função distribuir a riqueza socialmente produzida para diminuição da desigualdade e alcance da Justiça Social⁴.

Quanto a possíveis vantagens da Renda Básica Universal, seus idealizadores destacam que a universalidade simplifica e reduz os custos da gestão; favorece a transparência e reduz possibilidades de corrupção; apresenta caráter redistributivo e atende necessidades dos mais vulneráveis. Todavia, os críticos da Renda Básica Universal destacam como negativo o elevado custo desses programas e a possibilidade de desincentivo ao trabalho. Sobre o alto custo, cada programa deve definir fontes específicas de financiamento. Ademais, todo programa de transferência monetária apresenta impactos nas economias locais, contribuindo, assim, para seu autofinanciamento. Quanto à possibilidade de a renda básica, em particular, contribuir para desincentivo ao trabalho, entendo:

Que o valor da transferência monetária de um programa de renda básica seja suficiente para manutenção de condições de vida aceitáveis para todos, pois o primeiro direito que temos

4 A prática do que vem sendo denominada de Renda Básica, na maioria dos casos, não atende ao critério da universalidade, mesmo as experiências implementadas em municípios ou pequenas localidades; muitas são experiências pilotos de caráter experimental e temporário. Via de regra, são programas de transferência monetária incondicional, mas focalizados. Daí, alguns autores falarem em renda básica universal e renda básica parcial. Sobre concepções e práticas de Renda Básica Universal, veja: TORRY, Malcolm (ed.). *The Pelgrave International Handbook of Basic Income*. London: Pelgrave Macmillan, 2019; e sobre a experiência brasileira de Renda Básica de Cidadania, veja, na obra citada, o capítulo: SILVA, Maria Ozanira da Silva e; LIMA, Valéria Ferreira Sando de Almada. **Citizen's Basic Income in Brazil: from Bolsa Família to pilot experiences**, p. 319-338.

é o da sobrevivência. Nesse sentido, a renda básica pode, sim, desincentivar o trabalho, mas o trabalho precário, degradante e escravo, muito ainda presente na sociedade brasileira. Isso porque o público beneficiário conquista uma margem de possibilidade de negociar seus direitos, o que entendo como mérito desses programas (Silva, 2022, p. 224).

Partindo desse quadro de referência, a seguir, situo o Auxílio Emergencial do Brasil na realidade da América Latina e do Caribe, onde vêm sendo implementadas medidas assistenciais temporárias e de emergência, no campo da transferência monetária, para enfrentamento das situações socioeconômicas e políticas decorrentes da pandemia da Covid-19.

O Auxílio Emergencial no Brasil no contexto dos Programas de Transferência Monetária na América Latina e no Caribe

Mapeamento sobre programas de transferência monetária desenvolvido por uma equipe de pesquisadoras/es do Brasil, Argentina e Uruguai⁵ identificou a realidade na América Latina e no Caribe em relação a esses programas, considerados em duas categorias: programas em implementação anteriores à pandemia da Covid-19 e programas criados para mitigar situações de penúria socioeconômicas decorrentes da crise sanitária mundial, em 21 países da América Latina e 20 países do Caribe.

O Mapeamento, realizado em 2020, identificou, em 21 países da América Latina, que o Chile foi o país que apresentou

5 Trata-se do projeto **Programas de transferência de renda focalizados e de Renda Básica Universal no contexto da pandemia e da pós-pandemia da Covid-19**: acompanhamento e análise da realidade internacional na América Latina e Caribe, iniciado em 2020, com participação da Universidade Federal do Maranhão; Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Universidad de la Republica do Uruguai e Facultad de Ciencias Humanas - Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.

maior número de programas de transferência monetária em implementação em período anterior à pandemia da Covid-19, com 10 (dez) programas. O segundo país com maior número de programas foi Costa Rica, que implementava 9 (nove) programas. Verificou-se também que 3 (três) países latino-americanos não registraram programas de transferência monetária na mesma categoria: Honduras, Porto Rico e Venezuela. Quando considerados os programas criados para mitigar impactos econômico-sociais em decorrência da pandemia, o Peru foi o país que mais registrou programas dessa natureza, totalizando 10 (dez), situando-se em segundo lugar a Argentina, com 08 (oito) programas, seguida do Chile, com 07 programas. Sem registro de programas nessa categoria, foram encontrados Nicarágua e Porto Rico. Sem identificação de programas anteriores ou decorrentes da pandemia da Covid-19, encontrou-se somente Porto Rico. Por conseguinte, o quantitativo de programas anteriores à pandemia, na América Latina, foi de 49 (quarenta e nove) e de 65 (sessenta e cinco) programas criados para atender a situações sociais e econômicas decorrentes da pandemia da Covid-19.

Buscando-se a realidade de programas de transferência monetária nos 20 países do Caribe mapeados, os dados revelaram que essa região apresentou quantitativo reduzido desses programas em implementação anteriormente à pandemia da Covid-19 (5 programas). Todavia, os programas instituídos para atender a situações de privações econômicas e sociais das populações em decorrência da pandemia são expressivamente em maior número, totalizando 19 programas. Ademais, o mapeamento identificou 8 (oito) países do Caribe sem programas de transferência monetária prévios nem criados para atender a situações decorrentes da pandemia da Covid-19. Por conseguinte, o quantitativo de programas de transferência monetária, implementados no Caribe,

antes ou durante a pandemia, é significativamente em menor número do que os identificados na América Latina.

Buscando aspectos qualificadores dos programas de transferência monetária na América Latina e no Caribe, o Mapeamento permitiu a identificação dos seguintes aspectos:

a) Esses programas se situam num contexto de profundo agravamento das condições de vida da classe trabalhadora em decorrência da elevação do desemprego, instabilidade do trabalho informal, elevação da pobreza e da extrema pobreza, com incremento da fome, situação decorrente de crise estrutural do capital que antecede à Covid-19, verificando-se o aprofundamento das desigualdades sociais e econômicas. Em consonância, assiste-se também aos desmontes dos já frágeis Sistemas de Proteção Social da maioria dos países da América Latina e Caribe.

b) Os programas pós-pandemia se articulam ou se somam a número significativo de programas de transferência monetária já em implementação antes da pandemia, servindo, em muitos casos, para ampliar montantes financeiros e coberturas dos programas em implementação previamente à pandemia, reforçando, portanto, programas de transferência monetária já existentes. São dirigidos principalmente para trabalhadores informais, desempregados e pessoas que vivem na pobreza e na extrema pobreza, cujo objetivo é mitigar as situações socioeconômicas decorrentes da pandemia da Covid-19.

c) Esses programas não têm poder de alterar situações estruturais de pobreza e de desigualdades, mas precisam ser considerados como direito fundamental, por responder a necessidades de sobrevivência de contingentes

populacionais cada vez mais ampliados, o que significa proteger o direito à vida.

d) Os programas implementados previamente à pandemia, além de focalizados, mantêm condicionalidades, enquanto os programas criados para atender a situações decorrentes da pandemia, via de regra, apresentam vários critérios para acesso, expressando uma focalização conservadora. Não indicam condicionalidades, mas apresentam caráter emergencial, reduzido espaço de tempo, com transferências mensais, sendo que alguns programas limitam a transferência monetária a uma única vez (Silva, 2021).

Merece destaque, ainda, mencionar que não foram identificados, previamente nem em decorrência da pandemia da Covid-19, programas que possam ser classificados de Renda Básica, cujos qualificadores são universalidade e incondicionalidade.

Nesse quadro de programas, encontram-se ações ou medidas de transferência monetária no contexto da América Latina e Caribe. Tem-se, no caso brasileiro, o Auxílio Emergencial⁶, que se destaca pela sua abrangência nacional, pelo total de pessoas atendidas e pelo tempo de sua implementação. Foi instituído pela Medida Provisória 1.061/2021 com o objetivo de atenuar

6 Além do Auxílio Emergencial, de abrangência nacional, vem se assistindo à criação de programas emergenciais e temporários de transferência monetária para atendimento de situações específicas agravadas no contexto da pandemia da Covid-19 em vários estados e municípios brasileiros. Entre os programas, vem se identificando a criação de programas tipo Vale Gás, em razão do elevado preço do gás de cozinha. Importa ressaltar que, via de regra, esses programas são criados de modo desvinculado da Política de Assistência Social, o que, em última análise, fragmenta e fragiliza o Sistema de Proteção Social que vinha avançando desde a Constituição de 1988.

as consequências decorrentes da ampliação do desemprego, do trabalho informal precarizado, da pobreza e da fome no contexto da pandemia da Covid-19. Todavia, é produto de pressão exercida por movimentos da sociedade civil, por profissionais, entre estes, economistas, cientistas sociais, assistentes sociais e pessoas afetadas pela pobreza e pelo desemprego (RBRB [2019?]).

É um programa de transferência monetária massivo, sem condicionalidades, mas altamente focalizado. Disponibilizou um benefício mensal no valor de R\$ 600,00, no período de abril a agosto de 2020, para até duas pessoas na mesma família, sendo que, para as famílias chefiadas por mulheres, o valor mensal foi de R\$1.200,00. De setembro a dezembro de 2020, o valor do benefício foi reduzido para R\$ 300,00, mantendo pagamento duplicado para mulheres responsáveis por famílias monoparentais.

O público-alvo foi composto por microempreendedor individual; contribuinte individual ou facultativo do Regime Geral da Previdência Social; trabalhador informal inscrito no Cadastro Único do Governo Federal ou em aplicativo da Caixa Econômica Federal e beneficiários do Bolsa Família. A esse público foram exigidos os seguintes critérios para acesso ao benefício: ter mais de 18 anos; renda *per capita* familiar de meio salário mínimo ou renda familiar mensal total de até três salários mínimos e não ter tido rendimentos tributáveis, em 2018, devendo incluir, no máximo, duas pessoas por família⁷.

7 Posteriormente, o público-alvo do Benefício Emergencial foi ampliado pelo Projeto de Lei nº 873/2020, de autoria do senador Randolfe Rodrigues (Rede-AP), com a inclusão de catadores de material reciclável, seringueiros, taxistas, mototaxistas, motoristas de aplicativos, manicures, diaristas e pescadores artesanais, permitindo também que mães adolescentes, mesmo com menos de 18 anos, recebam o benefício.

O Benefício Emergencial, criado em abril de 2020 e implementado até dezembro daquele ano, apresentou recorrentes problemas para seu acesso e implementação, tais como: foi utilizado sistema altamente informatizado, desconsiderando que 7,4 milhões de pessoas elegíveis para receber o benefício viviam em domicílios sem acesso à *internet*, além de dificuldades com o manejo do aplicativo; na implementação, verificou-se falta de planejamento para distribuição do benefício, gerando aglomerações nas agências bancárias pagadoras, com ampliação da potencialidade de contágio do coronavírus. Verificaram-se ainda dificuldades de acesso junto às agências pagadoras; distorções na concessão e denúncia de uso indevido do benefício; falta de transparência na seleção do público demandante; informações desencontradas e atrasos nos pagamentos; demora no processo de análise das solicitações, além de desconsiderar o aparato institucional já consolidado no Cadastro Único do Governo Federal que dispõe de 11.908 postos em todos os municípios e a experiência de 18 anos do Bolsa Família. Todavia, em contraposição aos problemas, o Benefício Emergencial, nesse primeiro momento, apresentou contradições e positivities: atendimento massivo no contexto de avanço da pobreza; não ter condicionalidade; ampliação do espaço para a proteção social, mesmo que emergencial e provisória, e, contraditoriamente, explicitou o tamanho da pobreza no Brasil, impulsionando o debate sobre programas de transferência monetária condicionados e de Renda Básica Universal (Silva; Santos; Lima, 2021). A versão 2020, implementada até dezembro de 2020, atendeu, segundo o Portal da Transparência do Governo Federal, a 68.234.466 pessoas (BRASIL, 2022).

O Benefício Emergencial, concedido em 2020, foi suspenso durante os meses de janeiro, fevereiro e março de 2021, sendo

recriado em abril, em decorrência de fortes pressões de setores organizados da sociedade, profissionais de diversas categorias, inclusive pressão do Parlamento brasileiro. Ademais, a denominada segunda onda da Covid-19, no Brasil, em 2021, limitou ainda mais as possibilidades de retomada da economia, ampliando o desemprego, o trabalho desprotegido, a pobreza, a extrema pobreza e a fome dos que dependiam do Benefício Emergencial interrompido.

Nesse contexto, o Governo Federal não teve outra saída a não ser reeditar o Benefício Emergencial, mediante a Medida Provisória N. 1.039 de 18 de março de 2021 da Presidência da República/ Secretaria-Geral/ Subchefia para Assuntos Jurídicos, que determina, a princípio, vigência do benefício de abril a julho de 2021, estendida, posteriormente até dezembro, mas mediante uma proposta mais restritiva quantitativamente, passando do atendimento de 68 milhões para 39,3 milhões de pessoas, segundo o Ministério da Cidadania do Governo Federal (BRASIL, 2021). Os critérios de inclusão, além de numerosos, ampliaram a focalização conservadora que já vinha sendo adotada, indicando amplo espectro de critérios que determinam mais a exclusão do que a inclusão de possíveis beneficiários, mesmo num contexto socioeconômico de ampliação do desemprego, da pobreza, da extrema pobreza e da fome. O valor mensal do benefício foi reduzido pela metade, de modo que, para mulheres provedoras de família monoparental, o valor mensal do benefício ficou em R\$ 375,00; o valor médio foi limitado a R\$ 250,00; e o valor para família unipessoal ficou de R\$ 150,00. Ademais, os problemas indicados acima, em relação à versão do Auxílio Emergencial de 2020, não foram sanados na versão 2021.

Substituição do Bolsa Família pelo Auxílio Brasil

Extinguindo-se a vigência da segunda versão do Benefício Emergencial, criado em março de 2021, aproximando-se o ano eleitoral de 2022, e, sobretudo, a elevada pressão da realidade do desemprego, do trabalho informal sem proteção, da fome cada vez mais ampliada e a pressão da sociedade organizada, após quase três anos de governo e nove anúncios frustrados para criação de um grande programa de transferência monetária que tirasse de cena o Bolsa Família, foi entregue, no dia 9 de agosto, pessoalmente, pelo presidente Bolsonaro, ao presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira, uma proposta de medida provisória para substituir o Bolsa Família por um programa denominado Auxílio Brasil.

O novo programa, implementado de novembro de 2021 a dezembro de 2022, teve como indicação os objetivos de promover a cidadania com garantia de renda; reduzir a pobreza e a extrema pobreza; promover o desenvolvimento das crianças; ampliar o atendimento de crianças em creches e estimular crianças, adolescentes e jovens a terem desempenho científico e tecnológico de excelência.

A Medida Provisória não especifica fontes de recursos para o Programa; não estabelece linha de pobreza nem o valor do benefício que, segundo o presidente, seria elevado em 50% o valor médio do Bolsa Família de R\$ 189,00, isso sem considerar que o Bolsa Família não foi reajustado no seu governo e o prometido décimo terceiro benefício só foi pago em 2019.

Num texto longo e confuso, com 49 artigos e vários desdobramentos, são criados cinco benefícios dispersos (Auxílio Criança Cidadã; Auxílio Inclusão Produtiva Rural; Auxílio Inclusão Produtiva Urbana; Auxílio Esporte Escolar e Bolsa de Iniciação Científica Junior), todavia os dois principais problemas do Bolsa Família são desconsiderados: acabar com as filas de espera de famílias que atendem a critérios de elegibilidade, mas não são

incluídas; e a necessidade de definição de regras de atualização periódica do valor do benefício. Ademais, é atribuída ao Poder Executivo a responsabilidade exclusiva de editar regulamentos relativos a prazos, detalhamento de critérios de acesso e desligamento e valores de benefícios, desconsiderando 18 anos de Bolsa Família e o Cadastro Único do Governo Federal, destinado a orientar a seleção de beneficiários para programas sociais. Substitui a relação humanizada entre profissionais dos CRAS e CREAS com o público demandante, por dispositivo eletrônico, desconsiderando a realidade do limitado acesso do público-alvo do programa à *internet* e a computadores.

Segundo manifestação pública, emitida pela Rede Brasileira de Renda Básica (RBRC), 2021, sob o título “Novo Bolsa Família”, este é insuficiente e cruel com os mais pobres – o Auxílio Brasil é pior que o Bolsa Família nos seguintes aspectos: os valores dos benefícios e o número de novas famílias a serem incluídas no Programa não são definidos; empurra beneficiários para endividamento mediante crédito consignado; condiciona novos auxílios ao sucesso em jogos esportivos e olimpíadas escolares, sem oferecer condições; é incompreensível para parte dos beneficiários, ao fixar uma diversidade de benefícios; não considera os apontamentos e falhas da implementação do Benefício Emergencial; não cria a transição dos dados do Auxílio Emergencial para o Cadastro Único e não dialoga com a realidade econômica que impõe novas respostas para a população brasileira.

Ao também se manifestar publicamente sobre a medida provisória que institui o Auxílio Brasil, o Fórum de Secretários/as de Estado de Assistência Social (FONSEA) lamenta o Governo Federal não vir atendendo a reiteradas solicitações para o diálogo com gestores estaduais, do Distrito Federal, gestores municipais, coordenação do Cadastro Único e do Bolsa Família para discussão conjunta de alterações e criações de programas sociais. Considero que o que vem ocorrendo são modificações

estruturais no campo das políticas sociais, deslocadas dos Ministérios pertinentes para o campo da economia, sem considerar possíveis impactos de alterações no grave cenário de crise social em que vivemos.

Uma análise da Medida Provisória demonstra que a substituição do Bolsa Família pelo Auxílio Brasil distancia, ainda mais, o debate brasileiro sobre a implantação de uma Renda Básica, desconsiderando o que foi estabelecido pelo Supremo Tribunal Federal. Ao contrário, o Auxílio Brasil, como estruturado, representa um retrocesso, ao reforçar a lógica de desempenho, destacando o “esforço” individual para superação da pobreza; ao minimizar obrigações do Estado, por exemplo, em relação à criação de creches, estimulando as creches do setor privado; por estimular a inserção de adolescentes, jovens e adultos no mercado de trabalho com recebimento de “bônus” e sem proteção social; ao propor a substituição de entrevistadores sociais pelo acesso direto com uso de aplicativo, desconsiderando a ampla rede do Sistema Único de Assistência Social em todos os municípios brasileiros.

O que se assiste é o avanço do uso da focalização conservadora e controladora no campo das políticas sociais, distanciando o debate e a realidade dos programas de transferência monetária do que vem ocorrendo no resto do mundo, que busca a garantia de renda para todos com a implantação de programas de Renda Básica Universal, mesmo que a implantação desses programas venha ocorrendo mediante transição da focalização, sem condicionalidades.

Conclusão

Nesta conclusão, é fundamental reafirmar que programas de transferência monetária, enquanto programas assistenciais

não contributivos⁸, vêm cada vez mais assumindo um protagonismo de prevalência no Sistema de Proteção Social no Brasil, desde os anos 2000.

Essa prevalência se amplia na contemporaneidade, no debate e na prática desses programas, marcada pelo agravamento do desemprego, do trabalho precarizado, mal remunerado e sem proteção social; pela elevação dos índices de pobreza e de extrema pobreza, conduzindo o Brasil ao retorno ao Mapa da Fome.

É nessa conjuntura que situo as reflexões aqui desenvolvidas, conjuntura de aprofundamento do neoliberalismo, com advento do neofascismo travestido de conservadorismo, com ameaças e retrocesso da democracia brasileira.

A mencionada prevalência dos programas de transferência monetária não ocorre por acaso, mas em decorrência das funções que esses programas exercem: servem ao capital por dinamizar a economia; servem a interesses políticos, por virem sendo, cada vez mais, utilizados como forma de pressão para obtenção de apoio político e eleitoral de grande parte da população, que precisa desses programas para sua sobrevivência. Assim, o direito à vida dos pobres vem sendo usurpado pela busca de legitimação de governos claramente antipobres, como demonstrou ser o governo Bolsonaro.

Após várias tentativas fracassadas de acabar ou transformar o Bolsa Família, foi, enfim, criado o Auxílio Brasil, com os limites enunciados acima. Isto exatamente nas proximidades de um ano eleitoral.

8 A rigor, os programas sociais financiados com o fundo público, constituído por contribuições de pessoas e empresas, não podem ser considerados não contributivos, pois são financiados com contribuições provenientes de impostos, mesmo que consideradas indiretas em relação aos beneficiários dos programas.

Há que se considerar que, para além das funções de dinamização da economia e de legitimação de governos, os programas de transferência monetária atendem a necessidades básicas de sobrevivência de um contingente crescente da população brasileira, embora não os consiga tirar da pobreza. Assim, é um direito que precisa ser respeitado como tal.

Ainda como conclusão, cabe reafirmar que temos pelo menos dois grupos de programas de transferência monetária que guardam diferenciação nos fundamentos, nos conteúdos e nos objetivos: Programas de Transferência Monetária Focalizados, com condicionalidades ou sem condicionalidades e Renda Básica Universal. Os primeiros têm como função mitigar a pobreza e atender a situações emergenciais. A Renda Básica Universal, por sua vez, tem como proposta contribuir para redistribuição da riqueza socialmente produzida e para a promoção da justiça social. Por conseguinte, as reflexões desenvolvidas colocam a necessidade de reafirmar que os defensores e idealizadores desses programas são referenciados em orientações político-ideológicas diversas, sendo possível pontuar pelo menos dois projetos de sociedade que orientam os programas de transferência monetária:

- a) Um projeto de orientação **conservadora**, marcado pelo oportunismo, que busca popularidade e legitimação política, vendo nos pobres um amplo segmento da população que pode ser manipulado, controlado e submisso a benefícios que garantam minimamente sua sobrevivência. Para esses, os pobres devem cumprir exigências para ter acesso ao direito de viver e são controlados por diversos mecanismos burocráticos; o benefício deve ser o menor possível, para não desestimular o trabalho e o objetivo principal

é desmontar o Estado de Bem-Estar, precarizando ainda mais a saúde, a educação e o trabalho, no caso brasileiro, na busca de legitimação de um governo ilegítimo, porque é antidemocrático, antipobres e antimínorias;

b) Um projeto de conteúdo **progressista**, cujo foco é a redistribuição da riqueza socialmente produzida; é promover a justiça social, garantindo um padrão de vida civilizatório, estimulando a liberdade para fazer opção, inclusive de não se submeter a trabalho degradante e similar ao trabalho escravo. Esse é um projeto que articula as transferências monetárias com a ampliação da rede de proteção social, centrando-se no direito à educação; à saúde e ao emprego.

Esse é o projeto que assumo e defendo (Silva *et al.*, 2022).

Por fim, é oportuno apontar que a conjuntura que se inicia em 2023, com o fim do Governo Bolsonaro e a posse de Luiz Inácio Lula da Silva, eleito por uma ampla aliança de partidos políticos, prenuncia uma inflexão na realidade da proteção social e, especificamente, em relação aos programas de transferência monetária com a retomada do Bolsa Família, com transferência monetária para as famílias beneficiárias de R\$ 600,00 mensais, acrescida de R\$ 150,00 para as famílias com filhos a partir de 6 anos de idade. Ademais, o salário mínimo passa a ser reajustado por índices acima da inflação do ano anterior, além da recomposição de orçamentos destinados ao Programa de Merenda Escolar e Farmácia Popular; o retorno do Programa Minha Casa, Minha Vida, entre outras medidas no campo da proteção social. Por conseguinte, inicia-se uma conjuntura de mudança de perspectiva, orientada pela inclusão dos pobres no

orçamento federal, compromisso firmado pelo presidente eleito (Silva, 2023).

Referências

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 873, de 3 de abril de 2020. Promove mudanças no auxílio emergencial e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2242868>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. **Portal da Transparência**. Brasília, DF, [2022]. Disponível em: <https://www.portaltransparencia.gov.br/>. Acesso em: 12 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Auxílio Emergencial**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/servicos/auxilio-emergencial>. Acesso em: 12 abr. 2021.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.061, de 09 de agosto de 2021. Institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.061-de-9-de-agosto-de-2021-337251007>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

CEPAL. **Panorama Social de América Latina, 2009**. CEPAL. Disponível em: www.eclac.cl. Acesso em: 23 jul. 2010.

REDE BRASILEIRA DE RENDA BÁSICA (RBRB). **Sobre a renda básica**. [S, l.: s. n.], [2019?]. Disponível em: <http://rendabasica.com.br/sobre-a-renda-basica/>. Acesso em: 18 abr. 2020.

REDE BRASILEIRA DE RENDA BÁSICA (RBRB). “**Novo Bolsa Família**” é insuficiente e cruel com os mais pobres (nota pública). Disponível em: <http://rendabasica.com.br/sobre-a-renda-basica/>. Acesso em: 10 ago. 2021.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e *et al.* Do declínio ao acirramento da pobreza no Brasil nas duas primeiras décadas do século XXI: agravamento das desigualdades no contexto da Covid-19 e respostas do Estado Brasileiro para proteção social. *In*:

MARQUENS, João C. S. *et al.* (org.). **Pandemia e socioeconomia**: os impactos da COVID-19 no Brasil, Nordeste e Maranhão. São Luís: CORECON/EDUFMA, 2022.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e (Coord.). **Relatório final do mapeamento de programas de transferência monetária na América Latina e Caribe**. São Luís, 2021. (mimeo.)

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Caracterização e problematização dos Programas de Transferência de Renda Condicionada (PTRC) na América Latina e Caribe. *In*: SILVA, Maria Ozanira da Silva e. (Coord.). **Programas de Transferência de Renda na América Latina e Caribe**. São Paulo: Cortez, 2014.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e; YAZBEK, Maria Carmelita; DI GIOVANNI, Geraldo. **A Política Social Brasileira no Século XXI**: a prevalência dos Programas de Transferência de Renda. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e; LIMA, Valéria Ferreira Santos de Almada. Brazil after Lula and Dilma administrations: the Bolsa Família and implementation of a Basic Income. **Sociology Study**, Libertyville, v. 7, n. 4, p. 179-194, 2017.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **Substituição do Bolsa Família pelo Auxílio Brasil**: programas nacionais de transferência monetária na atualidade da pandemia da Covid-19 – da estabilidade à insegurança. São Luís, 2023 (mimeo.)

SILVA, Maria Ozanira da Silva e; LIMA, Valéria Ferreira Santos de Almada. Citizen's Basic Income in Brazil: from Bolsa Família to pilot experiences. *In*: TORRY, Malcolm (ed.). **The pelgrave international handbook of basic income**. London: Palgrave Macmillan, 2019. p. 319-338.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e; SOUSA, Salviana de Maria Pastor Santos; LIMA, Valéria Ferreira Santos de Almada. Auxílio Emergencial e Trabalho do Serviço Social no Contexto da Covid-19. **Revista Em Pauta**, n. 48, p. 107-123, 2021.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **Income Transfer Programs in the Context of the Covid-19 pandemic and post-pandemic**: the reality of Latin America and the Caribbean. Trabalho apresentado na Internacional Consortium for Social Development (ICSD) Conference, University of Johannesburg, de 13 a 16 de julho de 2021.

TORRY, Malcolm (ed.). **The Pelgrave International Handbook of Basic Income**. London: Palgrave Macmillan, 2019.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Centro de Estudos da Metrópole. **Pandemia da Covid-19 cria novo grupo de vulneráveis**: homens e mulheres brancas atuantes em serviços não essenciais. São Paulo, 2020. Disponível em: <http://centrodametropole.ffich.usp.br/pt-br/noticia/pandemia-da-covid-19-cria-novo-grupo-de-vulneraveis-homens-e-mulheres-brancos-atuantes-em>. Acesso em: 03 jun. 2020.

AS INTERFACES DA COVID-19 COM OS SEGMENTOS JUVENTUDE E IDOSOS EM VULNERABILIDADE SOCIAL NO BRASIL

Ana Rojas Acosta

Maria do Rosário de Fátima e Silva

Introdução

A fim de contextualizar o tema, é importante ressaltar que a abordagem das interações entre a Covid-19 e as famílias em situação de vulnerabilidade social, no Brasil, surgiu a partir de um projeto de pesquisa colaborativo desenvolvido no Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão de Famílias e Políticas Públicas (NEF) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Esse projeto envolve pesquisadores de cinco países latino-americanos, entre eles o Brasil e dois países europeus, representando o total de 11 instituições de ensino superior.

O objetivo dessa pesquisa, que se encontra em andamento, é fornecer uma contribuição técnica, conceitual e metodológica para analisar o impacto das políticas públicas no avanço da

inclusão, distribuição de recursos, responsabilidade ambiental e justiça social no contexto da gestão de políticas voltadas para famílias em situação de vulnerabilidade e sua relação com a Covid-19. Nesse sentido, os pesquisadores brasileiros concentram seus esforços na realidade local, visando contribuir com estudos que proponham a implementação de políticas públicas urgentes para atender às necessidades das populações mais vulneráveis durante a pandemia.

Portanto, os pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e da Universidade Federal do Piauí (UFPI) se propõem, neste capítulo, a abordar as interações da Covid-19 com as famílias em situação de vulnerabilidade social, analisando a contribuição e o impacto das políticas públicas nos segmentos juvenil e de envelhecimento. A primeira parte será desenvolvida pela professora Ana Rojas Acosta, da UNIFESP, abordando a questão do segmento juvenil, enquanto a segunda parte contará com a contribuição da professora Maria do Rosário Fátima e Silva, da UFPI, que discutirá o segmento do envelhecimento.

As reflexões ora sistematizadas tomaram por base a palestra ministrada pelas autoras sobre “As interfaces da Covid-19 com as famílias em situação de vulnerabilidade social no Brasil: contribuição e/ou impacto das políticas públicas sobre o segmento juvenil e idoso”¹, realizada de forma virtual, dia 31 de agosto de 2021, como parte da programação do Curso Diálogos Nacionais e Internacionais sobre a Pandemia da Covid 19 em diferentes contextos (CCHL UFPI).

1 Vídeo do 5.º Módulo do Curso realizado com uso de tecnologia remota disponível em https://www.youtube.com/watch?v=hfEUDfsxfuE&list=PLZ6xjNtsXO0P17AK6QbBgLp2XgEep_MyF&index=6

Aspectos conjunturais do Brasil na crise sanitária, entre o direito instituído e o dever negligenciado

Conscientes de que momentos de reflexão como este nos impulsionam a construir novos conhecimentos, o foco desta reflexão é direcionar nossa atenção para os dados estatísticos produzidos pelos órgãos governamentais na conjuntura de crise sanitária provocada pela Covid-19 no Brasil. No entanto, nosso objetivo principal é identificar os serviços e benefícios oferecidos à população juvenil (de 15 a 29 anos) e à população idosa (de 60 anos e mais), oriundos de famílias em situação de vulnerabilidade.

Nesse sentido, a proposta do estudo em curso visa abranger o contexto brasileiro por meio de dados que nos permitam embasar nossas discussões. Pretendemos resgatar as premissas fundamentais para a conquista dos direitos sociais, garantidos pela Constituição Cidadã, além de analisar a posição do Governo diante desse cenário e explorar as medidas preventivas adotadas.

O objetivo do presente capítulo é de promover uma análise embasada e aprofundada, buscando compreender, de forma mais ampla, os desafios e as oportunidades enfrentados pela população juvenil e idosa em famílias vulnerabilizadas, levando em consideração tanto os marcos legais que fundamentam as políticas públicas destinadas a esses segmentos sociais quanto as ações efetivas implementadas pelo Governo, considerando o contexto da pandemia da Covid-19.

A conjuntura da crise sanitária provocada pela Covid-19, evidenciou a importância de lembrarmos que os direitos estabelecidos na Constituição Federal de 1988 devem ser efetivados por meio da implementação e execução de políticas públicas. No

contexto das famílias em situação de vulnerabilidade social², a legislação que as protege no país é, em sua essência, baseada no tripé da Seguridade Social³.

É fundamental reconhecer que a Seguridade Social abrange um conjunto de direitos e garantias voltados para a proteção e promoção da dignidade das pessoas em condição de vulnerabilidade. Esse tripé engloba os direitos relativos à Saúde, Assistência Social e Previdência Social, sendo essenciais para garantir a segurança e o amparo das famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade.

Dessa forma, é necessário enfatizar a importância de fortalecer e aprimorar as políticas públicas relacionadas à Seguridade Social, a fim de assegurar o acesso efetivo dessas famílias aos seus direitos fundamentais e promover a inclusão social em meio à crise sanitária e além dela.

Ao explorar mais diretamente o contexto da crise sanitária que se instalou no Brasil com a pandemia da Covid-19, é importante evocar o artigo nº 196, capítulo da Seguridade Social, seção II, da Constituição Federal vigente no país, que estabelece a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, a ser “[...] garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 2023, p. 198). Esse avanço no texto constitucional se deveu à luta dos movimentos sociais, em destaque o movimento pela Reforma Sanitária que propugnou a saúde como direito de todos e com cobertura universal, sendo

2 Entendida como situação da perda de representatividade na sociedade, na dependência de apoio para garantir a sobrevivência das pessoas nesse contexto.

3 É o sistema composto pela Saúde, Previdência e Assistência Social, que é direito de todo brasileiro.

dever do Estado a ser materializado pela ação dos governantes da federação, no sentido de assegurar a efetivação dessa conquista legal.

Nessa direção, ganha destaque o Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto sistema público, cuja lei orgânica, aprovada em 1990, veio estabelecer as diretrizes para as políticas públicas inerentes a esse setor. Não podemos esquecer que a Saúde, ao lado Assistência Social e da Previdência, compõe, conforme o texto constitucional, o tripé da Seguridade Social no país, cujas necessidades, tanto da população idosa quanto da juventude, permeiam as três áreas de políticas públicas, conformando direitos. O SUS estabelece níveis de responsabilidade considerando as diferentes instâncias governamentais que compõem a federação, num modelo de gestão descentralizada.

Diante do exposto, por que direcionamos nossa reflexão sobre o direito instituído e o dever negligenciado? Porque se, por um lado, temos todo esse arcabouço legal regulamentado no tocante a saúde, cujas estruturas de implementação já somam 31 anos de existência e de funcionamento, mesmo considerando-se as dificuldades de investimento neste setor, perguntamos: por que chegamos, no país, ao nível de gravidade com a crise sanitária que se estabeleceu com a Covid-19? A resposta é clara e está diretamente relacionada ao posicionamento adotado pelo presidente da República à época, Sr. Jair Bolsonaro (2019-2022), que negligenciou as suas responsabilidades enquanto chefe da nação, em nome de uma postura negacionista que ficou conhecida por todos e que circulou o mundo inteiro, ilustrada por expressões tais como: trata-se de uma “gripezinha (que amedronta maricas e não abate atletas)”. Além disso, colocou-se contra a vacina e adotou constantemente, durante a pandemia, o não uso de máscaras em solenidades públicas e em

aglomerações, incentivando os seus seguidores e a população em geral a adotarem o mesmo procedimento, em desacordo com as orientações sanitárias quanto à adoção das medidas preventivas e contra a disseminação do vírus.

Em face dessa postura negacionista e insensata, foram retardadas as ações preventivas e de controle da disseminação do vírus, bem como houve o descaso para com a ciência. Também não aconteceram, no tempo devido, os investimentos necessários nas instituições de pesquisa, a exemplo da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), do Instituto Vital Brasil, do Instituto Butantan e das Universidades Públicas, instituições com larga experiência no Brasil na produção de vacinas e de outros imunizantes.

Chegaram também, com certo atraso, as ações que visavam melhorar as estruturas das unidades de saúde para dotá-las com capacidade de enfrentamento da Covid-19, que rapidamente proliferou em todas as cinco regiões do país. Aqui, na ausência do comando efetivo das ações de enfrentamento por parte do poder executivo federal, convém ressaltar o protagonismo assumido em grande parte pelos governadores dos estados, que envidaram esforços para dotar suas unidades federativas das condições necessárias para enfrentar a crise sanitária. Nesse sentido, adotaram as medidas preventivas, restritivas, quando elas se fizeram necessárias, a fim de conter o avanço acelerado do vírus, e, ao mesmo tempo, cuidar dos já contaminados, cobrando do Ministério da Saúde a sua responsabilidade no processo.

Nesse aspecto, mesmo sucateado, o SUS, foi a grande salvaguarda dos gestores públicos e dos cidadãos e cidadãs brasileiros, que puderam contar com a sua dinâmica estrutura de atendimento e cobertura das necessidades de saúde. Para tanto, contou-se com a contribuição de especialistas, com a equipe de Atenção Básica, com os estudiosos, entre eles os infectologistas,

e também com voluntários, os quais desenvolveram um esforço hercúleo no sentido de controlar a disseminação do vírus e atender adequadamente e com resolutividade os pacientes infectados. Posteriormente, procurou-se acomodar toda a estrutura do SUS para a campanha de imunização da população.

Diante da crise sanitária instalada, o Governo Federal também retardou a adoção de medidas emergenciais de assistência social às famílias em situação de vulnerabilidade social com perda de trabalho e salário. O Auxílio Emergencial, inicialmente de R\$ 300,00, só foi adotado no país mediante pressão dos parlamentares no Congresso Nacional. O referido percentual, que depois foi redimensionado para R\$ 250,00, foi considerado muito aquém das necessidades de seus beneficiários, agravadas com o aumento da inflação de preços ao consumidor, o que comprometeu consideravelmente a aquisição da cesta básica destinada à garantia da segurança alimentar das famílias em situação de vulnerabilidade social.

Se considerarmos a situação das pessoas idosas pobres no país, veremos que, em sua grande maioria, elas dependem de renda equivalente a 1 salário mínimo, no valor de R\$ 1.100,00, conforme dados de agosto de 2021. Muitas vezes, essa pessoa idosa tem assumido a condição de chefe de família, cuja renda é, em muitos casos, o único recurso financeiro disponível no ambiente familiar. Essa renda quase sempre é oriunda de aposentadoria, pensão ou relativa ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto pela Lei Orgânica da Assistência Social.

Se levarmos em conta a situação dos jovens pobres, ela é muito mais agravante, considerando o índice de desemprego que se aprofundou nesse período, dificultando a sua inserção e permanência no mercado de trabalho, além da dificuldade de acesso à educação e a oportunidades de qualificação profissional.

Em relação aos dados que revelam a gravidade da situação sanitária que enfrentamos no país, considerando-se como tempo histórico, o primeiro semestre do ano de 2021, momento em que sistematizamos estas reflexões, podemos destacar, com base no resumo divulgado pelo Consórcio Nacional dos Veículos de Imprensa, a partir dos dados fornecidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde, até 30 de agosto de 2021, a seguinte situação: Número total de mortos pela Covid no Brasil se aproxima de 580.000 (579,643) pessoas; Número de infectados: casos de Covid-19 no país: 20.751,108; Percentual de idosos mortos pela Covid-19: 73,1%; Percentual de jovens de menos de 30 anos, mortos, 1,7%. Sobre o número total de mortos pela Covid, a Região Sudeste registrou o maior percentual no total de 270.093 óbitos, seguida da Região Nordeste, com 114.683 óbitos.

Dados que anunciaram a esperança das autoridades de saúde e dos cientistas de poderem controlar a crise sanitária no país: Número total de imunizados com a vacinação completa: 61.166.920, correspondendo a um percentual de 28% da população; Percentual de imunizados com a primeira dose da vacina; 130.019.681, equivalendo ao percentual de 60% da população; a realização de estudos nas instituições de pesquisas brasileiras com o intuito de adquirir autonomia para a produção dos imunizantes.

No entanto, mesmo diante desses dados, que inspiravam certo nível de esperança no controle da pandemia, uma situação voltou a preocupar os profissionais e estudiosos da saúde, nas duas primeiras semanas do mês de agosto, e se referia à verificação de que 70% dos óbitos por Covid-19 registrados no país no período foram de pessoas com 60 anos ou mais, indicando a necessidade da dose de reforço da vacina para essa faixa etária, ou seja, a

terceira dose (Observatório da FIOCRUZ - infectologista Dr. Júlio Croda, agosto, 2021).

A esse respeito, no mesmo período, o professor Dario Pasche, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), mencionou que o Ministério da Saúde precisaria se preocupar com o fornecimento adequado do fluxo de vacinas de forma a ampliar as campanhas de busca ativa de pessoas com vacina incompleta, assim como procurar ampliar as ações de educação sanitária e avançar na imunização de toda a população vacinável.

Contribuição e/ou impacto da política pública da juventude no Brasil

A oferta de serviços e benefícios em nível federal, no que se refere ao segmento juvenil, está sob a responsabilidade da Secretaria Nacional da Juventude, órgão vinculado ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Essa Secretaria, conforme Decreto nº 9.673, de 2 de janeiro de 2019, possui diversas atribuições, incluindo:

Formular, supervisionar, coordenar, integrar e articular políticas públicas para a juventude; articular, promover e executar programas de cooperação com organismos nacionais e internacionais, públicos e privados, destinados à implementação de políticas de juventude; desempenhar as atividades de Secretaria-Executiva do Conselho Nacional da Juventude; participar da gestão compartilhada do Programa Nacional de Inclusão de Jovens - Pró jovem e da avaliação do programa; fomentar a elaboração de políticas públicas para a juventude em âmbito municipal, distrital e estadual; promover espaços de participação dos jovens na construção das políticas de juventude; propor a adequação e o aperfeiçoamento da legislação relativa aos temas de sua competência; e formular, apoiar, articular e avaliar políticas públicas para a promoção dos direitos da juventude considerando a perspectiva da família, o fortalecimento de vínculos familiares e solidariedade intergeracional (Brasil, 2019).

Os programas sociais, durante a crise sanitária, deveriam ter sido direcionados principalmente aos municípios onde essa população jovem está inserida, ou seja, em seus respectivos territórios de residência. O Estatuto da Juventude (Lei 12.852), promulgado em 2013, trata dos direitos dos jovens, dos princípios e das diretrizes das políticas públicas de juventude, bem como do Sistema Nacional de Juventude (SINAJUVE), que estabelece a Política Nacional de Juventude (PNJ).

Nesse sentido, considera-se como jovens as pessoas com idade entre 15 e 29 anos. Para os adolescentes com idade entre 15 e 18 anos, aplica-se a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, também conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e, excepcionalmente, a Lei 12.852/2013, desde que não haja conflito com a proteção integral do adolescente.

Portanto, é importante reconhecer as faixas etárias e as legislações específicas que garantem os direitos dos jovens e adolescentes, com o objetivo de promover uma abordagem adequada às suas necessidades e realidades, tanto no contexto da crise sanitária como no âmbito das políticas públicas voltadas para a juventude.

A juventude, entendida como uma categoria sociológica que representa a transição para a vida adulta, abrange a faixa etária dos 15 aos 24 anos. No Brasil, a Política Nacional de Juventude considera jovens todos os cidadãos entre 15 e 29 anos, dividindo-os em três grupos: jovens-adolescentes (15 a 17 anos), jovens-jovens (18 a 24 anos) e jovens-adultos (25 a 29 anos). No entanto, apenas o primeiro grupo está contemplado na atual política da criança e do adolescente, enquanto os outros dois estão contemplados na política de juventude.

É fundamental estabelecer um alinhamento conceitual de algumas categorias que estão relacionadas ao trabalho com

famílias e, especialmente, com os segmentos populacionais jovens e idosos, objeto dessas reflexões. A fim de promover uma compreensão clara e consistente desses conceitos, é necessário estabelecer uma base conceitual sólida que permita uma abordagem efetiva no trabalho com os segmentos sociais em questão.

Isso implica definir e delimitar os seguintes conceitos-chave: vulnerabilidade social, direitos das famílias, inclusão social, políticas públicas ou termos que são relevantes para a compreensão da realidade da juventude e das pessoas idosas em situação de vulnerabilidade no país, bem como das decisões públicas no sentido da implementação de ações efetivas, que, no decorrer deste texto, pretendemos abordar. Nesse aspecto, passamos a explorar os seguintes conceitos:

- **Vulnerabilidade social:** trata-se de um conceito multidimensional que se refere à condição de indivíduos ou grupos em situação de fragilidade, que os tornam expostos a riscos e a níveis significativos de desagregação social (Bourdieu, 1987). É uma condição em que os cidadãos enfrentam dificuldades ou ausência de acesso aos direitos sociais. Não se limita apenas à pobreza, sendo esta influenciada por fatores econômicos, sociais e culturais (Carmo; Guizardi, 2018). Outros autores, como Castel (1998), conceituam a vulnerabilidade social como aquela que estabelece diálogo com o conceito de risco social, pois o vincula com o trabalhador desprovido das proteções do mundo do trabalho, tendo como condicionante que a vulnerabilidade social gera insegurança de renda em decorrência da precária inserção da população nessa ambiência;

- **Direitos das famílias:** baseados na Constituição Federal e no Código Civil brasileiro e em seus princípios, os direitos de família envolvem a proteção da dignidade humana, a solidariedade familiar, a igualdade entre os filhos, a igualdade entre os cônjuges e companheiros, a igualdade na chefia familiar, a não intervenção, a liberdade, os interesses da criança e dos adolescentes e a função social da família;
- **Inclusão social:** se refere ao conjunto de ações que garantem a participação igualitária de todos na sociedade, independentemente de gênero, orientação sexual, raça e etnia, entre outros aspectos;
- **Políticas públicas:** são ações e programas desenvolvidos pelo Estado para garantir o bem-estar da população e colocar em prática direitos previstos na Constituição Federal e em outras leis.

Ao estabelecer esse alinhamento conceitual, busca-se garantir que todos os envolvidos no trabalho com esses segmentos sociais, bem como os responsáveis pela formulação e implementação de políticas públicas, tenham uma compreensão compartilhada desses conceitos. Isso permitirá uma abordagem mais consistente e coerente, visando a promoção do bem-estar e a garantia dos direitos das famílias em situação de vulnerabilidade, compreendendo todos os segmentos sociais que a compõem.

Para isso, em relação ao segmento juvenil, fazemos a seguinte indagação: qual o percentual de jovens que compõe a população de 210 milhões de habitantes no Brasil?

De acordo com o IBGE (2010), havia 34,5 milhões de jovens com idades entre 15 e 24 anos, representando cerca de 18% da população brasileira na época. Se considerarmos essa proporção, podemos afirmar que essa população se encontra em uma

situação desfavorável desde a declaração da pandemia, em março de 2020, devido a alguns indicadores sociais que demonstram essa condição em comparação com o período anterior à pandemia.

Os jovens, especialmente aqueles na faixa etária até 29 anos, enfrentam dificuldades de acesso ao mercado de trabalho, principalmente aqueles pertencentes à população economicamente ativa. Essa população é composta predominantemente por indivíduos negros, indígenas e migrantes, expostos em áreas urbanas a diferentes formas de violência, como exposição a drogas, violência e até mesmo gravidez desassistida, que se torna um fator de risco nessa fase da vida.

A situação de saúde desses jovens é também agravada pela localização geográfica em que vivem, pois, áreas como morros, palafitas e populações em situação de rua apresentam ameaças e riscos. Além disso, devido às condições de vida desses indivíduos, o acesso aos serviços de saúde é muitas vezes limitado, o que resulta em uma abordagem curativa da saúde devido a doenças crônicas e acidentes domiciliares urbanos causados pela falta de acesso geográfico adequado aos serviços e, às vezes, deficiências na qualidade do atendimento devido à falta de insumos.

Essa população também reside em habitações precárias e muitos enfrentam baixo nível de renda e educação, subemprego ou desemprego, desorganização familiar, falta de participação social e carência de assistência social ou assistência social incompleta. Esses fatores contribuem para a vulnerabilidade social desses indivíduos.

Diante desse panorama, é essencial que políticas públicas sejam desenvolvidas e implementadas para atender às necessidades dessas populações vulneráveis, buscando melhorar suas condições de vida, promover a inclusão social, ampliar

as oportunidades de emprego e acesso a serviços de saúde de qualidade, e garantir a proteção social e o desenvolvimento integral desses jovens e suas famílias.

Brasil em dados

O Brasil, segundo dados sistematizados pelo IBGE (2020), apresentava os seguintes aspectos sociais e econômicos: a proporção de pessoas em situação de pobreza era de 24,7%, enquanto a extrema pobreza afetava 6,5% da população. Cerca de 38% da população enfrentava dificuldades de acesso à água. A taxa de desocupação havia diminuído de 12% para 11,7%, porém o número de pessoas desempregadas, há pelo menos dois anos, aumentou de 23,5% para 27,5%. Entre os jovens de 15 a 29 anos, 22,1% não estudavam nem trabalhavam, sendo que, na Região Nordeste, essa proporção chegava a um quarto dos jovens.

As mulheres jovens pretas ou pardas nessa faixa etária enfrentavam uma proporção 2,4 vezes maior de não estudarem nem trabalharem em comparação às mulheres jovens brancas. Apenas 35,7% dos jovens brancos entre 18 e 24 anos frequentavam ou haviam concluído o Ensino Superior, enquanto entre os jovens pretos ou pardos esse percentual era de apenas 18,9%. Mais da metade das pessoas com 25 anos ou mais não haviam concluído o Ensino Médio, e apenas 4,5% delas frequentavam a escola. O trabalho intermitente teve aumento significativo, representando 1,0% das admissões formais com carteira assinada. O estado do Pará, na Região Norte do país, apresentava a maior proporção de trabalhadores informais (67,9%). A renda média das pessoas brancas por hora trabalhada era 69,3% maior do que das pessoas pretas e pardas.

O Brasil se situa no quadro dos países mais desiguais do mundo, em termos de distribuição de renda, ocupando a nona posição entre os países com maior desigualdade, de acordo com o Banco Mundial. Os programas sociais, como o Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), representam cerca de um terço da renda de 12% da população brasileira.

Em 2019, aproximadamente 11,8% da população vivia com renda de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo *per capita* mensal, equivalente a cerca de R\$ 250,00, e quase 30% viviam com até metade desse valor. No Nordeste, quase metade da população estava nessa faixa de renda mensal (IBGE, 2019).

A proporção de pessoas em situação de pobreza no Brasil (IBGE, 2019) foi de 24,7%, enquanto a extrema pobreza manteve-se em 6,5% da população. Mulheres pretas ou pardas representavam 39,8% das pessoas extremamente pobres e se destacavam entre os pobres em geral, sendo 28,7% da população nessa situação. Cerca de 11,5% da população residia em domicílios sem documentos de comprovação de propriedade, evidenciando a falta de segurança em relação à moradia.

Apenas 26,1% da população da Região Norte do país, no mesmo ano do estudo (IBGE 2019), tinha acesso a esgotamento por rede coletora ou pluvial, indicando um *déficit* significativo em saneamento básico.

A desigualdade no acesso à educação é evidente, com a população juvenil branca tendo o dobro de chances de frequentar ou concluir o Ensino Superior em comparação com a população juvenil preta ou parda. Seis em cada dez estudantes do Ensino Médio da rede pública são pretos ou pardos.

Os dados que seguem, coletados pela PNAD/IBGE (2019), registram que mais de 50% dos alunos do Ensino Superior estão nas faixas de maior rendimento, enquanto apenas 4,5% das

peessoas com 25 anos ou mais frequentam a escola em qualquer nível, indicando uma baixa taxa de permanência escolar nessa faixa etária.

No Nordeste, quase metade das pessoas com mais de 25 anos não possui instrução ou não completou o Ensino Fundamental. A proporção de jovens sem nível superior completo que não estudavam é maior entre os homens pretos ou pardos.

As mulheres interrompem os estudos para se dedicar a afazeres domésticos e ao cuidado de pessoas 13 vezes mais do que os homens. Jovens pretas ou pardas têm 2,4 vezes mais chances de não estudar nem ter ocupação em comparação com jovens brancos. A proporção de jovens que não estudavam nem trabalhavam era maior entre as mulheres (27,5%) do que entre os homens (16,6%). Na análise por cor ou raça, 17,0% dos jovens brancos e 25,3% dos jovens pretos ou pardos estavam nessa situação (PNAD/IBGE, 2019).

Cerca de 50 milhões de pessoas viviam abaixo da linha de pobreza no Brasil, com a Região Nordeste sendo a mais afetada, com 43,5% da população nessa situação. No Sul, esse índice era de 12,3%.

A vulnerabilidade territorial é uma questão presente nos núcleos urbanos sem planejamento, sujeitos à discriminação social. Essas áreas apresentam uma estrutura precária, baixa qualidade de vida e são estigmatizadas como locais de exclusão social, propiciando a manifestação de violência, desemprego e tráfico.

De acordo com o Censo (IBGE, 2010), cerca de 6% da população do país (11.425.644 pessoas) vivia em aglomerados subnormais, ou seja, ocupações irregulares para fins de habitação em áreas urbanas. Esses domicílios se concentravam principalmente na Região Sudeste (49,8%), seguidos pelos estados

da Região Nordeste (28,7%), Norte (14,4%), Sul (5,3%) e Centro-Oeste (1,8%).

O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) reflete as condições precárias de vida em um determinado território. Valores próximos a um indicam alta vulnerabilidade, enquanto valores próximos a zero representam baixa ou inexistente vulnerabilidade. No Brasil, houve redução significativa de 26,9%, no IVS, entre 2000 e 2010, levando o país à média vulnerabilidade social.

A pandemia da Covid-19 tem evidenciado e agravado desigualdades sociais, especialmente entre os jovens, que enfrentam desafios nos estudos, restrições na sociabilidade, impactos na subjetividade, precarização do trabalho e falta de perspectivas de estabilidade profissional.

A população carcerária, os subempregados, os desempregados, os expulsos do meio rural por falta de alternativas e aqueles que sofrem e praticam violência, bem como os indivíduos negros, pardos e indígenas, enfrentam a negação de inúmeros direitos. Essa é a cara da juventude brasileira!

A proposta do Plano Nacional de Juventude visa avanços necessários, com destaque para os seguintes objetivos:

- Incluir plenamente os jovens no desenvolvimento do país, por meio de uma política nacional de juventude abrangendo aspectos humanos, sociais, culturais, educacionais, desportivos, religiosos e familiares;
- Construir espaços de diálogo e convivência plural, tolerantes e equitativos entre diferentes representações juvenis (PL nº 4.530/2004).

No que diz respeito ao direito à educação, é assegurado que a Educação Básica seja ministrada em língua portuguesa,

enquanto os jovens indígenas e pertencentes a povos e comunidades tradicionais têm o direito de utilizar suas línguas maternas e métodos de aprendizagem próprios. A participação democrática é promovida através dos Conselhos de Juventude.

A proteção social a esse segmento social, engloba uma variedade de serviços, benefícios e programas direcionados para enfrentar diferentes níveis de privação, risco e vulnerabilidade. Esses serviços são prestados por diferentes tipos de instituições, sejam elas públicas ou privadas. No entanto, colocamos em destaque alguns desafios que já existiam e que foram agravados com a pandemia da Covid-19:

- Cumprimento da Lei n. 14.020, de 6 de julho de 2020, que institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda para enfrentar a calamidade pública e a emergência de saúde causada pela Covid-19;
- Mercado de trabalho: A taxa de desocupação, em março de 2021, foi de 15,1%, 2,3 pontos percentuais a mais que o ano anterior. A população subocupada aumentou para 8,2%, 1,0 ponto percentual acima do ano anterior. O aumento dos desalentados indica uma situação desfavorável. Houve queda na transição de desemprego para emprego e aumento na entrada no desemprego;
- Impacto da Covid-19 nas políticas públicas para jovens: a pandemia teve impacto nas políticas públicas voltadas para os jovens. É necessário identificar os pontos fortes e áreas prioritárias para melhoria. Compreender a realidade e vivências dos jovens também é essencial;
- Situação dos jovens em diferentes contextos: os jovens enfrentam desafios relacionados à precarização e *uberização* do trabalho, retorno às escolas, busca pelo primeiro

emprego e disponibilidade de vagas escolares com segurança sanitária. Além disso, é importante considerar a vigilância socioassistencial e o sistema carcerário;

- Sistema carcerário brasileiro: cerca de 55% dos presos têm entre 18 e 29 anos. As penitenciárias operam acima de sua capacidade, com um *déficit* de 241,6 mil vagas. Houve registro de óbitos por Covid-19, tanto entre funcionários (237) quanto entre detentos (200), com dados sobre raça e idade.

Com base nos dados e análises apresentadas, e em relação aos desafios identificados, podemos concluir que a política pública da juventude no Brasil desempenha papel fundamental na promoção da inclusão social e no enfrentamento das desigualdades existentes, especialmente para os jovens em situação de vulnerabilidade. Para tanto, necessita desdobrar-se em programas e ações a serem implementadas pelo Governo, no sentido de garantir o acesso dos jovens aos direitos fundamentais, como educação, saúde, trabalho e participação social, visando o seu desenvolvimento integral e de suas famílias.

A contribuição das políticas públicas para as pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social no Brasil

As necessidades da população idosa, cujo contingente populacional cresce em ritmo bastante acelerado no Brasil, nos últimos anos, passa a ser compreendida como uma das expressões da questão social contemporânea. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD/IBGE/2019), a população idosa no país soma aproximadamente 37,7 milhões de pessoas com 60 anos e mais. Isso requer do Estado

e dos Governos o redimensionamento da agenda pública e dos investimentos, de forma a superar ações pontuais e localizadas, por políticas públicas de alcance social, com demarcação orçamentária e diretrizes institucionais nos diversos níveis administrativos que compõem a República Federativa.

A concretização dessa agenda subtende o reconhecimento, às pessoas idosas, dos direitos à vida, à dignidade e à longevidade como direitos de cidadania e dever do Estado.

Na conjuntura de crise sanitária protagonizada pela pandemia da Covid-19, quais as ações de políticas públicas repercutem sobre as necessidades das pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social? Considerando o campo das políticas de proteção social que integram a Seguridade Social, a exemplo da Saúde, da Assistência Social e da Previdência, quais as ações e os serviços que estão sendo disponibilizados pelo poder público para esse segmento social?

Na área de Saúde: ações de caráter preventivo relacionadas com a imunização frente aos vírus da influenza e da Covid-19, assegurando o atendimento prioritário; ficam, no entanto, comprometidos, nesse período de crise sanitária, os cuidados de longa duração destinado aos idosos acolhidos em instituições de longa permanência, como também as ações nos serviços de fortalecimento de vínculos, a exemplo dos centros de convivência. Ficam também comprometidas as ações de saúde mental ofertadas através dos Centros de Atenção Psicossocial.

Na área da Assistência Social, as pessoas idosas têm os seus direitos assegurados através das ações materializadas nos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), que configuram os setores da Proteção Social Básica e Especial, que visam prevenir situações de risco, por meio do desenvolvimento

de potencialidades e aquisições e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários destinados aos idosos que vivem em situação de vulnerabilidade social decorrente de pobreza, privação, ausência de renda, frágil ou nulo acesso aos serviços públicos, como também a fragilização de vínculos afetivos. Em destaque, nessa área assistencial, encontram-se os Serviços de Fortalecimento de Vínculos familiares e comunitários; o Benefício da Prestação Continuada (BPC), com a garantia de renda básica no valor de um salário mínimo aos idosos a partir de 65 anos; os benefícios eventuais traduzidos em provisões gratuitas implementadas em forma de pecúnia, que visam cobrir necessidades relativas a vulnerabilidades temporárias, em geral relacionadas ao ciclo de vida, a situações de desvantagem pessoal ou à ocorrência de incertezas que representam perdas e danos.

Na área da Previdência, as pessoas idosas acessam os benefícios relacionados com aposentadorias, pensões e o próprio BPC, que é implementado pelo Instituto de Previdência, além dos serviços de Reabilitação Profissional.

Considerações Finais

Na conjuntura de crise sanitária que se instalou no país, e de retração da economia, com adoção de medidas de contingenciamento dos recursos do fundo público, tem se aprofundado o esvaziamento de recursos no tocante aos investimentos nas políticas de corte social, a exemplo daquelas que compõem o eixo da Seguridade Social. Isso tem repercutido com maior vigor sobre as famílias em situação de vulnerabilidade social, agravando ainda mais o fosso de desigualdades que historicamente tem caracterizado a nação brasileira, revelando a

exclusão de grande parcela da população quanto ao acesso dos bens essenciais à existência humana.

Nesse sentido, as necessidades tanto das pessoas idosas quanto dos jovens em situação de vulnerabilidade social tensionam a agenda pública governamental, exigindo a adoção de medidas de proteção social que previnam e cubram os riscos sociais, mas também coloquem condições de reconhecimento e emancipação desses segmentos sociais enquanto sujeitos de direitos. Nessa perspectiva, tanto a Política Nacional dos Direitos do Idoso quanto a Política Nacional de Juventude, que reconhecem direitos a essas categorias de cidadãos, necessitam ser materializadas em programas e projetos que atendam às suas necessidades sociais.

Do ponto de vista da política de juventude, apesar dos esforços realizados, ainda existem desafios a serem enfrentados. A desigualdade socioeconômica e a falta de acesso a serviços básicos persistem, principalmente nas regiões mais vulneráveis do país. Os indicadores sociais revelam disparidades significativas, com jovens negros, indígenas e de áreas rurais enfrentando maiores dificuldades e restrições.

Para fortalecer a contribuição e o impacto da política pública da juventude, algumas recomendações podem ser consideradas, a partir deste texto, a saber: reforço da articulação e integração entre os diversos órgãos governamentais, garantindo uma abordagem transversal e sistêmica na formulação e implementação de programas e projetos voltados para as necessidades dos jovens, priorizando os estratos sociais mais vulneráveis; investimento em programas que ampliem o acesso à educação e saúde de qualidade, priorizando os jovens em situação de vulnerabilidade; incentivar e fortalecer a participação dos jovens na formulação e implementação de

políticas públicas, garantindo espaços de diálogo e participação ativa, contribuindo para fortalecer a cidadania e o protagonismo juvenil. Em resumo, para que a política pública da juventude contribua para a promoção da inclusão social e a garantia dos direitos dos jovens em situação de vulnerabilidade, é essencial o seu fortalecimento.

Do ponto de vista das necessidades das pessoas idosas, a PNI precisa ser implementada na perspectiva de reconhecer o envelhecimento e a longevidade como conquistas da civilização humana e não como problemas sociais. Isso requer ressignificar a condição da velhice, superando preconceitos e estigmas e procurando estabelecer a intersectorialidade entre a PNI e as demais políticas que integram o tripé da Seguridade Social e para além dessa área.

Ao considerarmos as necessidades dos segmentos sociais idosos e jovens em situação de vulnerabilidade social, numa conjuntura de grave crise sanitária provocada pela Covid-19, impõe-se a exigência de redirecionar a agenda pública estatal e pautá-la em uma nova lógica, regida pela equidade e justiça social, fundamentada em princípios éticos, cujas ações no campo da proteção social precisam superar a cobertura apenas dos riscos e das vulnerabilidades e garantir o bem-estar de todas as gerações, independentemente de sua condição social e econômica, como direito de cidadania.

Concluimos nossas reflexões, reconhecendo que os desafios são muitos, mas a disposição para a luta é ainda maior, pois aprendemos a acumular resistências, e a cultivar os sonhos e a esperança de construirmos uma sociedade sem opressores e oprimidos e onde a defesa e a conquista de direitos para todos seja, como dizia o grande educador Paulo Freire: “um sinal de amor à liberdade à democracia e à justiça” (2019, p. 237). E isso,

segundo o autor, dependerá do caráter democrático e ético de nossa prática.

Referências

BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Atualizada. 6. ed. Leme-SP: Imaginativa Jus, 2023. (Série Legislação Seca).

BRASIL. **Decreto nº 9.673**, de 2 de janeiro de 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9673.htm. Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.842**, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional dos Direitos do idoso e dá outras providências. Brasília, 1994.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, p. 34, 2018.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

FREIRE, Paulo. **Cartas a Cristina**: reflexões sobre minha vida e minha práxis. Organização e notas: Ana Maria Araújo Freire. São Paulo: Paz e Terra, 2019.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Características da População e dos Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IBGE. **População jovem no Brasil**. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 1999. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN 1516-3296; n. 3).

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. PNAD Contínua. 2019. Disponível em: ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29322-pnad-continua-taxa-de-desocupacao-e-de-14-4-e-ta-xa-de-subutilizacao-e-de-30-6-no-trimestre-encerrado-em-agosto-de-2020. Acesso em: 21 ago. 2021.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29431-sintese-de-indicadores-sociais-em-2019-proporcao-de-pobres-cai-para-24-7-e-extrema-pobreza-se-mantem-em-6-5-da-populacao>. Acesso em: 21 ago. 2021.

O IMPACTO DA COVID-19 NA GESTAÇÃO: BREVE HISTÓRICO, VARIANTES VIRAIS E PERSPECTIVAS

*Guilherme de Moraes Nobrega
Maria Laura Costa do Nascimento*

O histórico e impacto do SARS-CoV-2 na população obstétrica

Antes de iniciarmos a discussão do impacto da doença do Coronavírus - 2019 (Covid-19) na gestação, temos que entender brevemente os atores e o cenário que o drama percorre. O Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2) é um vírus emergente membro da família *Coronaviridae*, gênero *Betacoronavirus*; sendo o patógeno responsável pela ocorrência da Covid-19 (Andersen *et al.*, 2020; Cheng; Shan, 2020; Gorbalenya *et al.*, 2020; Neuman *et al.*, 2011). Em dezembro de 2019 foi constatada pela primeira vez como uma doença respiratória pneumônica e de rápida disseminação comunitária e em apenas 3 meses foi declarado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o início da pandemia

global da Covid-19 (Hu *et al.*, 2021; Andersen *et al.*, 2020; Zhou *et al.*, 2020). Mesmo majoritariamente de grau leve, a Covid-19 pode se agravar de maneira abrupta, em alguns casos evoluindo para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), disfunção orgânica generalizada e óbito (Souza *et al.*, 2020; Martucci *et al.*, 2021; Zhou *et al.*, 2020) demographic and clinical findings for COVID-19 cases during the first 3 months of the epidemic. By 31 May 2020, 514,200 COVID-19 cases, including 29,314 deaths, had been reported in 75.3% (4,196 of 5,570).

A emergência da Covid-19 trouxe enfoque do entendimento sobre suas consequências em diferentes grupos humanos, principalmente naqueles com risco agravado de morbidade e mortalidade, denominados grupos de risco. São classificados como grupos de risco para Covid-19 pessoas portadoras de doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crônicas, hipertensão, imunodeprimidas, idosas (>60 anos de idade), e gestantes e puérperas (Brasil, 2020).

Sabe-se que as gestantes sofrem modificações inerentes à gestação que podem aumentar o risco a algumas infecções. As adaptações fisiológicas, imunomodulatórias e mecânicas que ocorrem durante a gravidez podem aumentar tanto a susceptibilidade da mulher à doença quanto à gravidade para certas infecções. De início, as gestantes são mais vulneráveis à angústia respiratória por causa da redução da capacidade residual pulmonar, consumo aumentado de oxigênio, e aumento do volume sanguíneo circulante (Bánhidý *et al.*, 2008). Quando comparadas a mulheres não-grávidas, a mulher gestante quando acometida por infecções por vírus da mesma família que o SARS-CoV-2 e outras infecções respiratórias virais, como a gripe (vírus Influenza), tem um risco maior de desenvolver doenças graves.

O conhecimento de outras infecções por coronavírus e orthomyxovírus durante a gestação associou-se a maiores complicações maternas (Silasi *et al.*, 2015; Wong *et al.*, 2004). Em estudos para infecções de coronavírus SARS-CoV-1 e MERS-CoV, observou-se a correlação de altas incidências de aborto espontâneo, parto prematuro e restrição de crescimento fetal (RCF), dependendo do período gestacional em que ocorreu a infecção (Jeong *et al.*, 2017). Além da condição obstétrica já apresentar risco aumentado na vigência da infecção pelo SARS-CoV-2 de morbidade e mortalidade em comparação com a população geral; comorbidades pré-existentes, como obesidade e diabetes mellitus, também desempenham um papel significativo sinérgico em aumentar os riscos de desfechos adversos (Breslin *et al.*, 2020a, 2020b; Ellington *et al.*, 2020; Donati *et al.*, 2022; Favre *et al.*, 2020; Knight *et al.*, 2020; Menezes *et al.*, 2020; Takemoto *et al.*, 2020a, 2020b). Desde janeiro de 2020, a circulação e expansão do SARS-CoV-2 proporcionou um “estado de alerta” nos centros de atenção assistencial a saúde materna. Tal apreensão repercutiu no âmbito assistencial, de ensino e de pesquisa, estruturando redes de pesquisa de enfrentamento a Covid-19 na perspectiva obstétrica (Costa *et al.*, 2021b, 2021a; Souza *et al.*, 2022).

No Brasil, o impacto da infecção por SARS-CoV-2 nestas mulheres foi agravado pela situação de enfrentamento da pandemia, com importante papel das políticas públicas deficitárias do governo federal brasileiro vigente até 2022. Estudos demonstraram risco aumentado de gravidade em gestantes e elevado número de óbitos maternos, com casos significativos sem suporte respiratório adequado e sem internações em terapia intensiva (Takemoto *et al.*, 2020a). Dados alarmantes revelam que entender o comportamento e a gravidade clínica na

população obstétrica e propiciar o manejo clínico adequado é fundamental, principalmente em um contexto de mudanças induzidas pela emergência sanitária (Costa *et al.*, 2020).

Variantes virais: avanço evolutivo do SARS-CoV-2 como ameaça

Com o avanço da pandemia da Covid-19, o SARS-CoV-2 sofreu evolução genética, produzindo múltiplas variantes que possuem características diferentes em comparação ao vírus ancestral identificado em dezembro de 2019 (Schmidt *et al.*, 2021). Das diversas variantes virais descritas, algumas se destacam devido à relação com o aumento da transmissibilidade, hospitalização, virulência e escape da resposta imune neutralizante – promovendo fatores relacionados a piora de desfechos clínicos – sendo consideradas pela OMS como Variantes de Preocupação (VOCs) do SARS-CoV-2 (Davies *et al.*, 2021; Flores-Vega *et al.*, 2022; Souza *et al.*, 2021; Volz *et al.*, 2021).

Diferentes variantes do SARS-CoV-2 têm surgido e substituindo rapidamente as linhagens anteriores em todo o mundo como consequência da competição ecológica e do comportamento humano (Lamarca *et al.*, 2021; Schmidt *et al.*, 2021). No final de 2020 e início de 2021, quatro novas variantes do SARS-CoV-2 foram identificadas e definidas como VOCs. No Reino Unido foi identificada a VOC Alpha (PANGO B.1.1.7) na segunda metade de 2020 e na África do Sul outra VOC denominada Beta (PANGO B.1.351) foi detectada em outubro de 2020, que compartilha algumas mutações com Alpha. A VOC Delta (PANGO B.1.617.2) foi identificada pela primeira vez em outubro de 2020 na Índia e se espalhou pelo mundo no final de 2020. E a VOC Gamma (PANGO P.1) foi identificada pela primeira vez em viajantes no Japão, retornando da Região

Norte do Brasil, em janeiro de 2021, e se espalhou intensamente pelas demais localidades brasileiras (Lapinsky; Adhikari, 2021). As VOCs continuam surgindo e desafiando a maneira como é enfrentada a pandemia do SARS-CoV-2 em todo o mundo, sendo a Ômicron (PANGO B.1.1.529) a última registrada, com diversas sub-variantes, até abril de 2023 (Aleem; Samad; Vaqar, 2022; Araf *et al.*, 2022).

Em 2020, a mortalidade materna já era considerada de alta relevância; entretanto, esse cenário se agravou drasticamente no início de 2021, simultaneamente com a emergência e disseminação das VOCs do SARS-CoV-2 pelo Brasil, com um colapso reconhecido do sistema de saúde na maioria das regiões (Castro *et al.*, 2021; Faria *et al.*, 2021; Francisco Junior *et al.*, 2021; Singh; Yi, 2021; Takemoto *et al.*, 2020a).

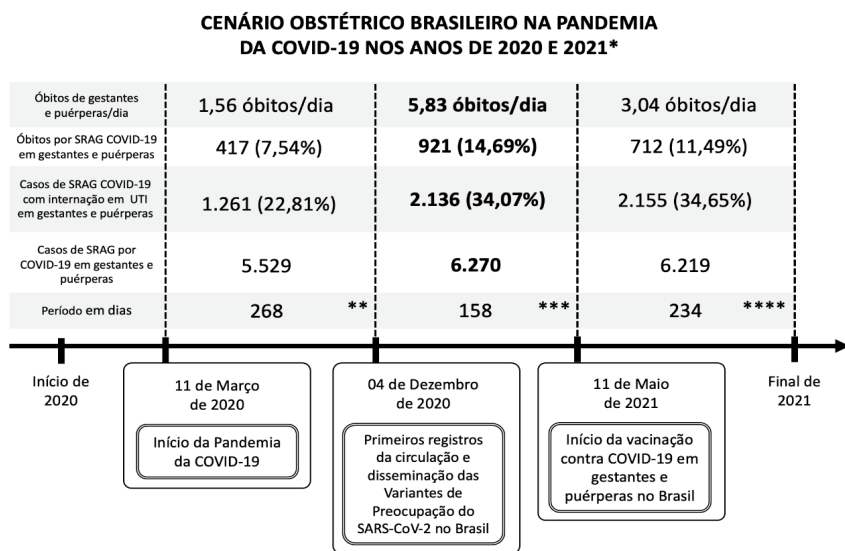
As discrepâncias no panorama de gravidade em gestantes e puérperas descritas internacionalmente foram também constatadas em uma perspectiva brasileira pela temporalidade de circulação de VOCs. Analisando os dados do sistema oficial de vigilância nacional brasileiro sobre casos relatados de SRAG causados pela Covid-19 na população obstétrica, agrupados pelo Observatório Obstétrico Brasileiro da Covid-19, considerando do início da pandemia da Covid-19 até o início da vacinação contra a Covid-19 em gestantes e puérperas, podemos em duas fases e as comparar, antes e depois de 4 de dezembro de 2020 (descrição do primeiro caso de Gamma na região de Manaus/Amazonas/Brasil). Nota-se um aumento drástico na taxa de admissão em UTI (1261/5529 – 22,81% vs. 2136/6270 – 34,07%) e na mortalidade materna (417/5529 – 7,54% vs. 921/6270 – 14,69%), evidenciando o impacto das VOCs na morbimortalidade desta população (Francisco; Lacerda; Rodrigues, 2021) (**Figura 1**).

Em um relatório dos Estados Unidos, os resultados mostram a introdução da variante Delta como principal evento para um aumento da morbidade em relação ao Covid-19 na gestação, particularmente na população gestante de baixa aceitação da vacina contra a Covid-19 (Adhikari *et al.*, 2022). Outros estudos indicam que o período dominante da variante Delta envolve infecções mais graves por SARS-CoV-2 e piores resultados maternos em comparação com casos anteriores de Covid-19 (Adhikari *et al.*, 2022; Kadiwar *et al.*, 2021; Mamun; Khan, 2021; Zayet *et al.*, 2022). Só que é interessante constatar que a prevalência da circulação da variante Gamma se deu principalmente no Brasil, e devido a circulação restrita desta linhagem em outras regiões do globo, há poucos dados desta variante nas repercussões na população obstétrica (Giovanetti *et al.*, 2022).

Valemos do destaque que estudos tem também indicado que as flutuações geográficas e temporais das taxas de mortalidade hospitalares após a infecção por SARS-CoV-2 estão principalmente associadas a desigualdades geográficas e escassez na capacidade de assistência médica, outros estudos relataram um aumento nas mortes maternas durante o primeiro semestre de 2021 (Brizzi *et al.*, 2021; Francisco; Lacerda; Rodrigues, 2021).

Independentemente, estudos sobre a gravidade clínica de infecções causadas por VOCs do SARS-CoV-2 na população obstétrica, principalmente em centros de referência, que não entraram em colapso nesse período são fundamentais para entender o impacto clínico destas variantes durante a gestação, principalmente em regiões globais de características onde há parca quantidade de dados descritos das repercussões de variantes virais restritas àquele cenário.

Figura 1 – Linha do tempo explicitando o cenário obstétrico brasileiro na vigência da pandemia da Covid-19 nos anos de 2020 e 2021 quanto a casos confirmados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) com admissões em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e óbitos maternos. Três marcos temporais são explicitados: início da pandemia da Covid-19; primeiros registros de circulação e disseminação de Variantes de Preocupação (VOCs) no Brasil; e o início da vacinação contra Covid-19 na população obstétrica brasileira



* Dados do Observatório Brasileiro. OOBrsRAG: Síndrome respiratória aguda grave em gestantes e puérperas, 2021. Disponível https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br. DOI: <http://doi.org/10.7303/syn44142724>

** 1º Período: (10ª semana epidemiológica de 2020- 49ª semana epidemiológica de 2020)

*** 2º Período: (49ª semana epidemiológica de 2020- 53ª semana epidemiológica de 2020) + (1ª semana epidemiológica de 2021)

**** 3º Período: (17ª semana epidemiológica de 2021- 53ª semana epidemiológica de 2021)

A vacinação contra a Covid-19 e perspectivas em saúde materna

Os danos causados pela Covid-19 são gigantescos, mas a mobilização científica contra o avanço do SARS-CoV-2 promoveu a implementação de tecnologias e métodos para seu enfrentamento. Uma das ferramentas de combate de maior impacto populacional são as vacinas desenvolvidas e aprovadas para uso (Machado *et al.*, 2022). A vacinação em gestantes e puérperas contra SARS-CoV-2 começou em maio de 2021 no Brasil – iniciando por aquelas com comorbidades –mitigando o impacto danoso da infecção pelo SARS-CoV-2 e de suas variantes. Com a aplicação em nível populacional, houve uma diminuição na taxa de mortalidade em comparação ao período sem vacinação e com circulação de VOCs em 2021 (Francisco; Lacerda; Rodrigues, 2021; Machado *et al.*, 2022; Quintana, 2021) (**Figura 1**).

Estudos demonstraram que a vacinação de gestantes e puérperas induz uma resposta imunogênica robusta contra o SARS-CoV-2 e reduz a gravidade clínica da doença (Fu *et al.*, 2022; Morgan *et al.*, 2022; Stock *et al.*, 2022). A vacinação resultou em uma mudança no cenário da Covid-19 no Brasil previamente delineado, evidenciando uma diminuição dos casos graves e óbitos maternos notificados no sistema nacional de vigilância brasileiro à medida que a vacinação progrediu em 2021 (Francisco; Lacerda; Rodrigues, 2021).

Tais resultados são produto da ciência implementada em diversas frentes para o enfrentamento da pandemia, tendo consigo a parcela das abordagens translacionais e de estudos em rede (Costa *et al.*, 2020; Costa *et al.*, 2021a, 2021b). O panorama brasileiro no manejo da pandemia nas maternidades mostraram que os principais desafios vivenciados estavam relacionados ao medo do vírus, preocupações com a confiabilidade das evidências

e a falta de recursos materiais, com clara necessidade de apoio em saúde mental entre os profissionais de saúde (Costa *et al.*, 2021b), Protocolos baseados em evidências, a estruturação de equipe multiprofissional e iniciativas colaborativas multicêntricas demonstram que são essenciais para transpor desafios em momentos socialmente delicados e assegurar cuidados de saúde adequados dentro das maternidades. O embate contra a Covid-19 tem deixado seu legado demonstrando que sob a luz do conhecimento científico e metodologia rigorosa, é possível implementar estratégias de lidar com os desafios contemporâneos, sendo importante o comprometimento da sociedade como um todo para mitigar os danos causados pelo desafio vigente.

Referências

ADHIKARI, Emily *et al.* Increasing severity of Covid-19 in pregnancy with Delta (B.1.617.2) variant surge. **Am J Obstet Gynecol**, v. 226, n. 1, p. 149-151, 2022.

ALEEM, Abdul; SAMAD, Abdul Bari Akbar; VAQAR, Sarosh. **Emerging Variants of SARS-CoV-2 And Novel Therapeutics Against Coronavirus (Covid-19)**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.

ANDERSEN, Kristian *et al.* The proximal origin of SARS-CoV-2. **Nat Med**, v. 26, n. 4, p. 450-452, 2020.

ARAF, Yusha *et al.* Omicron variant of SARS-CoV-2: Genomics, transmissibility, and responses to current Covid-19 vaccines. **J Med Virol**, v. 94, n. 5, p. 1825-1832, 2022.

BÁNHIDY, Ferenc *et al.* Maternal acute respiratory infectious diseases during pregnancy and birth outcomes. **Eur J Epidemiol**, v. 23, n. 1, p. 29-35, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. First Edit ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf. Acesso em: 29 de maio de 2023.

BRESLIN, Noelle *et al.* Covid-19 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: Two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. **Am J Obstet Gynecol MFM**, v. 2, n. 2, p. 1-8, 2020a.

BRESLIN, Noelle *et al.* Covid-19 in pregnancy: early lessons. **Am J Obstet Gynecol MFM**, v. 2, n. 2, p. 1-14, 2020b.

BRIZZI, Andrea. *et al.* Report 46: Factors driving extensive spatial and temporal fluctuations in Covid-19 fatality rates in Brazilian hospitals. **medRxiv**, Preprint, 2021.

CASTRO, Marcia Caldas *et al.* Spatiotemporal pattern of Covid-19 spread in Brazil. **Science**, v. 372, n. 6544, p. 821-826, 2021.

CHENG, Zhangkai Jason; SHAN, Jing. 2019 Novel coronavirus : where we are and what we know. **Infection**, v. 48, n. 2, p. 155-163, 2020.

COSTA, Maria Laura *et al.* Brazilian network of Covid-19 during pregnancy (REBRACO: a multicentre study protocol). **BMJ Open**, v. 11, n. 12, p. 1-15, 2021a.

COSTA, Maria Laura *et al.* Call to action for a South American network to fight Covid-19 in pregnancy. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 150, n. 2, p. 260-261, 2020.

COSTA, Maria Laura *et al.* Facing the Covid-19 pandemic inside maternities in Brazil: A mixed-method study within the REBRACO initiative. **PLOS ONE**, v. 16, n. 7, p. 1-19, 2021b.

DAVIES, Nicholas *et al.* Increased mortality in community-tested cases of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7. **medRxiv**, Preprint, 2021.

DONATI, Serena *et al.* SARS-CoV-2 infection among hospitalised pregnant women and impact of different viral strains on Covid-19 severity in Italy: a national prospective population-based cohort study. **BJOG**, v. 129, n. 2, p. 221-231, 2022.

ELLINGTON, Sascha *et al.* Centers For Disease Control and Prevention. Characteristics of Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status - United States, January 22–June 7, 2020, **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, v. 69, n. 25, p. 769-775, 2020.

FARIA, Nuno Rodrigues *et al.* Genomics and epidemiology of the P.1 SARS-CoV-2 lineage in Manaus, Brazil. **Science**, v. 372, n. 6544, p. 815-821, 2021.

FAVRE, Guillaume *et al.* 2019-nCoV epidemic: what about pregnancies? **Lancet**, v. 395, n. 1, p. 1-10, 2020.

FLORES-VEGA, Verónica Roxana *et al.* SARS-CoV-2: Evolution and Emergence of New Viral Variants. **Viruses**, v. 14, n. 4, p. 1-12, 2022.

FRANCISCO JUNIOR, Ronaldo da Silva. *et al.* Turnover of SARS-CoV-2 Lineages Shaped the Pandemic and Enabled the

Emergence of New Variants in the State of Rio de Janeiro, Brazil. **Viruses**, v. 13, n. 10, p. 1-12, 2021.

FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira; LACERDA, Lucas; RODRIGUES, Agata. Obstetric Observatory BRAZIL - Covid-19: 1031 maternal deaths because of Covid-19 and the unequal access to health care services. **Clinics**, v. 76, n. 1, p. 1-4, 2021.

FU, Winnie *et al.* Systematic review of the safety, immunogenicity, and effectiveness of Covid-19 vaccines in pregnant and lactating individuals and their infants. **Int J Gynaecol Obstet.**, v. 156, n. 3, p. 406-417, 2022.

GIOVANETTI, Marta. *et al.* Replacement of the Gamma by the Delta variant in Brazil: Impact of lineage displacement on the ongoing pandemic. **Virus Evol**, v. 8, n. 1, p. 1-8, 2022.

GORBALENYA, Alexander *et al.* The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. **Nat Microbiol**, v. 5, n. 4, p. 536-544, 2020.

HU, Ben *et al.* Characteristics of SARS-CoV-2 and Covid-19. **Nat Rev Microbiol**, v. 19, n. 3, p. 141-154, 2021.

JEONG, Soo Young *et al.* MERS-CoV Infection in a Pregnant Woman in Korea. **J Korean Med Sci**, v. 3, p. 5-8, 2017.

KADIWAR, Suraj *et al.* Were pregnant women more affected by Covid-19 in the second wave of the pandemic? **Lancet**, v. 397, n. 10284, p. 1539-1540, 2021.

KNIGHT, Marian *et al.* Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2

infection in UK: national population based cohort study. **BMJ**, v. 369, n. 1, p. 1-12, 2020.

LAMARCA, Alessandra Pavan *et al.* Genomic Surveillance Tracks the First Community Outbreak of the SARS-CoV-2 Delta (B.1.617.2) Variant in Brazil. **J virol**, v. 96, n. 2, p.1-12, 2021.

LAPINSKY, Stephen; ADHIKARI, Neill. Covid-19, variants of concern and pregnancy outcome. **Obstet Med**, v. 14, n. 2, p. 65-66, 2021.

MACHADO, Bruna Aparecida Souza *et al.* The Importance of Vaccination in the Context of the Covid-19 Pandemic: A Brief Update Regarding the Use of Vaccines. **Vaccines**, v. 10, n. 4, p. 591-99, 2022.

MAMUN, Md Mahfuz Al; KHAN, Muhammad Riaz. Covid-19 Delta Variant-of-Concern: A Real Concern for Pregnant Women With Gestational Diabetes Mellitus. **Front Endocrinol (Lausanne)**., v. 12, n. 1, p. 1-12, 2021.

MARTUCCI, Gennaro *et al.* Covid-19 and Extracorporeal Membrane Oxygenation. **Adv Exp Med Biol**, v. 1353, n. 1, p. 173-195, 2021.

MENEZES, Mariane Oliveira *et al.* Risk factors for adverse outcomes among pregnant and postpartum women with acute respiratory distress syndrome due to Covid-19 in Brazil. **Int J Gynaecol Obstet.**, v. 151, n. 3, p. 415-423, 2020.

MORGAN, John Adams *et al.* Maternal Outcomes After Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection in Vaccinated Compared With Unvaccinated Pregnant Patients. **Obstet gynecol**, v. 139, n. 1, p. 107-109, 2022.

NEUMAN, Benjamin *et al.* A structural analysis of M protein in coronavirus assembly and morphology. **J Struct Biol.**, v. 174, n. 1, p. 11-22, 2011.

QUINTANA, Silvana Maria. We have Vaccine for Covid-19! What to Recommend for Pregnant Women? **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 43, n. 02, p. 81-83, 2021.

SCHMIDT, Maria *et al.* The Evolving Faces of the SARS-CoV-2 Genome. **Viruses**, v. 13, n. 9, p. 1764-70, 2021.

SILASI, Michelle *et al.* Viral infections during pregnancy. **Am J Reprod Immunol.**, v. 73, n. 3, p. 199-213, 2015.

SINGH, Devika; YI, Soojin. On the origin and evolution of SARS-CoV-2. **Exp Mol Med.**, v. 53, n. 4, p. 537-547, 2021.

SOUZA, Renato Teixeira *et al.* The Covid-19 pandemic in Brazilian pregnant and postpartum women: results from the REBRACO prospective cohort study. **Sci rep**, v. 12, n. 1, p. 1-12, 2022.

SOUZA, William Marciel de *et al.* Epidemiological and clinical characteristics of the Covid-19 epidemic in Brazil. **Nat Hum Behav**, v. 4, n. 8, p. 856-865, 2020.

SOUZA, William *et al.* Neutralisation of SARS-CoV-2 lineage P.1 by antibodies elicited through natural SARS-CoV-2 infection or vaccination with an inactivated SARS-CoV-2 vaccine: an immunological study. **Lancet**, v. 2, n. 10, p. 527-535, 2021.

STOCK, Sarah *et al.* SARS-CoV-2 infection and Covid-19 vaccination rates in pregnant women in Scotland. **Nat Med**, v. 28, n. 3, p. 504-512, 2022.

TAKEMOTO, Maira Libertad Soligo *et al.* The tragedy of Covid-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 51, n. 1, p. 154-156, 2020a.

TAKEMOTO, Maira Libertad Soligo *et al.* Clinical characteristics and risk factors for mortality in obstetric patients with severe Covid-19 in Brazil: a surveillance database analysis. **BJOG**, v. 127, n. 13, p. 1618-1626, 2020b.

VOLZ, Erik *et al.* Assessing transmissibility of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7 in England. **Nature**, v. 593, n. 7858, p. 266-269, 2021.

WONG, Shell Fean *et al.* Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 191, n. 1, p. 292-297, 2004.

ZAYET, Souheil *et al.* Increased Covid-19 Severity among Pregnant Patients Infected with SARS-CoV-2 Delta Variant, France. **Emerg Infect Dis**, v. 28, n. 5, p. 1048-1050, 2022.

ZHOU, Peng *et al.* A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. **Nature**, v. 579, n. 7798, p. 270-273, 2020.

Parte 2
Dimensão internacional e
enfrentamento da
pandemia da Covid-19

TERRITÓRIOS, CONCEPÇÕES, RACIONALIDADES: DINÂMICA DO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19 NO PIAUÍ

*Edna Maria Goulart Joazeiro
Laína Jennifer Carvalho Araújo
Romário Gonçalves da Silva*

Introdução

Em tempos de ampliação da desigualdade social e territorial, a constância de crises sistêmica e estrutural do capitalismo foi associada à crise sanitária causada pela pandemia da Covid-19, cujo primeiro caso, na América Latina, foi reportado em fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo, no Brasil, e, em poucas semanas, os números de casos decorrentes do vírus SARS-Cov-2 “se alastra[ram] para o conjunto dos países da Região” (Raichelis; Arregui, 2021, p. 135).

Nesse processo inicial de expansão dos agravos à saúde decorrentes da Covid-19, diferentes países em diversos continentes inseriram-se na dinâmica perversa entre as próprias configurações históricas e a realidade multifacetada que se apresentava no contexto da pandemia, em um tempo da história marcado pela tendência de redução da dimensão universal das políticas sociais públicas, pela fragilização da democracia, associada ao tensionamento gerado nos Sistemas de Saúde pública, diante da ampliação da morbidade e da mortalidade decorrentes da crise sanitária.

Nesse intrincado de relações interdependentes que se interpenetram e, muitas vezes, se sobrepõem às preexistentes necessidades em saúde e sociais de cada país, se avolumam os dilemas postos no cotidiano de trabalho nas políticas públicas que se defrontam com a multiplicidade de interfaces decorrentes da relação entre os agravos à saúde nos territórios e as mútuas e múltiplas manifestações das expressões da “questão social”¹ (Iamamoto, 2007), ou seja, ao conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista, tendo como raiz comum o fato de que “[...] a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (p. 27).

1 Nós utilizamos as aspas na expressão questão social, no decorrer do texto, devido ao caráter multifacético desse fenômeno e a impossibilidade de circunscrevê-lo e de delimitar suas formas de manifestação no decorrer da História. Netto (2001, p. 45) utiliza as aspas por estar de acordo com o que denomina de pensamento revolucionário que “[...] passou a identificar, na própria expressão ‘questão social’ uma tergiversação conservadora, e a só empregá-la indicando esse traço mistificador”. Cf. NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da “questão Social”, para um aprofundamento do debate sobre a “questão social” no âmbito do Serviço Social, remetemos o leitor a *Temporalis*, ano II, n. 3, p. 9–61, jan /jun. 2001.

O território é aqui analisado na perspectiva de Santos (2006, p. 14, grifos do autor): “[...] não é apenas o conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas; o território tem que ser entendido como o *território usado*, não o território em si. Na sua concepção, “[...] o território em si não é uma categoria de análise em disciplinas históricas, como a geografia. É o território usado que é uma categoria de análise [...]”, uma vez que “[...] o território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence”.

Nesse contexto, ampliam-se os riscos, sendo o processo marcado por múltiplas opacidades nas quais se entrecruzam os efeitos combinados e ampliados da ampla categoria das necessidades humanas (Pereira, 2011) e das necessidades em saúde (Merhy, 2004, 2007), que se dispersam nos Sistemas de Saúde públicos *dos e nos* territórios (Santos, 2006) e que demandam a construção de novas racionalidades, visando dar inteligibilidade à intervenção e à gestão nesse *meio novo*² (Canguilhem, 1947, p. 127), em que o agir se defronta com a necessidade de articular aspectos da dimensão societal, antropológica, cultural, política, econômica, técnica, tecnológica, individual e coletiva.

Em nossos estudos, temos assinalado a concordância com lamamoto (2015), no que tange à compreensão de que as relações que se tecem e são tecidas na sociedade “[...] não são diretas [nem] transparentes, não se revelando de imediato” (p. 195), uma vez que “[...] a estrutura da vida cotidiana é distinta, quanto ao seu âmbito, aos seus ritmos e regularidades e aos comportamentos diferenciados dos sujeitos coletivos” (Netto, 2012, p. 65).

2 Canguilhem retoma a concepção de Friedmann, que denomina como *novo meio* o conjunto das ferramentas, máquinas de produção em serviço na indústria contemporânea em oposição ao que denomina como *meio natural*. Cf. L’homme et le milieu naturel. Annales d’histoire économique et sociale, 1945: Hommage à Marc Bloch II) In: Canguilhem, 1947, nota 6, p. 127.

Nessa perspectiva, a compreensão das múltiplas dimensões da dinâmica do adoecer e do morrer, em decorrência da pandemia, nos 5570 municípios brasileiros (IBGE, 2022), tem íntima relação com o lugar que o sujeito ocupa no território vivido (Santos, 2006) em tempos de pandemia e pressupõe a análise da estrutura social e da conjuntura histórica ancorada na perspectiva da totalidade, enquanto categoria ontológica, que está em constante movimento. O estudo se fundamenta no método histórico-dialético, com base nas categorias de análise na perspectiva da totalidade, visando apreender tanto a singularidade quanto as especificidades do processo em curso.

O capítulo é um recorte das análises da pesquisa “Territórios, temporalidades, dinâmicas do agravo e de atenção à saúde da Covid-19 no estado do Piauí: desigualdade social dimensão local e internacional”, com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); e “Territórios, temporalidades e desigualdade social: trabalho profissional das profissões das políticas de Saúde e de Assistência Social em diferentes contextos nacionais e internacionais em tempo de pandemia da Covid-19: Brasil, Chile e França”, financiada pela Chamada CNPq/Universal, 2022-2025, Brasil. Enfatizam-se as mudanças no arcabouço conceitual e interventivo, ancoradas na dinâmica da pandemia, privilegiando as fontes de dados públicas referentes a esse agravo à saúde no período supramencionado, buscando compreender as relações instauradas e os desafios postos à atenção à população com agravos à saúde decorrentes da pandemia, que, muitas vezes, estão submetidas às múltiplas formas de vulnerabilidade e de risco social (Brasil, 2004).

A intrínseca relação entre crise do capitalismo e crise sanitária

Castro-Silva, Ianni e Forte (2021, p. 2) destacam que a pandemia da Covid-19 “[...] surge em uma economia global predominantemente neoliberal já desestabilizada e em intensa crise de legitimidade”. Desse modo, é importante considerar que “[...] as crises no capitalismo não são fenômenos eventuais, mas constitutivos do movimento sociometabólico do capital” (Raichelis; Arregui, 2021, p. 139), uma vez que “[...] o capital incorpora as inovações e os avanços tecnológicos e científicos, especialmente as tecnologias de base digital, que aceleram a produtividade do trabalho [...]”, ao mesmo tempo que “[...] provocam a economia de trabalho vivo e ampliam a população sobrando para as necessidades médias de valorização do capital, ampliando e diversificando a superpopulação relativa (2021, p. 139).

Nesse contexto de crises, a classe que vive do trabalho (Antunes, 2015) tem sua vida imersa em um cotidiano desprovido “[...] de proteção social e se encontra em intenso fogo cruzado, sob a mortalidade do vírus e a letalidade do capitalismo” (Antunes, 2020).

As determinações históricas da crise estrutural, segundo Mézáros (2002), se materializam no processo de “[...] ativação dos limites absolutos do capital” (p. 217). Dessa forma, explicita a relação intrínseca entre o desencadeamento desse processo e a necessidade de superação histórica da ordem do capital, uma vez que, na sua perspectiva de análise, em presença do horizonte histórico de crise, não “[...] poderá evitar por muito mais tempo o enfrentamento da questão [...]” de buscar “[...] superar os pressupostos estruturais destrutivos do modo estabelecido de controle sociometabólico” (2002, p. 217).

Mészáros assinala que a noção de crise estrutural implica a “[...] tripla dimensão interna da autoexpansão do capital [produção, consumo e circulação/ distribuição/ realização] exhibe *perturbações* cada vez maiores [...]” (2002, p. 799-800, grifos nossos) uma vez que falha na “[...] função vital de *deslocar as contradições* acumuladas do sistema” (2011, p. 799-800, grifos nossos) de forma que essas “[...] tendem a se tornar *cumulativas* e, portanto, *estruturais*, trazendo com elas um perigoso bloqueio ao complexo mecanismo de *deslocamento das contradições*” (2002, p. 799-800, grifos do autor). Nesse contexto, a crise não se restringe à esfera socioeconômica, pelo contrário, “[...] afeta toda a sociedade de um modo nunca antes experimentado. [...] a crise estrutural do capital se revela como uma verdadeira *crise de dominação em geral*” (2002, p. 800, grifos do autor).

Harvey (2020, p. 15-16) enfatiza que “[...] o impacto econômico e demográfico da disseminação do vírus depende de fissuras e vulnerabilidades preexistentes no modelo econômico hegemônico”. Segundo Antunes (2020, p. 12), o capital pandêmico se instaura por meio da “[...] imbricação trágica entre sistema de metabolismo antissocial do capital, crise estrutural e explosão do coronavírus”.

Compreendendo a perspectiva global da pandemia

Desde o final do ano de 2019, o mundo passou a enfrentar uma crise sanitária em escala global, decorrente da descoberta de um novo vírus, sendo posteriormente reconhecida como uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus, na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. Souza *et al.* (2021, p. 548) afirmam que Wuhan, “[...] de início, foi considerada epicentro mundial, superada pela Itália, que rapidamente acumulou maior número de casos e mortes [...]. A França foi

outro país bastante acometido”. Os autores destacam que “[...] um estudo sugeriu que o vírus encontrava-se circulando na França aproximadamente 30 dias antes dos casos oficiais serem registrados” (p. 548).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em decorrência do aumento do número de casos na China e em outros países, declarou, em 30 de janeiro de 2020, que se tratava de uma Emergência de Saúde Pública Internacional, portanto “[...] todos os países do mundo deveriam fazer planos de contingência” (Souza *et al.*, 2021, p. 548). O Ministério da Saúde brasileiro, em 3 de fevereiro de 2020, emitiu o Decreto nº 188 que qualificou a situação da infecção humana causada pelo novo coronavírus como Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). A OMS, em 11 de março de 2020, decretou que estávamos diante de uma pandemia global da Covid-19, uma doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).

Paulo Joazeiro (2022, p. 47) enfatiza que “[...] pandemia é a disseminação mundial de doença por transmissão sustentada ou comunitária, isto é, sem que se possa mais identificar o indivíduo que foi a fonte da contaminação”. O autor assinala que, no final do ano de 2020, “[...] os números globais de casos superaram os 82 milhões de infectados e cerca de 1,8 milhões de mortes³” (p. 48).

Para que se tenha uma ideia da velocidade de contaminação e da gravidade desse vírus, no mundo, em 31 de março de 2020 existiam 760.040 casos e 40.842 mortes, havendo um aumento, após seis meses, em 27 de setembro de 2020, para 32.925.668 de casos confirmados e 995.352 mortes. Com o crescente número de infectados e mortes, o epicentro da doença foi modificando-se rapidamente, da China, para Itália, Espanha, e Reino Unido, sequencialmente, e nos meses de abril e maio, para os Estados Unidos da América (EUA), onde o número de casos superou todos os países. O Brasil, em 28 de setembro 2020, atingiu

3 Cf. WHO. Overview of the Covid-19 pandemic.

4.745.464 casos e 142.058 mortes, atrás apenas dos EUA (Souza *et al.*, 2021, p. 548).

Nos momentos iniciais da pandemia, “[...] a experiência imediata revelou como fatores de risco para um pior prognóstico a idade avançada, comorbidades como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas e cânceres” (Couto; Barbieri; Matos, 2021, p. 2). Nesse contexto, a OMS instituiu, como medidas essenciais a serem adotadas para a prevenção e o enfrentamento à pandemia da Covid-19, a orientação de higienização das mãos com água e sabão, o uso de álcool em gel nas situações em que o acesso à água e ao sabão não fosse possível, e a recomendação de evitar tocar olhos, nariz e boca e proteger as pessoas ao redor ao espirrar ou tossir, com adoção da etiqueta respiratória, mediante o uso do cotovelo flexionado ou lenço descartável.

Desde o princípio, algumas das principais estratégias de enfrentamento à pandemia se basearam na adoção de formas de distanciamento e isolamento social, visando “[...] coibir seu alastramento e favorecer atendimentos adequados àqueles que estão doentes, levando em conta a capacidade do sistema de saúde de suportar tal contingente” (Castro-Silva; Ianni; Forte, 2021, p. 3). A dinâmica do processo de enfrentamento à pandemia se dá na intensa relação entre “[...] distanciamento social, associado a curvas de contágio e avanço da epidemia” gerando “mudanças significativas no modo de vida das pessoas” (p. 3) com sérias implicações na economia.

Uma análise atenta às medidas adotadas em diferentes países constata que, desde o princípio da pandemia, inúmeras intervenções foram engendradas, inúmeros compromissos foram firmados entre importantes centros de pesquisa, “[...] buscando a convergência para a produção de alternativas efetivas que

permitam definir parâmetros seguros, em consonância com a dinâmica da vida no espaço coletivo das cidades, metrópoles e megalópoles” (Joazeiro; Araújo, 2022, p. 143).

Nessa intensa dinâmica de (re)configuração de crises em diferentes contextos, gestores, profissionais de diversas áreas que intervêm nas múltiplas expressões da “questão social” e no enfrentamento à crise sanitária passaram a ser interpelados pelo desafio de “[...] reconstruir os sentidos e de imprimir novas sistemáticas no trabalho” (Joazeiro, 2022, p. 10), buscando construir conhecimentos ancorados na gestão do cotidiano *das e nas* políticas públicas.

No que tange aos dados da Covid-19, Brasil, Chile e França, ancoramo-nos nas fontes da Organização Mundial de Saúde (OMS),⁴ que contempla informações de todas as 16 regiões dos países membros, com atualização de referência para o dia 10 de maio de 2023. Os dados foram baixados em formato *Comma-separated values* (csv), e, posteriormente reorganizados em planilhas de Excel® para, em seguida, serem transformados em gráficos de linha, possibilitando a análise das tendências desses agravos no decorrer dos anos estudados (**Figura 1**).

As pesquisas de natureza quanti-qualitativa se ancoram na triangulação de fontes (Minayo, 1996), com base em fontes secundárias públicas, oriundas de órgãos oficiais como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a Secretaria Estadual da Saúde do Piauí (SESAPI), órgão responsável pela coleta, organização e divulgação de informações que se materializam sob a forma de Boletins Epidemiológicos pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Vigilância em Saúde, relativa à situação dos agravos

4 <https://covid19.who.int/data>, que contempla também informações como: *Date_reported, Country_code, Country, WHO_region, New_cases, Cumulative_cases, New_deaths, Cumulative_deaths*) *Date_reported, Country_code, Country, WHO_region, New_cases, Cumulative_cases, New_deaths, Cumulative_deaths*.

em saúde decorrentes da Covid-19 no estado e no país no período de 2020-2022.

No Piauí, os dados relativos aos agravos à saúde decorrentes da Covid-19 foram adquiridos em forma de tabela (xls) da base agregada da SESAPI, disponíveis no Portal do Ministério da Saúde⁵, que é o órgão responsável pela organização e divulgação das informações pertinentes à saúde, em forma de boletins nacionais. A base de dados dos municípios foi baixada do Portal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tendo 2010 como ano-base.

A base de dados relacional foi construída através do campo-chave idêntico (codigo_municipios) entre os dados vetoriais e a tabela de casos, por intermédio de técnicas de geoprocessamento e por meio de ferramentas SIGs, como é o caso do Software Qgis versão 3.28.4-Firenze (Open Source), que possibilita correlacionar novos atributos a entidades georreferenciadas, e, por conseguinte, sua espacialização dentro dos Territórios de Desenvolvimento Sustentável (TDS) do Piauí.

Territórios, concepções, racionalidades em diferentes contextos nacionais

Na constância dos estudos sobre a dinâmica dos agravos à saúde decorrentes da pandemia da Covid-19, no Brasil, no Chile e na França, os pesquisadores têm trabalhado as especificidades e singularidades do processo de enfrentamento à pandemia e dos desafios que têm sido impostos aos diferentes campos conceituais, à medida que esses agravos incidem de forma diferenciada entre territórios que estão inseridos em diversificados sistemas de proteção social, em variados contextos

5 Disponível no endereço eletrônico (<https://covid.saude.gov.br/>) do Portal do Ministério da Saúde.

nacionais, buscando apreender como têm sido enfrentados os diferentes momentos da pandemia.

Adotamos como objeto de estudo a construção de análise transversal da situação dos diferentes contextos, com base em referencial teórico e metodológico, destacando categorias de análise que contribuam para a compreensão da dinâmica dos agravos à saúde decorrentes da pandemia, ao longo da série histórica, entre 2020 e 2023. Nesse contexto, analisamos o marco temporal entre março de 2020 e 5 de maio de 2023, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à Covid-19.

Nessa perspectiva, cumpre destacar que uma análise atenta aos dados da **Tabela 1**, referente aos indicadores dos países Brasil, Chile e França em tempos de pandemia, e a **Figura 1**, que se refere à distribuição dos casos de Covid-19 nos supramencionados países, no período de 2020 a 2023, revela a indispensável necessidade de apreender as particularidades e as diversas temporalidades que marcam o contexto mundial, que está adstrito às mútuas e múltiplas dimensões de natureza antropológica, cultural, socioterritorial, econômica e política que atravessam os contextos locais, nacionais e internacionais.

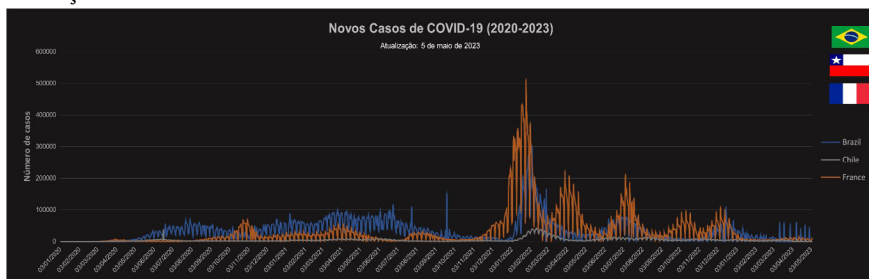
Tabela 1 – Indicadores dos países Brasil, Chile e França

Países	Área Km ²	População Total	População urbana %	Covid-2020	Covid-2021	Covid-2022
Brasil	8515770,00	215313498	87,55%	7563551	14700283	14038581
Chile	756700,00	19603733	87,91%	605950	1198732	3227670
França	549086,87	67971311	81,50%	2564972	6917610	28717231

Fonte: World Bank. <https://data.worldbank.org/indicador> (2022) / Organização Mundial da Saúde <https://covid19.who.int/data> (2020-2022)

A gestão da crise pressupõe a tomada de decisão envolvendo inúmeros sujeitos históricos, cuja ação tem relações de interpenetração e de interdependência recíprocas, diante das múltiplas complexidades, dos desafios e das fragilidades que requerem a realização de rigorosa ascese visando a compreensão da estrutura, da conjuntura e da infraestrutura sanitária, em cada território; e as redes de atenção à saúde e aos sistemas de proteção social, bem como as tecnologias disponíveis para o enfrentamento a esse agravo à saúde, considerando as articulações, tensões e potencialidades presentes em cada contexto socioterritorial (Joazeiro; Araújo, 2022, p. 135), que compreenda as múltiplas dimensões presentes nas sociedades que são analisadas, uma vez que buscamos fazê-lo de modo crítico na perspectiva da totalidade.

Figura 1 – Distribuição dos casos de Covid-19 no Brasil, Chile e França



Fonte: Organização Mundial da Saúde - <https://covid19.who.int/data> (2020-2023).
Elaboração própria (2023).

A análise da dinâmica dos casos da Covid-19 nos três países, materializada na **Figura 1**, revela as diferentes temporalidades que marcaram o processo de contágio, de produção do cuidado e de busca para mitigar os riscos à vida humana de grandes contingentes populacionais, distribuídos em diversos territórios, com diferentes formas de sociabilidade e diversificados níveis de acesso e de

ausência de cuidado, que marcam, de modo continuado, a vida cotidiana das populações submetidas à diferentes riscos sanitários e socioterritoriais nas pequenas, médias e grandes cidades.

Aprender as formas de enfrentamento a esse fenômeno sanitário, social, econômico, político e cultural requer compreender as múltiplas e mútuas interfaces presentes na conjuntura atual, uma vez que, em presença da ampliação da desigualdade social nesses territórios, torna-se “[...] imprescindível o envolvimento de políticas públicas para minimizar os efeitos adversos que se entrecruzam e se avolumam em tempos de pandemia, que deverão ser adequadamente geridos tanto no momento da pandemia quanto na pós-pandemia” (Joazeiro, 2022, p. 12).

As autoridades sanitárias internacionais e um amplo conjunto de governos nacionais, desde o princípio, tenderam a convergir quanto à implementação de quatro grandes estratégias, a saber: i) a recomendação ou a determinação do isolamento e do distanciamento social; ii) a ampliação da capacidade de atendimento dos serviços de saúde; iii) a necessidade de adoção de formas de apoio econômico a cidadãos, famílias e empresas (Pires, 2020, p. 7); e a iv) adoção de estratégias de imunização.

No que tange às ações adotadas no Brasil, diante do contexto de crise sanitária, as quatro estratégias de intervenção supramencionadas se deram ancoradas em ações e medidas isoladas, por parte de diferentes níveis de governo, sem esforço claro de articulação e coordenação em nível nacional para o enfrentamento à crise sanitária e humanitária.

Cumprir destacar algumas ações do Governo brasileiro, tais como a Lei de Quarentena, nº 13.979/2020, que foi sancionada em 7 de fevereiro de 2020, dispondo sobre as medidas adotadas

para o enfrentamento à Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, decorrente do coronavírus (Brasil, 2020). O Governo brasileiro instituiu o Decreto nº 10.316/2020, que regulamentou o Auxílio Emergencial, com o objetivo de fornecer proteção emergencial no período de enfrentamento à crise causada pela pandemia, uma vez que esse agravo incide na vida de um contingente de população que vive em condições de desigualdade e de vulnerabilidade social (Brasil, 2004).

A Nota Técnica da Fiocruz, de 28 de abril de 2020, enfatiza que as mortes provocadas por Covid-19 “[...] têm dobrado, em média, num intervalo de cinco dias no Brasil. Nos Estados Unidos, país com taxas altas de disseminação da epidemia, o intervalo para essa duplicação ocorre em período similar. Na Itália, na Espanha e no Reino Unido essa média é maior” (Fiocruz, 2020, p. 1).

Em 20 de março de 2020, foi declarada a transmissão comunitária da doença em todo o território nacional. Decorridos quatro meses, o Brasil alcançava seu primeiro pico da pandemia do ano de 2020, no dia 31 de julho, quando atingiu o número de 69.074 casos. O segundo pico ocorreu em 18 de dezembro, com 70.574 casos novos. No final do ano de 2020, o país contava com 1.111 mortes em um único dia e 192.681 mortes acumuladas e um total de 7.563.551 casos confirmados pelo Sars-Cov-2.

Cavalcante *et al.* (2020, p. 2) assinalam que as dificuldades na adoção das medidas preconizadas para o enfrentamento à pandemia podem “[...] ajudar a explicar o registro, no mundo, no dia 16 de maio de 2020, de 4.425.485 casos de Covid-19, com 302.059 óbitos, sendo as Américas o continente mais atingido, seguido da Europa”.

Nesse período, a complexidade dos desafios e riscos presentes nos territórios eram imensos, pois neles se configurava

um processo de interiorização da Covid-19, dinâmica essa que indicava a instalação de ciclos de transmissão da doença em cidades de pequeno porte, situação que gerava preocupação em função de três aspectos, conforme assinala a Nota Técnica de 28 de abril de 2020: 1.º) devido ao tempo de recuperação lento, associado à alta taxa de contaminação que ocupava os leitos das grandes cidades, levando ao risco de provocar colapso do sistema de saúde desses municípios; 2.º) o avanço da doença para o interior passava a atingir as cidades menores, com ampliação da demanda de serviços mais especializados de saúde, tais como Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e respiradores; 3.º) os municípios menores passaram a encaminhar seus pacientes às cidades maiores, que já apresentam limitação de leitos, equipamentos e pessoal de saúde (Fiocruz, 2020, p. 1). A referida Nota destaca, ainda, que, no Brasil, naquele período,

Dentre os municípios com mais de 100 mil habitantes, praticamente todos já apresentam casos da doença. Nos municípios com população entre 50 mil e 100 mil habitantes 79% dos municípios têm presença de casos, 44% dos municípios com população entre 20 mil e 50 mil, 22% dos municípios com população entre 10 mil e 20 mil habitantes e 9% dos municípios com população até 10 mil habitantes apresentam casos de Covid-19 (p. 1).

Uma análise dos casos confirmados de Covid-19, até outubro de 2020, segundo Kerr *et al.* (2020, p. 4.100), afirma que “[...] o Nordeste, uma das regiões mais pobres do país, representa 27% da população brasileira e apresenta cerca de um terço de todos os casos (34%) e dos óbitos (32%)”.

Dinâmica da pandemia da Covid-19 no Piauí: concepções e racionalidades

O estado do Piauí está localizado na porção Nordeste do Brasil, tendo como limites: o Oceano Atlântico, ao norte; Bahia e Tocantins, ao sul; Ceará e Pernambuco, a leste; e Maranhão, a oeste. De acordo com o IBGE (2022), o estado apresenta extensão territorial de 251.755,481 km² e população de 3.271.199 habitantes.

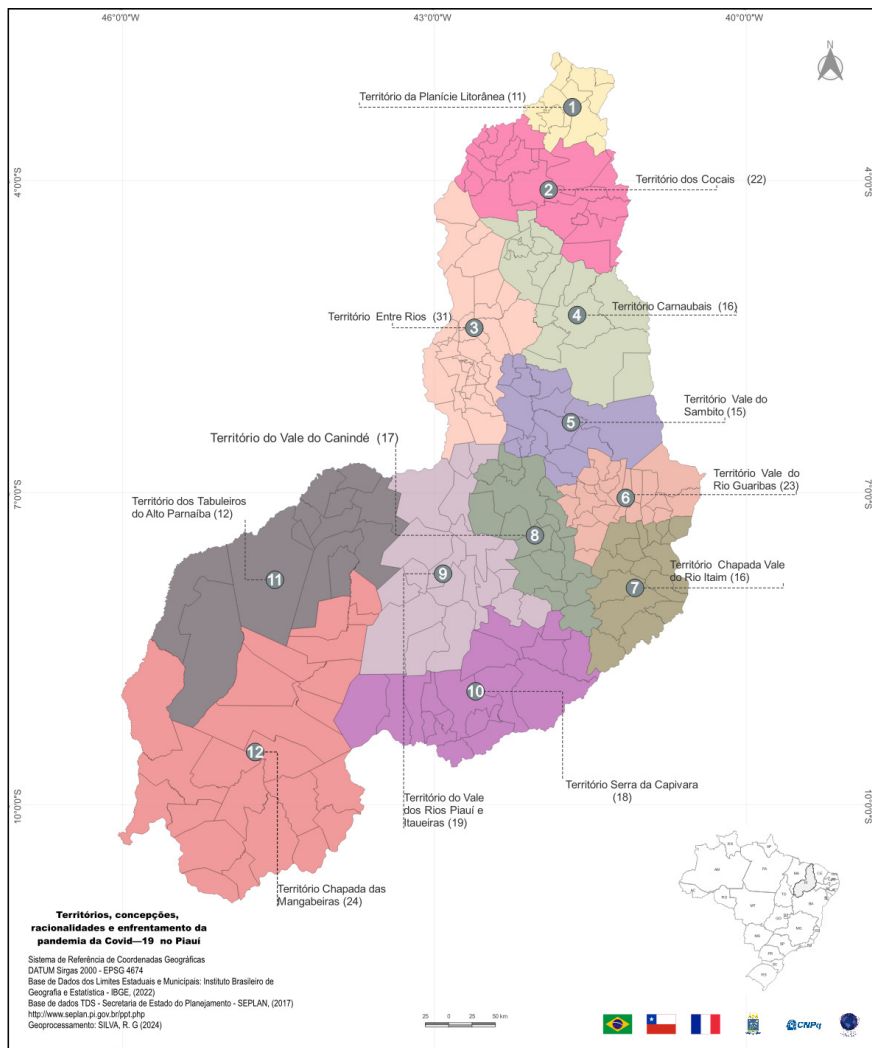
O Piauí é composto por 28 aglomerados⁶ e 12 Territórios de Desenvolvimento Sustentável (TDS), divididos em 4 Macrorregiões⁷, segundo a Lei atualizada nº 6.967/2017⁸, tendo o total de 224 municípios, em que apenas 25 deles apresentam população acima de 20.000 habitantes, sendo 60% deles localizados na região norte do estado; apresenta configuração com o predomínio de municípios com população de até 20.000 habitantes, considerados municípios de porte pequeno I (PNAS, 2004), ou seja, possui 88,9% de municípios que se situam nessa categoria.

6 Aglomerados é o conjunto de municípios de um mesmo território de desenvolvimento que possuem características semelhantes, agregados a partir do cruzamento de critérios socioeconômicos, considerando a proximidade geográfica e as relações já estabelecidas entre eles; o desenvolvimento de atividades produtivas comuns, com potencialidade de convergência para eixos econômicos e sociais.

7 Na legislação em vigor, entende-se como macrorregiões o “[...] espaço geográfico composto por um ou mais territórios de desenvolvimento, cujos limites se definem pela presença de bioma comum”.

8 Lei que altera a Lei Complementar nº 87/2007.

Figura 2 – Configuração dos Territórios de Desenvolvimento Sustentável do Piauí

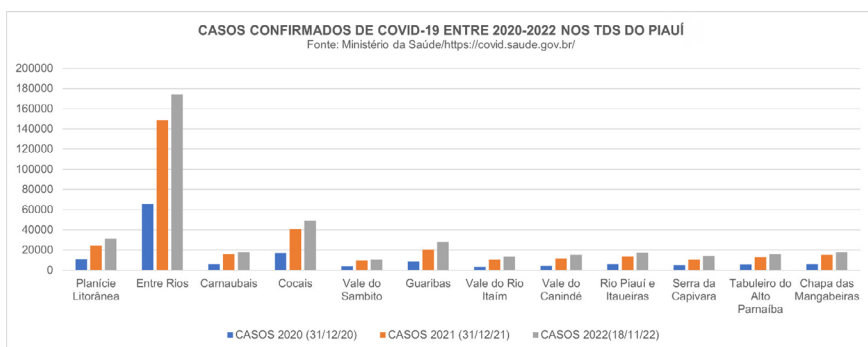


Fonte: Base de dados dos TDS Secretaria de Estado do Planejamento do Piauí (SEPLAN, 2017); Base de dados municipal – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022).

Os TDS são espaços compostos por um conjunto de municípios que se caracterizam por “[...] uma identidade histórica e cultural, patrimônio natural, dinâmica e relações econômicas e organização, constituindo as principais unidades de planejamento da ação governamental” (Brasil, 2017).

Ao analisarmos a configuração dos Territórios de Desenvolvimento Sustentável do estado do Piauí (**Figura 2 e 3**) para compreendermos os desafios que têm marcado o processo de enfrentamento em defesa da vida *da* e *na* pandemia, apreendemos que a configuração socioterritorial traz implicações importantes para a dinâmica da atenção à saúde à população, uma vez que esses municípios menores e distantes da capital dispõem de restrita oferta de serviços de média e de alta complexidade na Rede de Atenção Saúde (RAS), e que contam com menor densidade tecnológica nos serviços ofertados no SUS. Analisando a **Figura 3**, observamos que os TDS de Entre Rios, Planície Litorânea e Cocais foram os três territórios de desenvolvimento que, no decorrer da série histórica, mantiveram o maior número de casos de Covid-19.

Figura 3 – Distribuição dos casos confirmados de Covid-19 nos TDS do Piauí nos anos 2020, 2021 e 2022



Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (2020-2022). Elaboração própria.

Uma análise atenta à distribuição dos agravos à saúde decorrentes da Covid-19 no Piauí, nos anos de 2020, 2021 e 2022, e à dinâmica do acesso à estratégia de imunização deve considerar que foi apenas em 18 de janeiro de 2021 que o Ministério da Saúde disponibilizou 61.160 doses da vacina CoronaVac para o estado do Piauí⁹. Dessas, 11.382 doses foram destinadas ao município de Teresina, capital do Piauí, situado no Território de Desenvolvimento Sustentável Entre Rios. O primeiro lote de 1.314 doses chegou ao município de Parnaíba, no Território da Planície Litorânea, em 19 de janeiro. Uma análise do fluxo de chegada dos lotes das vacinas nos diferentes TDS revela, que, no dia 20 de janeiro, os lotes chegaram ao município de Jaicós, e, no dia 22 do mesmo mês, foram entregues ao município de Paulistana, ambos os municípios de pequeno porte I situados no Território do Vale do Rio Itaim (Cardoso, 2022, p. 187).

Torna-se importante apreendermos as intensas dificuldades acarretadas para a produção do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde, no período analisado, em virtude da dinâmica de ampliação dos agravos e das assimetrias locais e regionais, que têm lugar no conjunto dos municípios, especialmente em relação ao porte tecnológico, à distância da capital, às dificuldades de acesso a recursos especializados da Rede de Atenção à Saúde, da Rede de Proteção Social e de mobilidade urbana nos diferentes territórios.

Utilizamos a concepção de produção do cuidado em saúde, com base em Merhy *et al.* (2016, p. 41), “[...] como um acontecimento micropolítico, na construção efetiva das redes vivas de existências”. Segundo o autor, no campo da saúde, “[...] o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da

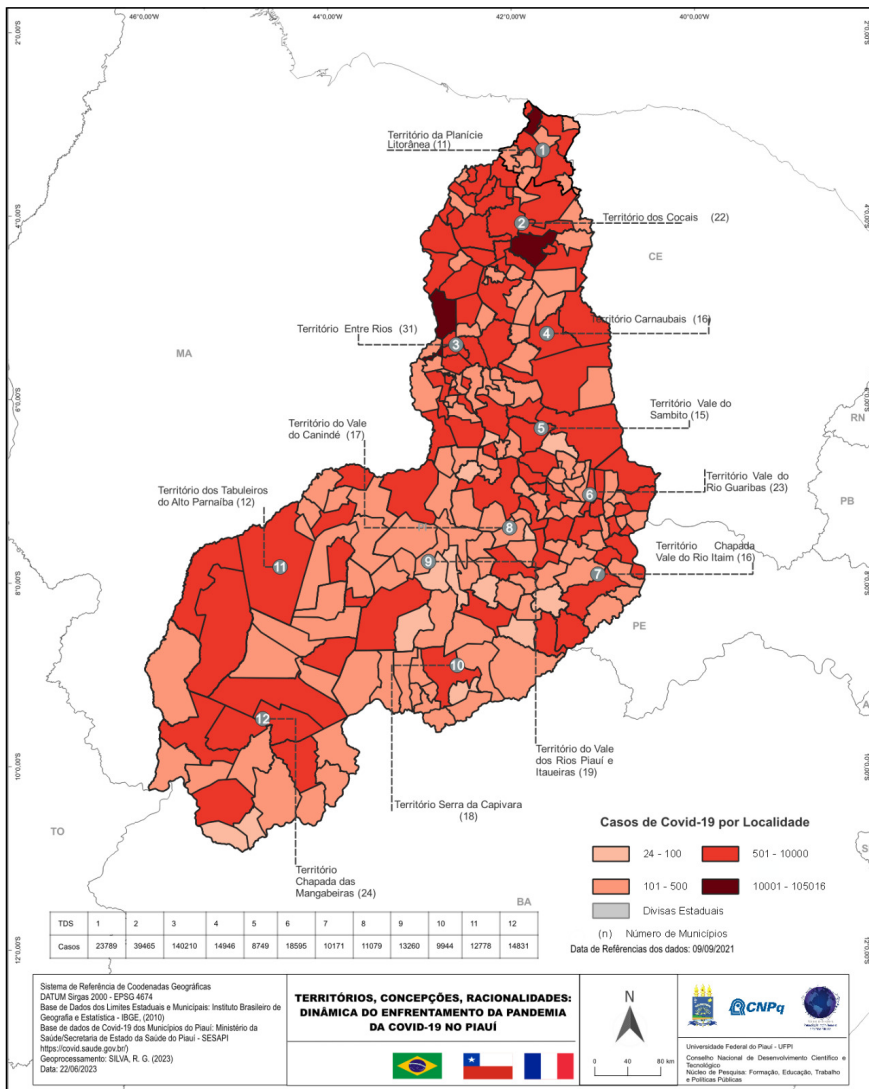
9 Cf. <https://antigo.pi.gov.br/noticias/primeiros-piauienses-sao-vacinados-e-governador-garante-vacina-para-toda-a-populacao/>

saúde, mas a produção do cuidado, através do qual poderão ser atingidas a cura e a saúde, que são, de fato, os objetivos que se quer atingir” (2004, p. 111). Na mesma perspectiva analítica, Feuerwerker (2014, p. 42) assinala que “[...] a vida real dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atenção adotados, nem sempre a produção do cuidado está efetivamente comprometida com a cura e a promoção [...]” da saúde.

Visando explicitar a complexidade que marcou a distribuição dos casos confirmados de Covid-19 **dos e nos** territórios de Desenvolvimento do Piauí, nos três anos da pandemia, construímos as **Figuras 4, 5 e 6**, para assinalarmos a multiplicidade de fontes de riscos que acometeram esses territórios e a dificuldade para a produção do cuidado diante do negacionismo que prevalecia na esfera do Governo de Jair Bolsonaro, e as múltiplas tensões geradas para que estados e municípios conseguissem viabilizar ações pertinentes em consonância com a dinâmica **da e na** pandemia.

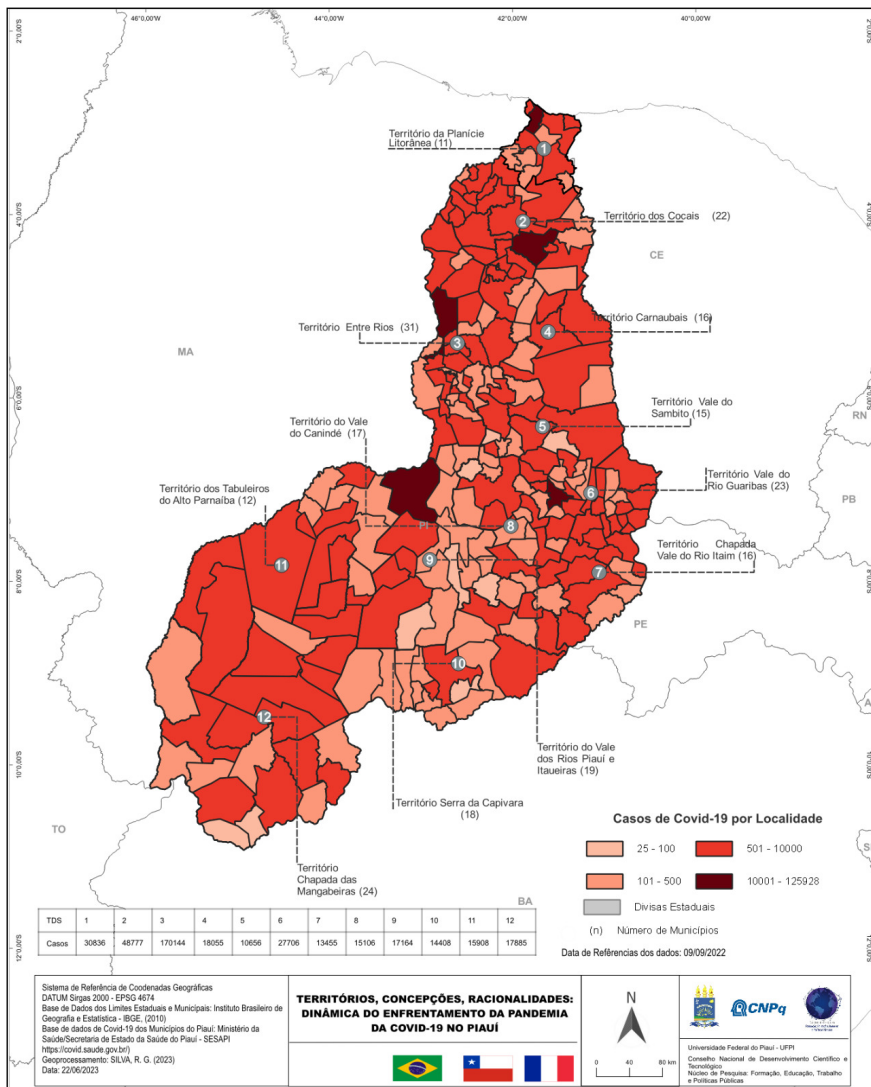
Ao analisarmos a relação entre territórios, concepções, racionalidades, “questão social” e a produção do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde, observamos os grandes limites que estiveram presentes no processo de enfrentamento à pandemia da Covid-19 no Piauí, em tempos de crise sanitária, considerando a dinâmica perversa de agravamento dos casos, das mortes e a ampliação da pobreza no decorrer desse período.

Figura 5 – Mapa da distribuição dos casos de Covid-19 no Piauí em 2021.



Fonte: Dados municipais e estaduais – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE (2010) /Dados Covid-19 – Ministério da Saúde/Base TDS – Secretaria de Estado do Planejamento do Piauí, SEPLAN (2017).

Figura 6 – Mapa da distribuição dos casos de Covid-19 no Piauí em 2022.



Fonte: Dados municipais e estaduais – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE (2010) /Dados Covid-19 – Ministério da Saúde/Base TDS – Secretaria de Estado do Planejamento do Piauí, SEPLAN (2017).

Considerações finais

Cumprido destacar que intervir em processos complexos de saúde-doença com a configuração da distribuição dos agravos à saúde dos anos 2020, 2021 e 2022 implica reconhecer que as mudanças eram, ao mesmo tempo, de natureza quantitativa e qualitativa. Isso porque a configuração de suas dinâmicas nos territórios vividos acarretava intensa pressão sobre uma rede de serviços submetida aos efeitos nocivos do histórico subfinanciamento da política de saúde no país. Além disso, era agravada pelo desfinanciamento provocado pela Emenda Constitucional n.º 95 (Brasil, 2016), que estabeleceu o congelamento do orçamento das políticas públicas durante 20 anos, bem como sofria intensa pressão da dinâmica instalada e da letalidade da Covid-19.

Esse conjunto de dimensões acarretou mudanças no processo de cuidar, na disponibilidade de materiais e no uso de tecnologias de intervenção, tendo implicações no arcabouço conceitual e legal, que, historicamente, fundamentara o agir em saúde ancorado predominantemente na presencialidade no ato de cuidar, exigindo o desenvolvimento de novas formas de intervenção em resposta aos padrões de riscos sanitários decorrentes da nova doença.

A produção do cuidado à saúde, em um tempo marcado pelos múltiplos desafios inerentes ao enfrentamento aos agravos à saúde, decorrentes da pandemia da Covid-19, é intensificada em um país que enfrenta mudanças do perfil demográfico e epidemiológico, agravadas por quadros sanitários heterogêneos presentes nos contextos dos diferentes espaços territoriais brasileiros, uma vez que o Brasil tem padrão de heterogeneidade da estrutura epidemiológica (Possas, 1989, p. 23-24), no qual “[...] as condições de saúde de sua população, não se resumem a mera transição de padrões [...]”, uma vez que um amplo contingente populacional tende a estar exposto “[...] *simultaneamente* aos condicionantes dos riscos provenientes do ‘atraso’ e da ‘modernida-

de', pelas determinações distintas provenientes destas múltiplas relações" (1989, p. 23-24).

O supramencionado processo de intervenção em saúde foi se consolidando em presença e em tensão com a dinâmica do contágio desse agravo à saúde, cujos protocolos e ações assistenciais, no âmbito das políticas públicas, precisaram ser definidos ancorados na temporalidade do aqui e agora da atividade, contudo embasadas em conhecimentos nascidos **da** e **na** comunidade científica local, nacional e mundial, em continuado processo de construção e de resignificação das ações de tecnologias leves, leves-duras e duras (Merhy, 2007).

Nessa perspectiva, os conceitos e as racionalidades que guiaram a dinâmica da intervenção foram sendo construídas ancoradas nas diferenciadas dimensões que se fizeram presentes nesse espaço temporal, em que diversas variáveis se entrecruzaram no contexto da atenção às populações usuárias do SUS, especialmente no que tange ao contingente de pessoas submetidas às múltiplas formas de vulnerabilidades e de risco social e pessoal. Nesse contexto, a questão aqui analisada remete a diversos campos conceituais, imprescindíveis para a compreensão da configuração desse agravo à saúde, no encontro e no confronto com o padrão de heterogeneidade da estrutura epidemiológica brasileira e, sobretudo, piauiense.

É imperativo compreendermos que a pandemia ainda não acabou, urge criar um sólido movimento em defesa da vida e da cidadania para o fortalecimento do SUS, que consiga resistir às armadilhas da simplificação marcada pela visão de mundo subsumido à métrica e à lógica do capital, de forma que profissionais e gestores das diversas profissões da saúde, bem como a população usuária do SUS, tenham a ousadia de defender a vida e a política pública visando o fortalecimento da cidadania e da democracia nesses tempos sombrios, para construir um futuro melhor.

Referências

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 6. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

ANTUNES, Ricardo. **Coronavírus**: o trabalho sob fogo cruzado. São Paulo: Boitempo, 2020. E-book.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social**. PNAS 2004. São Paulo: Cortez, dez. 2004.

BRASIL. **Norma Operacional Básica. NOB/Suas**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, ano CLIII, nº 241, 16 de dez. de 2016. Seção I.

BRASIL. Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 fev. 2020.

BRASIL. **Decreto Nº 10.316**, de 07 de abril de 2020. Regulamenta a Lei Nº 13.982 que estabelece medidas de proteção social. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.316-de-7-de-abril-de-2020-251562799>. Acesso em: 30 mai. 2023.

CANGUILHEM, Georges. Milieu et normes de l'Homme au travail. In: **Cahiers Internationaux de Sociologie**, Éditions Du Seuil, Vol III, Cahier Double, Deuxième Année, p. 120-136, 1947. Publicado também **Pro-posições**, vol. 13, n. 1 (37), jan./abr. 2002.

CARDOSO, Francisca Maria Carvalho. **Saúde Mental e trabalho em Rede**: configuração territorial e produção de cuidado na Região da Chapada Vale do Itaim. 2022. 244 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí.

CASTRO-SILVA, Carlos Roberto de; IANNI, Aurea; FORTE, Elaine. Desigualdades e subjetividade: construção da práxis no contexto da pandemia de covid-19 em território vulnerável. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 30, n. 2, e210029, 2021.

CAVALCANTE, João Roberto *et al.* Covid-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília (DF), v. 29, n. 4, set. 2020. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000400016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 mai. 2023.

COUTO, Marcia Thereza; BARBIERI, Carolina Luisa Alves; MATOS, Camila Carvalho de Souza Amorim de. Considerações sobre o impacto da covid-19 na relação indivíduo sociedade: da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina. **Saúde e Sociedade** [online], e200450, v. 30, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200450> . Acesso em: 30 mai. 2023.

FIOCRUZ. **Tendências atuais da pandemia de Covid-19**: Interiorização e aceleração da transmissão em alguns estados. MonitoraCovid-19. Nota Técnica 28 de abril de

2020. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51088#collapseExample>. Acesso em: 30 mai 2023.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz (Org.). **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

HARVEY, David. Política anticapitalista em tempos de Covid-19. In: DAVIS, Mike. *et al.* **Coronavírus e a luta de classes**. Brasil: Terra sem Amos, p. 13-23, 2020.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2015.

JOAZEIRO, Edna Maria Goulart; ARAÚJO, Laína Jennifer Carvalho. Territórios, temporalidades e covid-19: o desafio de defender a vida em tempo de crises. In: JOAZEIRO, Edna Maria Goulart (org.). **Atenção à saúde em tempo de pandemia da Covid-19**: contextos nacionais e internacionais. Teresina: EDUFPI, 2022. p. 131-164.

JOAZEIRO, Paulo Pinto. Produção de conhecimento científico e combate à pandemia. In: JOAZEIRO, Edna Maria Goulart (org.). **Atenção à saúde em tempo de pandemia da Covid-19**: contextos nacionais e internacionais. Teresina: EDUFPI, 2022. p. 47-67.

MERHY, Emerson Elias. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil**: Cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 108-137. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf. Acesso em: 27 abr. 2022.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, Emerson Elias *et al.* (Org) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde surpreendendo**: o instituído nas redes. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

MÉSZÁROS, István. **Para Além do Capital**. Campinas: EDUNICAMP; São Paulo: Boitempo, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec- ABRASCO, 1996.

POSSAS, Maria Cristina. **Epidemiologia e sociedade**: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1989. 271 p.

NETTO, José Paulo. Para a crítica da vida cotidiana. *In*: NETTO, José Paulo; CARVALHO, Maria do Carmo Brant (Org.). **Cotidiano**: conhecimento e crítica. 10. ed. São Paulo: Cortez, p. 63-93, 2012.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PIAUI. **Lei Complementar nº 87/ 2007**. Estabelece o Planejamento Participativo Territorial para o Desenvolvimento Sustentável do Estado do Piauí e dá outras providências. Disponível em: <http://legislacao.pi.gov.br/legislacao/default/ato/13144>. Acesso em: 20 jun. 2022.

PIRES, Roberto Rocha Coelho. Os Efeitos sobre grupos sociais e territórios vulnerabilizados das medidas de enfrentamento à crise sanitária da Covid-19: propostas para o aperfeiçoamento da ação pública. **Repositório do Conhecimento do Ipea**.

2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9839>. Acesso em: 17 set. 2021.

QGIS Development, 2024. **QGIS Geographic Informations System Open Source Geoespatial Foundation Projet**. Disponível em: <http://qgis.osgeo.org>.

RAICHELIS, Raquel; ARREGUI, Carola Carbajal. O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 140, p. 134-152, jan./abr. 2021. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/MVGcWc6sHCP9wFM5GHrpwQR/?format=pdf>. Acesso em: 27 nov. 2023.

SANTOS, Milton. O dinheiro e o território. *In*: SANTOS, Milton *et al.* **Território e territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. Rio de Janeiro: DP&A, p. 13-22. 2006.

SILVA, Romário Gonçalves. **Mapa dos Territórios de Desenvolvimento Sustentável do Piauí**. Usando: QGIS. Versão 3.28.4-Firenze. QGIS Geographic Informations System Open Source Geoespatial Foundation Projet, 2024.

SILVA, Romário Gonçalves. **Mapas de Distribuição dos casos de Covid-19 no Piauí em 2020 a 2022**. Usando: QGIS. Versão 3.28.4-Firenze. QGIS Geographic Informations System Open Source Geoespatial Foundation Projet, 2024.

SOUZA, Alex Sandro Rolland *et al.* Aspectos gerais da pandemia de Covid-19. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 21 (Supl. 1): S47-S64, fev., 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/8phGbzmbSsynCQRWjpXJL9m/?format=pdf&lang=pt>.

CHILE FRENTE A LA PANDEMIA POR COVID-19: CONTROL, PLANIFICACIÓN Y CULPABILIZACIÓN

*Sandra Elena Iturrieta Olivares
Clément Colin*

“En el mercado de Wuhan había animales infectados”

Con esta afirmación se comunicó en Chile el día 31 de diciembre del año 2019, la aparición en Wuhan (China) del primer brote de SARS-CoV-2 por Covid-19. “Los vendedores se infectaron primero y provocaron una cadena de infecciones entre los miembros de la comunidad en los alrededores” (Ciencia y Salud, 2022, s/p), fue la explicación inicial entregada en Chile al respecto. En plena alerta mundial por la presencia del virus en diversos países del mundo, el día 3 de marzo del año 2020 se identificó el primer caso de contagio por Covid-19 en el territorio nacional. Un hombre, médico de 33 años que *“estuvo de viaje durante un tiempo prolongado, casi un mes, en Singapur, Malasia, Indonesia, Maldivias, España y luego regresó a Chile”* (Director

Hospital de Talca, La Tercera, 2020). Así, murciélagos, pangolines y un médico viajero serían identificados como responsables de la presencia del Covid-19 en la sociedad chilena.

Desde ese momento y hasta hoy 18 de agosto de 2023, según cifras oficiales, de los 17.574.003 habitantes del territorio chileno¹ (INE, 2023), el número total de personas contagiadas por tal virus asciende a 5.398.072, de los cuales 52.715 han fallecido a causa de la enfermedad (Gobierno de Chile, 2023). La **tabla 1** siguiente muestra los datos oficiales desagregados según edad y sexo:

Tabla 1 – Casos confirmados oficiales según edad y sexo

Rango de edad (años)	Mujeres	Hombres
00-04	74523	82538
05-09	87165	93630
10-14	126289	126368
15-19	164244	140715
20-24	242002	203978
25-29	309436	270080
30-34	318372	284550
35-39	262297	235823
40-44	229947	201522
45-49	215368	185167
50-54	195995	165932
55-59	185684	159479
60-64	146145	128447
65-69	103651	90534
70-74	73431	63723
75-76	53826	45270
80 y más años	79177	52764
Total	2867552	2530520

Fuente: Elaboración propia según cifras oficiales, www.gob.cl, 2023

1 Conforme al último Censo de Población y Vivienda realizado en Chile en 2017.

En este contexto de aumento sostenido de casos de personas contagiadas por el virus el Gobierno chileno implementó una serie de medidas para hacer frente a la crisis sanitaria y económica que se avecinaba y que afectaría a un amplio sector de la población. Es bajo una lógica proteccionista y paternalista, que el Estado chileno ha expresado y asumido su más alto grado de autoritarismo, recordando los años más oscuros de la historia reciente del país. Legitimando la violación de derechos humanos básicos tales como la libertad de movimiento y la libertad de reunión, desde un discurso de defensa de un interés mayor, el Estado chileno ha progresivamente armado y consolidado durante la pandemia una lógica autoritaria basada en medidas y acciones establecidas desde una planificación y un control permanente de la población para su “resguardo”, su “protección” y su “seguridad”.

Todas estas acciones se generan en un contexto social convulsionado por las protestas sociales que se habían iniciado en 2011 y que desembocaron en octubre de 2019 en la revuelta social más multitudinaria acaecida en el país desde el retorno a la democracia pos dictadura cívico-militar, cuyo desenlace aún se mantiene abierto, tras la firma en Santiago de Chile el 15 de noviembre de 2019, del “Acuerdo Nacional por la Paz Social y la Nueva Constitución”, y el rechazo a la propuesta de una nueva Constitución producido el 4 de septiembre de 2022. En otras palabras, la pandemia se ha desarrollado en un contexto político tenso, superponiendo registros emocionales contradictorios en la población (Colin, 2021; Iturrieta, 2021).

¿Cómo explicar la legitimación de tales prácticas institucionalizadas? ¿Cómo comprender que la población aceptó someterse tan rápidamente a tales procedimientos y dispositivos de control y de violación de libertades individuales y colectivas a la base de la sociedad? En los escritos sobre pandemia en Chile,

se ha evidenciado cómo las políticas de restricciones se basaron en un gobierno del miedo acompañado y apoyado por prácticas y discursos que buscaban imposibilitar los actos de los sujetos. Sin embargo, esta literatura no se interesó en otro mecanismo y otro régimen emocional esencial para el buen funcionamiento del autoritarismo de Estado y de su poder represivo: la culpa y la culpabilización. La culpa y la culpabilización son omnipresentes desde el inicio hasta el final de la pandemia. Sostenemos que favorecieron la aceptación, la sumisión y la defensa por gran parte de la ciudadanía de reglas y normas represivas que van en contra de los derechos humanos esenciales tales como el derecho de libre circulación y el derecho de reunión.

La culpa como herramienta de control

La culpa es un concepto polisémico que abarca distintas significaciones asociadas a campos diferentes tales como lo ético, lo jurídico, lo moral y lo existencial (Aguilar-Gordón; Batallas-Almeida, 2021). Ha sido abordado y cuestionado desde distintos enfoques filosóficos por autores tales como Nietzsche, Heidegger, Jaspers y Ricoeur, que mostraron su relevancia para pensar el sujeto, la responsabilidad, la trascendencia y la autenticidad de la existencia y del ser. Llamado o condición de la conciencia y del ser o deuda estructurante de las relaciones desiguales de poder entre grupos humanos, la culpa está así presentada como un elemento esencial para comprender las decisiones de acción y las formas de pensar estas mismas acciones.

En la literatura, se aborda el sentimiento de culpa muchas veces desde sus efectos en términos de toma de conciencia de la responsabilidad moral que implica una acción. Es así que Jaspers (1998) definiendo las diferentes formas sociales y políticas que

puede tomar la culpa, se centra en la culpa moral, la cual nos convoca en este capítulo. El autor muestra cómo la culpa se vincula estrechamente con la idea de responsabilidad moral en los actos y las acciones individuales y colectivas que realizamos. Se basa entonces en la construcción de una conciencia moral vinculada con lo que se podría considerar como lo bueno y lo malo. Es así que para autores como Castilla del Pino (1973), el problema de la culpa remite al de la responsabilidad por decisión o no decisión de reparar o subsanar las consecuencias juzgadas inmorales de su propia decisión.

En suma, la culpa es una emoción moral provocada por situaciones juzgadas como malas por sus consecuencias morales y los daños que genera a otra persona u otro grupo. En este sentido, la abordamos, como otras emociones (Nausbaum, 2008), como una construcción social y política, en tanto que tiene que ver con procesos dinámicos que cambian en sus formas y expresiones según los contextos sociales, políticos y culturales. Es así que la culpabilización puede ser una herramienta poderosa del autoritarismo de Estado dado que permite a esta institución designar a personas o grupos como responsables de una situación de daño y por lo tanto, obligarles a asumir las consecuencias de esta misma responsabilidad. En este sentido, tanto en el derecho penal como en el discurso político-mediático, culpabilizar permite justificar la pena o el juicio asociado con el acto que podría conducir a la situación que genera daños a personas o grupos. En este marco, la culpa o la pena es proporcional al tipo de delito o de acción dañina y al nivel de responsabilidad (Brink, 2019).

A partir de esta definición, nos interesa mostrar cómo el régimen emocional de la culpa se ha ido estableciendo progresivamente como una base necesaria a la implementación de las medidas, de las normas y de las reglas sanitarias durante 2020

y 2021 en Chile. Para eso, abordaremos los distintos momentos en los cuales se desarrolló esta pandemia y se desplegaron estos mecanismos y dispositivos de control y de culpabilización.

La instauración de un régimen autoritario planificado

El primer indicio de alerta por el acecho del Covid-19 en el país fue el día 23 de enero de 2020, cuando el Gobierno de la época a través de su ministro de salud anunció *“las medidas preventivas para hacer frente a un brote de una nueva enfermedad respiratoria producida por el coronavirus 2019-nCoV, luego de la altera declarada por la OMS”* (MINSAL, 2022, p. 17). A partir de esta fecha y hasta el 18 de marzo de 2020 y la instauración del Estado de Excepción Constitucional de Catástrofe por Calamidad Pública en todo el país, el Gobierno se centró en establecer medidas de anticipación de la potencial llegada del riesgo Covid-19 en el territorio chileno. La **tabla 2** presenta algunas de estas medidas y acciones preventivas.

El día 13 de marzo de 2020, el presidente de la época en medio de su discurso, transmitido por la totalidad de los canales de televisión abierta del país, sostiene que: “Sabemos que hasta el momento no existen vacunas ni tratamientos para esta enfermedad, por lo que las medidas de control de salud pública y aislamiento de los enfermos son los mejores instrumentos para manejar esta epidemia.” (Expresidente Piñera, 13 de marzo de 2020). En consecuencia, el 14 de marzo “se instruye la exigencia de un pasaporte sanitario en todos los puertos de entrada al país” (MINSAL, 2022, p. 31). Al día siguiente autoridades de gobierno anuncian la suspensión de las clases presenciales en todo el territorio nacional (MINSAL, 2022). Dos días después, el presidente de la época comunica “el cierre de fronteras terrestres, marítimas y aéreas a partir del 18 de marzo” (MINSAL, 2022, p. 33).

Tabla 2 – Medidas de anticipación en Chile

Fecha	Medidas
28 de enero de 2020	El Gobierno presenta un plan de acción por coronavirus. Se crea un comité de crisis y se disponen medidas para regular el ingreso de personas a Chile teniendo, en los últimos 14 días, un aeropuerto en China como punto de origen (MINSAL, 2022).
Fines de enero de 2020	El ministro de salud se “reúne con directores de los 29 Servicios de Salud del país y asociaciones de municipios para coordinar acciones ante posibles casos de nuevo coronavirus (2019-nCov) en Chile” (MINSAL, 2022, p. 17). Mientras que, “representantes de los organismos públicos con jurisdicción sobre los puntos de entrada terrestres, marítimos y aéreos, y el Ministerio de Salud coordinan acciones para potenciar la vigilancia.” (MINSAL, 2022, p. 17)
1 de febrero de 2020	Durante el periodo estival de vacaciones, la “autoridad de salud se reúne con el director de Sanidad del Ejército para coordinar acciones frente a eventuales casos de nuevo coronavirus en el país” (MINSAL, 2022, p. 17)
5 de febrero de 2020	El ministro de salud “decreta alerta sanitaria en todo el país para enfrentar la amenaza a la salud pública producida por la propagación a nivel mundial del “nuevo coronavirus 2019 (2019-nCoV)” (MINSAL, 2022, p. 21), con ello se aumentan las atribuciones de tal ministerio para contratar personal adicional, adquirir insumos de modo directo y dictar medidas que la población debe acatar.
11 de febrero de 2020	Chile adopta el nombre de COVID-19 para la enfermedad según lo anunció la OMS ese día.
17 de febrero de 2020	La noción de “sospecha” se instala en el país con la implementación de un “dispositivo de seguridad sanitaria en el aeropuerto internacional de Santiago para la detección temprana de casos sospechosos mediante la evaluación de síntomas para personas provenientes de Asia” (MINSAL, 2022, p. 23).
28 de febrero de 2020	Se informa que se ha asignado un código FONASA (Fondo Nacional de Salud) al examen de detección del virus SARS-CoV-2. Con esta medida el Estado chileno permite que el sistema de salud público y el privado puedan aplicar los precios de copago por salud, diferenciados conforme a los distintos estratos socioeconómicos de quienes pertenecen a uno u otro de los sistemas de prevención en salud.
02 de marzo de 2020	Las autoridades sanitarias informan que desde ese día rige la Declaración Jurada Obligatoria para viajeros sobre el historial de viaje y su estado de salud.
03 de marzo de 2020	Las autoridades sanitarias confirman el primer caso de Covid-19 en Chile.
13 de marzo de 2020	El presidente de la época anuncia al país las medidas que se tomarán en relación con el Covid-19 en Chile, enfatizando en seis áreas prioritarias: educación, salud, eventos masivos, control fronterizo, abastecimiento y transporte.

Fuente: minsal.cl. Elaboración propia, 2023.

El día 13 de marzo de 2020, el presidente de la época en medio de su discurso, transmitido por la totalidad de los canales de televisión abierta del país, sostiene que: *“Sabemos que hasta el momento no existen vacunas ni tratamientos para esta enfermedad, por lo que las medidas de control de salud pública y aislamiento de los enfermos son los mejores instrumentos para manejar esta epidemia.”* (Expresidente Piñera, 13 de marzo de 2020). En consecuencia, el 14 de marzo *“se instruye la exigencia de un pasaporte sanitario en todos los puertos de entrada al país”* (MINSAL, 2022, p. 31). Al día siguiente autoridades de gobierno anuncian la suspensión de las clases presenciales en todo el territorio nacional (MINSAL, 2022). Dos días después, el presidente de la época comunica *“el cierre de fronteras terrestres, marítimas y aéreas a partir del 18 de marzo”* (MINSAL, 2022, p. 33).

Ese mismo 18 de marzo el Ministerio de Salud realiza campaña masiva de prevención de síntomas y para respetar cuarentenas con el eslogan *“Hazlo por ti, hazlo por todos”* (MINSAL, 2022, p. 26) y día el *“Gobierno declara Estado de Excepción Constitucional de Catástrofe por Calamidad Pública en todo el país”* (MINSAL, 2020, p. 33). Según la actual Constitución Política de la República de Chile, que rige al país desde el 11 de marzo de 1981, esta medida excepcional puede ser declarado por quien preside la nación, mediante un decreto supremo firmado por las o los ministros de Interior y Defensa:

Transcurridos 180 días desde su declaración – sin embargo, el Presidente ha señalado en este caso que son 90 días – el Congreso Nacional tiene la facultad de dejarla sin efecto, si es que las razones que la motivaron hubieran cesado en forma absoluta. El Presidente de la República, con acuerdo del Congreso Nacional, puede declarar el estado de catástrofe por más de un año. En cuanto a su tramitación, se establece que el Congreso sólo puede aceptar o rechazar la proposición, sin hacer modificaciones a la misma. (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2020, s/p)

Los pasajes más oscuros de la historia política del país son rememorados cuando ese 18 de marzo de 2020, el expresidente Sebastián Piñera en su rol de presidente de la República nombra como jefes de la Defensa Nacional a 16 miembros de las fuerzas armadas, uno por cada una de las 16 Regiones en que se subdivide administrativamente el país, cuyas atribuciones son resguardar el orden público y la infraestructura crítica para enfrentar la pandemia por Covid-19. La Constitución Política del país, escrita durante la dictadura del General Pinochet, otorga atribuciones a cada uno de estos jefes de la Defensa Nacional consistentes en:

Asumir el mando de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública que se encuentren en la zona. Controlar la entrada y salida de la zona y el tránsito en ella. Dictar medidas para la protección de las obras de arte y de los servicios de utilidad pública, centros mineros, industriales y otros. Ordenar el acopio, almacenamiento o formación de reservas de alimentos, artículos y mercancías que se precisen para la atención y subsistencia de la población en la zona y controlar la entrada y salida de tales bienes. Determinar la distribución o utilización gratuita u onerosa de los bienes referidos para el mantenimiento y subsistencia de la población de la zona afectada. Establecer condiciones para la celebración de reuniones en lugares de uso público. Impartir directamente instrucciones a todos los funcionarios del Estado, de sus empresas o de las municipalidades que se encuentren en la zona, con el exclusivo propósito de subsanar los efectos de la calamidad pública. Difundir por los medios de comunicación social las informaciones necesarias para dar tranquilidad a la población; y dictar las directrices e instrucciones necesarias para el mantenimiento del orden en la zona (Biblioteca del Congreso Nacional, 2020, s/p).

La noticia sobre la invocación a tal excepción Constitucional trascendió a otros países, como por ejemplo a España. Uno de los periódicos de circulación masiva de ese país refleja claramente el estado de ánimo en general de la población residente en Chile en esos momentos:

Piñera saca el Ejército a la calle para controlar las restricciones por el coronavirus en Chile. Los militares asegurarán la distribución de alimentos, aplicarán eventuales toques de queda y controlarán el tránsito de personas (El País, 18 de marzo de 2020).

El mandatario anunció el Estado de Excepción Constitucional mediante cadena nacional transmitida por todos los canales de la televisión abierta del país. Termina su declaración diciendo:

Queridos compatriotas en estos tiempos de crisis en que está en juego la salud y la vida de los chilenos, estoy seguro de que todos compartimos que deben ser tiempos que requieren unidad y no división; liderazgo y no dispersión; colaboración y no enfrentamiento; responsabilidad en la toma de decisiones y no improvisaciones sin análisis; generosidad y no egoísmos; tranquilidad y disciplina de todos nosotros los compatriotas, para poder enfrentar en buena forma esta pandemia. Cuidemos nuestra salud y también cuidemos la salud de los demás, y muy especialmente la de nuestros adultos mayores y enfermos crónicos que son los grupos más vulnerables y que más protección requieren. Como un país solidario, llamo a todos mis compatriotas a que en estos tiempos difíciles nos cuidemos entre todos (Expresidente Piñera, 18 de marzo de 2020).

Mientras las ideas de unidad, colaboración, responsabilidad, generosidad, no egoísmos, y disciplina, resuenan en las subjetividades de muchas personas en el país como base de la culpa por contagiar a otras personas, y más aún, a aquellas más vulnerables ante el virus, el 22 de marzo de 2020 el “Gobierno anuncia toque de queda para todo el territorio nacional a partir de las 22:00 hasta las 5:00 horas” (MINSAL, 2022, p. 35) y el 25 de marzo decretó las primeras cuarentenas totales en siete comunas de la Región Metropolitana de Santiago (MINSAL, 2022). En tanto que en abril de 2020 se implementan las aduanas sanitarias en los terminales de buses de todo el país y se decreta cuarentena obligatoria para las personas mayores de 75 años. Ese mismo mes se extendieron las cuarentenas a todo el país y comenzaron a regir permisos de desplazamiento temporal tanto individuales como colectivos (MINSAL, 2022).

La emergencia de la culpabilización como herramienta poderosa

A partir de estas primeras medidas y durante toda la pandemia, los discursos oficiales y mediáticos hegemónicos estaban principalmente centrados en la culpa, el miedo, la amenaza, funcionando como la base de un régimen emocional (Reddy, 1997) controlador y reductor de libertades. Es bajo esta lógica que el 16 de abril de 2020 se instruye el uso obligatorio de mascarilla en el transporte público y en lugares cerrados, y el 03 de mayo de 2020 la autoridad sanitaria “advierte mayor fiscalización y duras sanciones ante incumplimiento de medidas sanitarias preventivas por el virus” (MINSAL, 2022, p. 51).

La culpa, el miedo y la amenaza también se plasman en las acciones del poder legislativo chileno cuando durante el mes de junio de 2020, con más de ocho mil personas detenidas en el país por incumplir las cuarentenas o el toque de queda, el Congreso de la República aprueba una ley para modificar el Código Penal de modo de sancionar la inobservancia del aislamiento u otra medida preventiva dispuesta por la autoridad sanitaria en caso de epidemia o pandemia. “En lo fundamental, se aumentó la pena hasta 3 años de cárcel para los que incumplan las medidas sanitarias y se aprobó una multa de hasta 200 UTM. El juez podrá optar por una u otra sanción” (Senado, 2020, s/p). De modo que en la administración de los efectos de la pandemia en el país prima lo punitivo por sobre lo cultural o educativo. Al respecto el contraalmirante de la marina nacional y jefe de la defensa nacional, designado por el presidente de la República para Valparaíso, declara públicamente:

[...] quiero reiterar que quienes incumplen sin justificación el Toque de Queda, están cometiendo una tremenda irresponsabilidad, el espíritu es evitar la circulación de las personas dentro de la Región entre las 22:00 y las 05:00 horas; la restricción de la movilidad de las personas no es un capricho, es una restricción que está pensada para evitar los contagios y por

lo tanto, quienes infringen la norma lo que están haciendo es no solo poner en riesgo su salud, sino que también la de otra persona que no lo merece. Vamos a continuar siendo muy estrictos en el control del Toque de Queda, por lo que les pido no arriesgarse a sanciones (Armada de Chile, 2020, s/p).

Nuevamente las ideas de irresponsabilidad y de culpa se deslizan en el discurso de la autoridad hacia las subjetividades de la población, en que habría merecedores y no merecedores de recibir el virus en sus cuerpos. La aparición de las fuerzas armadas por la televisión abierta proclamando sanciones y castigos por incumplir lo que se le mandata, una vez más hace recordar los tiempos más oscuros de la dictadura cívico-militar chilena, por tanto, el miedo y la culpa continúan emergiendo como ejes movilizadores de la gestión de la pandemia en Chile.

La generación y la aplicación de una política del cuidado opresora y orientada solamente hacia la protección de la salud física y corporal de las personas, ha conducido al gobierno chileno a integrar a partir del 01 de junio de 2020, el problema de salud mental provocado por sus propias medidas en sus políticas paliativas, a través del programa “Saludablemente” (Pincheira, 2021). Mientras que el 17 de junio de 2020 el gobierno anunciaba que los permisos individuales de desplazamiento temporal se reducen de cinco a dos a la semana (MINSAL, 2022), con una duración de 30 minutos a dos horas según sea la actividad que se requiera desarrollar. En el caso de la necesidad de asistir a funerales de familiares directos el tiempo se extiende a cinco horas (Plan de acción Coronavirus, julio de 2020).

En este marco, la culpabilización hacia las personas que supuestamente serían responsables de la propagación del virus partió con la implementación de las primeras medidas sanitarias. Es así que, durante el acto presidencial del 18 de junio de 2020, el expresidente Sebastián Piñera argumenta que:

La inmensa mayoría de los chilenos cumple responsablemente con las medidas preventivas y con el respeto a las cuarentenas. Pero existe un importante grupo de personas muy irresponsables, muy egoístas que no cumplen con las medidas de la cuarentena, que no solamente ponen en riesgo su propia salud, también ponen en riesgo la salud y la vida de todos los demás. Y ésta es una situación que simplemente no podemos tolerar (Expresidente Piñera, 18 de junio de 2020).

La retórica de la puesta en peligro de otras y otros, ha sido el *leitmotiv* principal del discurso oficial durante toda la pandemia. Más que un argumento para influir en las decisiones individuales de protegerse frente al virus, este discurso culpabiliza a las personas que no respetan las medidas por propagar el Covid-19 entre sus cercanas y cercanos. Una vez más, el uso de los calificativos “irresponsables” o “egoístas” vienen a apoyar y reforzar el proceso de culpabilización y estigmatización de estas personas, evidenciando que existiría una parte de la población buena y altruista, y otra parte mala e indisciplinada, que serían una especie de vectores de difusión del mal encarnado en el virus.

Esta retórica es difundida también por los medios de comunicación quienes llegan a culpabilizar al conjunto de las y los habitantes de Chile, argumentando que se “portan mal” en comparación con quienes habitan otros países en el mundo. Es así que el canal de televisión abierta, T13, de propiedad de una de las familias de la derecha económica más influyente en el país, el 25 de mayo de 2020 incluye como noticia nacional que según un “Estudio: Chile es uno de los países que menos cumple con las medidas sanitarias por COVID-19” (T13, 25 de mayo de 2020). A su vez, el periódico de circulación masiva, La Tercera, del 27 de mayo titula un artículo “¿Por qué nos cuesta respetar las

2 Fuente: <https://prensa.presidencia.cl/comunicado.aspx?id=152636>

reglas?”, mostrando resultados de una encuesta de Plaza Pública³ que estipula que “57% de los chilenos cree que la principal causa del aumento de contagios por Covid-19 se debe a que la gente no respeta las medidas sanitarias impuestas por la autoridad” (La Tercera, 27 de mayo de 2020).

Al inicio de la pandemia, el discurso de la culpa se ha difundido en la sociedad chilena según diferentes formas y a distintas escalas. A escala interindividual, la culpabilización se ha impregnado en las conversaciones cotidianas entre amigos y amigos, vecinas y vecinos, y entre familiares. En la casa, se mira con inquietud y a veces miedo el o la familiar que tiene que salir a trabajar. Se les pide tomar muchas medidas en el camino y al momento de regresar y entrar al hogar. Se mira con desprecio a vecinas y vecinos que invitan a amigos o familiares a casa y se rompen las relaciones vecinales si se juzga que un vecino o una vecina no respeta suficientemente las restricciones sanitarias. Aquí, la culpabilización se basa en el miedo, a veces en frustración y en ocasiones en suerte de envidia por no poder actuar como otras personas que no respetan totalmente las medidas. La idea de “hay que portarse bien” es omnipresente en los discursos y las prácticas cotidianas. Como en el caso del VIH en una cierta época, se difunde la idea que si una persona tiene Covid-19 es porque no ha respetado las medidas y “se ha portado mal”.

Esta realidad cotidiana plasma el discurso político y mediático hegemónico difundido en la televisión nacional y en redes sociales. Mientras el reporte semanal del ministerio de salud juega en un momento un papel importante en la difusión de esta forma de entender el rol de Estado como productor de culpa moral hacia su ciudadanía, eventos mediáticos tales como

3 Plaza Pública es una plataforma de encuestas semanales que mide la opinión pública en el país. Para más detalles ver: <https://cadem.cl/plaza-publica/>

fiestas clandestinas o control y detención de personas durante la cuarentena puntualizan las jornadas pandémicas y llamaban la atención de la ciudadanía que encontraba responsables en esta crisis sanitaria.

La institucionalización del Estado de excepción

El 19 de julio de 2020 el presidente de la República presenta y pone en marcha el “Plan Paso a Paso nos Cuidamos”, que define las actividades permitidas según tres fases: de bajo impacto sanitario, medio impacto sanitario y alto impacto sanitario (MINSAL, 2020).

La pandemia ha sido un periodo de pruebas y testeos para el gobierno que buscó adaptarse de forma permanente a los cambios en los niveles de contagio en el país. Progresivamente, se ha ido inventando distintas herramientas para controlar la población y sus movimientos a escala tanto comunal, regional y nacional. Durante mayor parte de la pandemia, la estrategia del gobierno se basó en la instauración e imposición de un plan llamado “paso a paso nos cuidamos” y luego pasó a ser denominado “paso a paso seguimos cuidándonos”. Ambos planes compuestos de distintas etapas diferenciadas en relación a los deberes y derechos de los habitantes que se aplicaban a escala comunal. Mientras la fase 1 era sinónimo de cuarentena total con imposibilidad de salir libremente de su hogar y menos de reunirse con otras personas. Las otras cuatro fases del segundo plan (de transición a apertura total) imponían reglas y normas más o menos estrictas en términos de salidas desde el hogar, libertad de reunión y aforos en lugares cerrados o abiertos.

Este sistema, permitía una cierta flexibilidad y cambiaba regularmente al momento del reporte semanal. Sin embargo, podría conducir a ciertas confusiones en su aplicación dado que

dos comunas limítrofes podían encontrarse en fases diferentes y no con las mismas reglas y obligaciones. Es lo que pasó en varias ocasiones en la conurbación de Valparaíso o de Concepción en las cuales las redes de servicios y las prácticas cotidianas normalmente no tomaban en cuenta las fronteras comunales. Por otra parte, existen localidades ubicadas entre dos comunas, como en la región de Valparaíso, la localidad de Tunquén ubicada entre una comuna costera – Algarrobo – y una comuna agrícola – Casablanca, y que no estuvieron muchas veces en las mismas fases por no tener las mismas realidades de contagio.

En paralelo de estas medidas de control, se instauró un plan de emergencia económica. La pandemia por Covid-19 y las medidas de control sociosanitario, tuvieron implicaciones económicas, impidiendo a numerosas personas el acceso a un trabajo (formal y/o informal), y significando el cierre de muchas actividades en el país. Es en este marco que el expresidente y su ministro de hacienda, anunciaron el 19 de marzo de 2020 un plan de emergencia económica para proteger a los ingresos laborales y las pequeñas y medianas empresas afectadas por la pandemia. Dentro de las medidas presentes en este plan, se puede destacar el “Bono de Emergencia COVID-19” para ayudar económicamente a los sectores más vulnerables del país mediante el pago de US\$58.50 por carga familiar. Los bonos fueron entregados a partir de abril de 2020 y se extendieron hasta abril de 2021. Además, se extendió y aumentó el Ingreso Familiar de Emergencia destinado a hogares con ingresos informales o formales insuficientes que se han visto afectados por la crisis sanitaria y económica provocada por la pandemia.

Para complementar estas medidas, el 22 de mayo de 2020, se dio inicio al plan “Alimentos para Chile” cuya primera campaña terminó el 4 de julio del mismo año en Santiago, para luego extenderse a todo el país. Este plan consistió en la entrega de un

total de 5,6 millones de cajas alimentarias en todo Chile para subvenir a las necesidades de las familias más vulnerables. Para el ex mandatario de la República argumentó que *“Es un esfuerzo de organización, logística, producción y distribución, de proporciones gigantescas nunca antes conocidas en Chile”*⁴ (Expresidente Piñera, 22 de mayo de 2020).

Por otra parte, el 31 de julio de 2020, el expresidente anunció la creación de un “Bono Clase Media” para proteger personas consideradas como de estrato medio con una ayuda que podía ir hasta US\$585 según los ingresos y la situación económica de las personas.

Así, el cariz subsidiario del Estado chileno se evidencia en la constitución de una Red de Protección Social, que incluye el Ingreso Familiar de Emergencia; Bono COVID; Ley de Protección del Trabajo; Fortalecimiento del Seguro de Desempleo; Canastas de Alimentos y Bono COVID Navidad, todas ellas acciones de asistencia social que no llevaron aparejadas en ningunas de las fases de la pandemia acciones de promoción social.

Por otra parte, en abril de 2021 el poder legislativo chileno aprobó otras medidas de índole económica para ser implementadas excepcionalmente durante este periodo. Entre las más controversiales se puede mencionar los tres “retiros desde las AFP”. Las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) constituyen entes privados que administran la capitalización individual que cada persona que trabaja legalmente en Chile debe hacer a lo largo de su vida laboral, para cubrir su futura pensión por vejez. Este pago debe ser hecho por la o el empleador y corresponde al descuento del 10% del sueldo bruto mensual de la o el trabajador. De modo que si bien este dinero es de propiedad de la o el trabajador es administrado por estas entidades privadas y no

4 Fuente: <https://prensa.presidencia.cl/comunicado.aspx?id=151628>

puede ser retirado voluntariamente por sus dueños o dueñas. De allí la gran polémica que generaron estas medidas que involucran el ahorro para la vejez a su vez que la propiedad de los fondos y la imposibilidad de sus propietarios de disponer libremente de ellos. Tras intensos y acalorados debates tanto en el Congreso de la República, como en la opinión pública nacional, los proyectos de ley fueron aprobados y el primer retiro rigió desde el 30 de julio de 2020; el segundo desde el 10 de diciembre de 2020, y el tercero, desde el 28 de abril de 2021. Cada uno de estos retiros podía ser equivalente como máximo al 10% del monto ahorrado con un tope máximo de US\$ 5.400, lo que debía ser solicitado en un plazo no mayor de un año desde la promulgación de cada una de las leyes correspondientes (Chile Atiende, 2023). Esta medida fue ampliamente criticada por representar una solución privada e individual frente a un problema público y colectivo.

Nuevamente apareció la culpabilización en la sociedad chilena, una parte de la opinión pública sentenciaba a quienes habían hecho efectivo los retiros de las APF, atribuyéndoles la responsabilidad de contribuir a la inflación económica que se avecinaba en el país producto de la contracción económica mundial. Otra parte de la ciudadanía observa con recelo a quienes no habían sido lo bastante previsores y no contaban con suficiente capitalización individual para hacer efectivo el retiro de dinero. Otro sector de la población culpaba a quienes había retirado del dinero para “malgastarlo” en bienes suntuarios no relacionados con la pobreza en pandemia, mientras que también se culpaba a otro sector de la población por aprovecharse del contexto de pandemia para, por motivos ideológicos, querer desestabilizar el sistema de AFP en Chile. Queda en evidencia entonces la internalización del régimen de culpabilización con el que fue gestionada la pandemia en Chile.

La consolidación del discurso de la culpa

El discurso de la culpa se ha ido consolidando con la instauración del plan “paso a paso”, vinculándola con otros registros emocionales capaces de encontrar un eco en la población chilena. Se revela en el discurso del exministro del Interior y Seguridad Pública, Rodrigo Delgado, cuando en un reporte del 19 de enero de 2021, se refiere al aumento de fiestas clandestinas y por lo tanto a las personas que no respetan el conjunto de las medidas sanitarias impuestas:

Me da la impresión de que estamos en presencia de personas que no tienen conciencia del sufrimiento que genera esta enfermedad. Por lo tanto, si no van a contribuir a detener la enfermedad, que no contribuyan a extender la enfermedad. Y creo que esa conciencia hay que tomarla. Justamente que estas personas visualicen aquello. Visualicen el sufrimiento que genera esta enfermedad, que puedan estar en contacto con familias que han perdido un ser querido o con familias que tienen a alguien complicado el punto de vista de salud⁵ (Exministro Rodrigo Delgado, 19 de enero de 2021).

Esta culpabilización de las personas no respetando las medidas se contraponen así a la valorización de las personas que participaron en la protección y la asistencia a poblaciones vulnerables frente a la enfermedad. En los discursos, esta categoría abarca desde el mundo medicinal hasta las personas que sí respetan las reglas y normas sanitarias. Es así que frente a los “irresponsables” y los “malos”, el exmandatario a la Presidencia de la República caracteriza las personas “buenas” cuando dice el 27 de marzo de 2021 que:

5 Fuente: <https://www.interior.gob.cl/noticias/2021/01/19/fiestas-clandestinas-carabineros-ha-detenido-2-541-personas-a-lo-largo-del-pais-durante-la-pandemia/>

[...] *de todos quienes han entregado lo mejor de sí mismos para proteger a los demás, incluso a personas que ni siquiera conocían. Cuando se escriba la historia de esta pandemia podremos reconocer en plenitud la calidad del alma del pueblo chileno y el invaluable aporte de tantos héroes anónimos*⁶ (Expresidente Piñera, 27 de marzo de 2021).

Esta línea entre “buenos” y “responsables” por un lado, y “malos” e “irresponsables” por otro lado, ha ido progresivamente cambiando en relación con el contexto sociosanitario. Poco a poco esta culpabilización se ha dirigido no solamente hacia las personas que no respetan las medidas sanitarias sino también hacia las personas que no quieren o tienen dudas acerca de la vacunación, cuando llegaron las primeras dosis de vacuna china Sinovac y los primeros llamados “pases de movilidad” en enero de 2021.

La planificación de las campañas de vacunación

Dentro de las múltiples medidas de control tanto de la expansión del virus, como de la movilidad de la población, destaca en énfasis que el Gobierno de la época puso en la inoculación de la población habitante del territorio nacional. Así el 24 de diciembre de 2020, se inicia en el país la campaña de vacunación contra el Covid-19. Se parte priorizando al personal de salud de primera línea, para luego continuar con quienes viven con enfermedades crónicas, y con las personas adultas mayores, para luego seguir con la vacunación de la población general por tramos de edad.

El 21 de enero del mismo año el presidente de la República de la época por cadena nacional la televisión abierta informa oficialmente el plan nacional de vacunación contra el Covid-19,

6 Fuente: <https://www.gob.cl/noticias/reporte-covid-19-presidente-sebastian-pinera-refuerza-llamado-respetar-las-medidas-sanitarias-ante-el-aumento-de-contagios/>

argumentando que “En Chile la vacuna será voluntaria y gratuita para todos” (Anuncio presidencial 16, diciembre de 2020). La vacunación se inicia con dos millones de dosis llegadas al país a fines de enero de ese año, dando inicio a la inoculación masiva en febrero de 2020.

A lo largo del desarrollo de la pandemia, Chile importa múltiples cargamentos de vacunas y de ventiladores mecánicos con los que se habilita a los recintos hospitalarios públicos y privados del país. Estas instituciones son obligadas por ley a actuar mancomunadamente en los casos de atención de casos que requieran internación, no obstante, la campaña de vacunación se mantiene en manos de lo público, aun cuando la fabricación de las vacunas permanece en el ámbito de lo privado. Así, el 23 de julio de 2021, *autoridades de gobierno y ejecutivos de Laboratorio Sinovac visitan terreno para instalar planta de fabricación de vacunas en la Región de Antofagasta* (MINSAL, 2022, p. 149), situada en la zona norte del país con una actividad económica centrada en la minería extractiva de alto rendimiento.

El 7 de enero de 2022 “el ministerio de salud informa que más de 14 millones de personas han completado su esquema de vacunación” (MINSAL, 2022, p. 227). Es decir que les han sido administradas cuatro dosis de la vacuna, o han recibido una monodosis en el caso de habitantes de zonas alejadas de los centros urbanos. De tal modo, Chile se convierte en el primer país de la OCDE en superar las 200 dosis administradas por cada cien habitantes (MINSAL, 2022) habiendo inoculado a las personas mayores de tres años habitantes del territorio nacional. No obstante, la promesa de que “En Chile la vacuna será voluntaria” queda en entredicho toda vez que a partir del 25 de octubre de 2021 se exigió el pase de movilidad para que todas las personas mayores de 12 años pudieran desarrollar múltiples actividades de la

vida cotidiana, tales como el ingreso a algunos lugares de trabajo, y a la totalidad de los espacios recreativos, y recintos cerrados y abiertos de concurrencia masiva. Dicho pase de movilidad sólo fue otorgado en la medida que cada quien hubiera cumplido con su esquema de vacunación completo, según su rango etario y el avance del plan de vacunación nacional que veladamente se transformó en pseudo voluntario.

La extensión de la culpa a los “no vacunados”

Frente a las dudas o el rechazo de algunas y algunos habitantes, el mundo medicinal se ha movilizado para llamar a la vacunación en los medios de comunicación, participando a su vez en la reproducción de este discurso de la culpa. Recibiendo el primer encargo de vacunas contra el Covid-19, entregado por la empresa COVAX el 23 de abril de 2021, el representante de UNICEF en Chile, Paolo Mafalopulos, presente en este evento político y mediático mayor, argumenta que:

Esperamos que los adultos, de acuerdo al calendario definido por el Ministerio de Salud, se vacunen para que los niños, niñas y adolescentes puedan retomar sus actividades cotidianas previas a la pandemia como ir al colegio, al jardín infantil o a la plaza y puedan jugar con sus amigos, visitar a sus abuelos y familiares⁷ (Paolo Mafalopulos, 23 de abril de 2021).

De nuevo, aquellas personas reticentes se vieron caracterizadas de individualistas, que no tendrían el sentido de lo colectivo o de “irresponsables” frente al aumento del contagio. El discurso moralizante producido por científicos muestra así un cierto menosprecio por las personas que legítimamente se

7 Fuente: <https://www.minsal.cl/chile-recibe-primer-cargamento-de-vacunas-contra-el-covid-19-a-traves-de-covax/>

preguntan por los efectos y la necesidad de tal programa de vacunación. Es así que en una entrevista publicada en radio. uchile.cl con Fernando Lolas, experto en bioética y director del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética de la Universidad de Chile, el 30 de diciembre de 2021, se argumenta que:

[...] el robustecimiento de las restricciones, así como el acento que ponen los estados respecto a la vacuna ha venido de la mano de la resistencia de quienes esgrimen el derecho a decidir sobre sus propios cuerpos, rechazando la inoculación lo que suscita un cuestionamiento ético sobre cómo debe proceder la autoridad bajo este dilema (Fernando Lolas, 30 de diciembre de 2021).

Frente a esta situación, Fernando Lolas, explica que:

El argumento de la autonomía es un argumento complejo porque la gente entiende por autonomía una especie de libertad o libertinaje para hacer lo que se le ocurra, en cambio la autonomía clásica que nosotros reconocemos, que no siempre es la autonomía práctica y empírica que vemos todos los días es que uno tiene una especie de libertad pero para hacer lo que sea razonable y por lo tanto el argumento de la autonomía, del yo puedo hacer con mi cuerpo lo que se me antoja es un argumento que puede ser mal usado cuando se trata de proteger la salud total de la población (Fernando Lolas, 30 de diciembre de 2021).

De nuevo, aquellas personas reticentes se vieron caracterizadas de individualistas, que no tendrían el sentido de lo colectivo o de “irresponsables” frente al aumento del contagio. El discurso moralizante producido por científicos muestra así un cierto menosprecio por las personas que legítimamente se preguntan por los efectos y la necesidad de tal programa de vacunación. Es así que en una entrevista publicada en radio. uchile.cl con Fernando Lolas, experto en bioética y director del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética de la Universidad de Chile, el 30 de diciembre de 2021, se argumenta que:

[...] el robustecimiento de las restricciones, así como el acento que ponen los estados respecto a la vacuna ha venido de la mano de la resistencia de quienes esgrimen el derecho a decidir sobre sus propios cuerpos, rechazando la inoculación lo que suscita un cuestionamiento ético sobre cómo debe proceder la autoridad bajo este dilema ⁸ (Fernando Lolas, 30 de diciembre de 2021).

Frente a esta situación, Fernando Lolas, explica que:

El argumento de la autonomía es un argumento complejo porque la gente entiende por autonomía una especie de libertad o libertinaje para hacer lo que se le ocurra, en cambio la autonomía clásica que nosotros reconocemos, que no siempre es la autonomía práctica y empírica que vemos todos los días es que uno tiene una especie de libertad pero para hacer lo que sea razonable y por lo tanto el argumento de la autonomía, del yo puedo hacer con mi cuerpo lo que se me antoja es un argumento que puede ser mal usado cuando se trata de proteger la salud total de la población ⁹ (Fernando Lolas, 30 de diciembre de 2021).

De nuevo, los argumentos para acceder a la vacunación se basan en una culpabilización de las personas que cuestionan estos procesos tanto en sus formas como en su fondo. La culpa asociada con estas personas vendría de su supuesto egoísmo y de su falta de sentido colectivo. En este sentido, el discurso culpabilizante busca mostrar que comparten un mal entendimiento de la libertad y de la autonomía del cuerpo, una autonomía que debería disminuirse frente al imperativo colectivo y la norma impuesta.

8 Fuente: <https://radio.uchile.cl/2021/12/30/experto-en-bioetica-y-vacunas-contr-el-covid-no-hay-alternativa-que-aceptar-que-sean-puestas-con-algun-grado-de-coercion/>

9 Fuente: <https://radio.uchile.cl/2021/12/30/experto-en-bioetica-y-vacunas-contr-el-covid-no-hay-alternativa-que-aceptar-que-sean-puestas-con-algun-grado-de-coercion/>

La progresiva salida del estado de excepción y la culpa como problema de Salud Mental

Con una población agobiada por la enfermedad y muertes, por el encierro, la crisis económica, la culpabilización, las detenciones por infringir el toque de queda y los abusos policiales en tales circunstancias, luego de 561 días, es decir 18 meses, el Gobierno decreta que el 30 de septiembre de 2020 se pondrá fin del Estado de Excepción Constitucional de Catástrofe, junto al cese de las cuarentenas y del toque de queda. En la misma ocasión, el mandatario informó sobre el nuevo plan Paso a Paso, en que se modifica el nombre y características de las fases cuyo nuevo énfasis está en los aforos y en las mayores libertades para quienes porten pase de movilidad por tener al día su esquema de vacunación “voluntaria”.

Los principales cambios corresponden a las etapas del plan paso a paso, que incluye cinco fases quedando finalmente: 1. Restricción; 2. Transición; 3. Preparación; 4. Apertura inicial y 5. Apertura avanzada. Desde el 1 de noviembre de 2021 se eliminó la solicitud de PCR para viajes interregionales y solo se revisa el pase de movilidad. *“En todos los pasos se permitía realizar cualquier tipo de actividad, pero con aforos y condiciones específicas, las cuales dependían de la situación sanitaria del momento y la fase en la que se encontrase cada territorio”* (MINSAL, 2022, p. 152). El 22 de noviembre el presidente de la República comunica la reapertura de la frontera en el Aeropuerto Internacional de Santiago (MINSAL, 2022).

La actual condición del país es de una “nueva normalidad” que incluye algunos hábitos que han permanecido desde la pandemia como por ejemplo el ingreso a centros hospitalarios haciendo uso obligatorio de mascarillas y la sugerencia de utilizarla en los transportes públicos. El resto de las actividades

se desarrollan con aparente normalidad, en un contexto en que el número de contagios se mantiene controlado, y en lo político que se mantienen las tensiones por el desarrollo de un nuevo proceso Constituyente cuyo borrador de nueva Constitución será llevado a las urnas de votación el 17 de diciembre de 2023.

Con un halo de sospecha sobre manejo político de la pandemia basado en la culpabilización y en el rol protagónico del autoritarismo militar sobre la población civil, queda abierta la pregunta respecto de cuánto ello favoreció el acallamiento de los movimientos sociales, hoy silentes en el país, y también constituidos por “buenos” y “malos” y por quienes se “portan bien” o se “portan mal”. Queda por investigarse aquello, y los resabios de la pandemia en las subjetividades de la población habitante del país, en que la culpa emerge como un problema de salud mental en Chile, que potencia la obediencia hacia un régimen de gobierno emocional por miedo o culpa en tiempos políticamente convulsionados.

Referencias

AGUILAR-GORDÓN, Floralba; BATALLAS-ALMEIDA, Karol. El concepto de culpa desde los principales referentes de la filosofía contemporánea. **Revista Cátedra**, 4(2), 106-120, 2021.

ANUNCIO PRESIDENCIAL. **Presidente Piñera anuncia detalles de plan de vacunación contra el Covid-19**, 16 diciembre de 2020. En: <https://prensa.presidencia.cl/comunicado.aspx?id=169673>

ARMADA DE CHILE. Comunicados: **Llaman a respetar toque de queda en Valparaíso**. 2020. En: <https://www.armada.cl/comunicados/llaman-a-respetar-toque-de-queda-en-valparaiso>

BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE. ¿Qué es el estado de excepción constitucional de catástrofe? 2020. En: <https://www.bcn.cl/portal/noticias?id=que-es-el-estado-de-excepcion-constitucional-de-catastrofe>

BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE. **Aumento de penas por infringir las medidas sanitarias en pandemia.** En: <https://www.bcn.cl/portal/leyfacil/recurso/aumento-de-penas-por-infringir-las-medidas-sanitarias-en-pandemia>

BRINK, David O. The Nature and Significance of Culpability. **Criminal Law, Philosophy** 13, 347–373. 2019. <https://doi.org/10.1007/s11572-018-9476-7>

CASTILLA DEL PINO, Carlos. **La culpa.** Madrid: Alianza. 1973

CIENCIA Y SALUD. **Estudio confirma que Covid-19 se originó en el mercado de animales vivos de Wuhan.** 2022. En: <https://cienciaysalud.cl/2022/07/26/estudio-confirma-que-covid-19-se-origino-en-el-mercado-de-animales-vivos-de-wuhan/>

COLIN, Clément. Del estallido a la pandemia: Regímenes temporales-emocionales de dos cambios recientes. *In*: ÁLVAREZ, F. *et al.* (Eds.). **Emociones y pandemia:** Esbozos de la incertidumbre, p. 24-32. 2021. Santiago: Triángulo.

CHILE ATIENDE. Retiros del 10% de los fondos de AFP. 2023. En: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/81027-retiros-del-10-de-los-fondos-de-afp>

INE. **Censos de población y vivienda.** 2017. En: <https://regiones.ine.cl/nuble/estadisticas-regionales/sociales/censos-de-poblacion-y-vivienda>

ITURRIETA, Sandra Elena. Un salto a la esperanza en tiempos convulsionados: hacia la inteligencia pronóstica. **ConCiencia Social**. 4(8), 48-66. 2021. En: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/32874>

PLAN DE ACCIÓN CORONAVIRUS. **Instructivo para permisos de desplazamiento**, julio de 2020. En: https://cdn.digital.gob.cl/public_files/Campa%C3%B1as/Corona-Virus/documentos/Instructivo_Cuarentena_09072020.pdf

GOBIERNO DE CHILE. **Cifras Oficiales Covid-19**. 2023. En: <https://www.gob.cl/pasoapaso/cifrasoficiales/#resumen>

JASPERS, Karl. **El problema de la culpa**. Barcelona: Ediciones Paidós. 1998.

LA TERCERA. **Confirman primer caso de coronavirus en Chile**. 3 de marzo de 2020. En: <https://www.latercera.com/que-pasa/noticia/confirman-primer-caso-de-coronavirus-en-chile/FDN7GE7NEJEZZFJIMVJDVY5F6I/>

LA TERCERA. **¿Por qué nos cuesta respetar las reglas?** 27 de mayo de 2020. En: <https://www.latercera.com/paula/noticia/por-que-nos-cuesta-tanto-respetar-las-reglas/745FZTVKH5EFJEO5ZGJSD76GDY/>

MINSAL. **COVID 19 en Chile**: Pandemia 2020-2022. Departamento de Comunicaciones y Relaciones Públicas del Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. 2022.

NUSSBAUM, Martha Craven. **Paisajes del pensamiento**. La inteligencia de las emociones. Barcelona: Ediciones Paidós. 2008.

PINCHEIRA, Ivan. El gobierno de las emociones en Pandemia. En ÁLVAREZ, et al. (Eds.). **Emociones y Pandemia: Esbozos de la incertidumbre**. Santiago de Chile: Triángulo, p. 33-44. 2021.

PIÑERA, Sebastián. **Presidente Piñera anuncia medidas por Coronavirus**. 2020. En: <https://prensa.presidencia.cl/discurso.aspx?id=138176>

REDDY, William. **The Navigation of Feeling: A Framework for the History of Emotions**. Cambridge: Cambridge University Press. 1997.

T13. Estudio: **Chile es uno de los países que menos cumple con las medidas sanitarias por Covid-19**. 25 de mayo de 2020. En: <https://www.t13.cl/noticia/nacional/Estudio-Chile-es-uno-de-los-paises-que-menos-cumple-con-las-medidas-sanitarias-por-COVID-19>.

LE COVID-19 EN FRANCE, QUELLES LEÇONS RETENIR POUR LE TRAVAIL SOCIAL ?

Ingrid Dromard

La crise sanitaire mondiale, consécutive à la pandémie de Covid-19¹, a fait ressortir l'importance des politiques de solidarité pour assurer la cohésion sociale. La clé de voûte de ces politiques sont les travailleurs du soin et de la relation d'aide, professionnels essentiels mais, pour certains, peu connus donc peu reconnus. Ils s'investissent dans les secteurs les plus difficiles, ceux qui participent de la richesse humaniste. A ce titre, les métiers de la relation humaine n'incarnent pas des vertus subsidiaires. Pourtant, la société ne manque pas de rappeler aux professionnels qui s'y engagent, notamment à travers leurs rémunération, que l'intérêt qui est porté à leurs actions est minime.

Le travail social est reconnu là où la valeur humaniste est admise en suprématie mais il l'est moins là où la valeur économique

1 De mars 2020 à février 2023, date de la fin de certaines mesures sanitaires en France.

est hégémonique. Alors qu'est-ce que le travail social ? D'où vient-il ? Pourquoi Est-il ? En 1972 est publié la revue *Esprit* dont un des articles s'intitule : « Le travail social, c'est le corps social en travail » (Domenach *et al.*, 1972, p. 236). Pour dérouler leur pensée, les auteurs se livrent en premier lieu à un questionnement : en quoi un travail peut-il être qualifié de social ? La société peut-elle être l'objet d'un travail ? Y-a-t-il un objectif à atteindre, une commande avec des résultats attendus *ex-ante*? Qui fixe ces attendus ? Si ce travail s'adresse à la société en la considérant comme un objet, donc un tout, que fait-on des particularités qui la constituent ? Faut-il d'abord approcher le social pour pouvoir comprendre la nature du travail qui le travaille ? Comprendre ce qu'est le travail social appelle alors à le considérer en relation avec le social, celui qui l'a vu naître d'une part, le social de la société salariale industrielle française, soit entre la seconde moitié du XIX^{ème} Siècle et le milieu du XX^{ème} Siècle, et le social contemporain, d'autre part.

Ainsi, corrélér l'histoire des faits à l'histoire des idées pourra peut-être permettre de saisir les motivations de son apparition. Nous aborderons pour ce faire, et de manière succincte, la genèse du système de protection sociale français, pour ensuite nous intéresser au travail social. Enfin, nous présenterons ce que la crise sanitaire nous a appris de l'essentialité du travail social.

La prise en charge collective de la question sociale

Communément, le social est ce qui naît de l'interaction des individus entre eux. Ce qui fait le social ce sont les relations intersubjectives que les hommes entretiennent entre eux et qui de ce fait le rendent forcément provisoire et mouvant. Pour Jacques Donzelot, le social est « une invention nécessaire pour rendre gouvernable une société ayant opté pour un régime démocratique »

(Donzelot, 1994, p. 13). Michel Autès va dans le sens de cette affirmation lorsqu'il explique que le social est à « l'articulation entre l'administration des choses et le gouvernement des hommes. [...] Il est par définition le lieu des compromis qui s'installent entre la sphère de l'économique et celle du politique » (Autes, 2004, p. 278).

Ce que confirme Robert Castel lorsqu'il dit que « le social existerait à partir du moment où une société ne peut plus autoréguler d'une manière relativement informelle certains de ses problèmes, et que cela exige des interventions spéciales qui sont souvent des interventions politiques par l'intermédiaire de l'Etat, mais qui ne passent pas nécessairement par l'appareil d'Etat » (Castel in Karz, 1992, p. 144). Ces dernières définitions laissent entendre que le social est un facilitateur, un procédé de régulation des relations entre les hommes. Il est un moyen de penser, d'inventer les manières de vivre ensemble. Il est ici entendu en tant que détermination politique, de régulation des rapports de force par la raison. Est-il possible de poser ici un premier jalon qui consiste à dire que le social n'est pas la société mais qu'il en est plutôt à la fois son moyen et son produit ? Le social est un social en actes² selon Michel Chauvière, un fait social à part entière qui se réalise à la fois par un travail de celui-ci et par une activité de travail (le travail social professionnalisé).

L'avènement du social comme moyen de la société semble se situer au moment de la politisation de la question sociale. Selon

2 Pour Chauvière (2010), le social en actes « n'est pas qu'une formule, c'est à la fois une hypothèse et une problématique pour tenter de percer le flou qui entoure les pratiques dites de « travail social » ou mieux de « travail du social ». C'est un flou qui tient tout à la fois à l'âpreté et à la complexité intrinsèques de la question sociale, à la saturation idéologique dont elle est l'objet, à l'importance des enjeux de pouvoir et aux investissements affectifs considérables qu'elle suscite, qu'ils soient individuels, professionnels, citoyens ou encore associatifs, familiaux et/ou communautaires ».

R. Castel, celle-ci est le point de départ à partir duquel une société déterminée et constituée par des liens d'interdépendances s'interroge sur les principes de sa cohésion et sur les risques d'exclusion (Castel, 2012). Le social, considéré dans sa détermination politique et parce qu'il est un mouvement politique, mouvement perpétuel, ne peut jamais être stabilisé une fois pour toute.

Le social est un moyen pour la société d'atteindre la finalité visée et déterminée par elle. Le social comme moyen et la finalité qu'il vise évoluent parallèlement à la société. Et comme la société est constituée d'individualités dont la conception du bonheur est à chaque fois différente, sa visée est toujours à conquérir. Cette instabilité prend la forme d'une interrogation sociétale, une question sociale. Faire du social est en soi faire la société et la société pour se faire fait du social, elle s'interroge et se réinterroge toujours sur son organisation, ce qui la fortifie et ce qui la fragilise. Faire du ou le social (le social en actes) relève donc à la fois de la contemplation puisqu'il s'agit de s'interroger et à la fois du laborieux puisque l'interrogation requiert une réaction qui vise l'accomplissement de chacun au sein de la commune humanité.

L'histoire des réponses que le social objecte à l'interrogation sociale est relatée dans les travaux d'Elie Alfandri et Florence Tourette. Les auteurs montrent que la prise en charge collective de la question sociale, c'est à dire des besoins individuels et collectifs, s'est bâtie progressivement et que les objectifs poursuivis ont eux aussi évolué (Alfandri; Tourette, 2011). Les prémices de cette obligation sociétale sont visibles dès l'Antiquité où l'intérêt pour autrui, accentué par le fait religieux, la récompense à celui qui a servi et le maintien de l'ordre public, favorisent l'émergence des premières formes de son organisation.

L'obligation sociétale se nomme assistance. Le bénéficiaire et son contentement ne sont pas les seules motivations de la réponse

qu'apporte l'assistance. Un besoin social de stabilité, d'équilibre coexiste à ses côtés. L'assistance est donc une réponse sociale aux besoins de l'autre et à ceux de la société. Au moyen âge, l'assistance vise un public spécifique, celui que fait naître la pauvreté. Le pauvre, Georg Simmel le définit au XIX^{ème} Siècle comme étant celui qui est dépourvu de biens, de ressources, mais aussi d'attachements physiques, de sociabilité (Simmel, 2009).

L'assistance aux pauvres se réalise tout d'abord par le biais de remèdes immédiats que sont la charité et l'aumône, toutes deux encouragées par l'idée de pénitence. Puis avec l'accroissement du nombre de nécessiteux, ni la pauvreté, ni l'indigence ne deviennent suffisantes pour prétendre à l'assistance, il faut désormais justifier d'une inaptitude au travail, relever de « *l'indigence non valide* » (Castel, 2012, p. 98). L'église organise sur la base de fonds privés une assistance collective destinée aux malades, aux vieillards, aux infirmes et aux orphelins. C'est également à ce moment qu'apparaissent les premières initiatives de dons en nature sur fond d'alternative à l'internement.

Au cours de cette période, l'assistance s'organise au sein de communautés particulières (commune, paroisse, etc.). Elle est motivée essentiellement par des préoccupations d'ordre public et recouvre davantage des vertus sanitaires où l'assisté, enfermé et coupé du public, voit ses besoins couverts par son hébergement (remède et maintien par la dissimulation). Progressivement, à partir du XVIII^{ème} Siècle, la perception relative à la pauvreté change. Autrefois reflet de la honte et conséquence d'une immoralité de conduite individuelle, la pauvreté est désormais regardée comme le produit de l'environnement social. Elle n'est plus le fruit de la malchance ou d'une inconduite, mais elle est directement liée à l'industrialisation grandissante. C'est donc la société elle-même qui produit ses pauvres.

La pauvreté est une construction sociale à laquelle le social doit remédier. L'Etat instituteur du social (Rosanvallon, 1993), qui prend forme après la Révolution française, doit produire la nation : « l'objectif, dit P. Rosanvallon, est surtout de mettre en place des techniques et des instruments de mise en forme du social » (Rosanvallon, 1993, p. 103). C'est le début de la politisation (mise en politiques) du social. L'auteur explique que l'Etat se spécialise ensuite dans une mission d'éducation qui a pour ambition de changer l'homme. En effet, les liens sociaux se distendent depuis l'avènement de l'individu-sujet qui, même s'il participe de son émancipation, valorise également l'individualisme.

Le projet de l'Etat à la fin du XIX^{ème} Siècle est donc de changer l'homme pour régénérer le tissu social. Il se dote pour cela de deux grandes institutions ayant pour vocation de remédier à la désocialisation : l'asile et la prison. Au XX^{ème} Siècle apparaissent les théories politiques et sociales à orientation hygiéniste qui ont pour volonté de prévenir le mal social en appliquant des règles de préservation d'hygiène et de santé publique. Cette approche vise à guider les décisions politiques dans la gestion des masses, gestion du peuple, en s'appuyant notamment sur de nouvelles disciplines telles que l'épidémiologie, la statistique ou la démographie dans une visée de rationalisation des coûts sociaux³.

Les collectivités publiques soucieuses d'atténuer les conséquences sociales de l'industrialisation prennent le relais de l'Eglise en assumant les fonctions d'assistance et d'hospitalisation. La société est ici considérée comme un tout et l'Etat a pour mission d'instituer, de produire le social, mais pas de protéger l'individu. La protection est le rôle de l'Etat providence qui se substitue idéologiquement à l'Etat instituteur du social et s'en différencie par sa perception de l'individu (Rosanvallon, 1993). Avec lui apparaît le droit social qui représente la mise en œuvre réglementée de la

3 Voir DUJARIER Marie-Anne, 2010, p. 137.

solidarité par l'établissement de droits et de devoirs. Le droit à l'assistance se veut être un « service national », une « dette sacrée⁴ ».

La solidarité est ainsi une réponse possible à la question sociale, le droit est quant à lui le remède à l'inégalité. Cet expédient, expliquent E. Alfandri et F. Tourette, « s'enracine tout à la fois dans le droit de tous à la subsistance et dans l'intérêt public de prévenir des désordres et des malheurs où seraient conduits un grand nombre d'hommes sans ressource » (Alfandri; Tourette, 2011, p. 9). Il vise à la fois les intérêts singuliers et sociaux. L'Etat, garant de cette solidarité, devient dès lors et comme le dit Jacques Chevalier, un « prestataire de services, dont l'objectif est de satisfaire le mieux possible les besoins du public » (Chevalier, 2012, p. 13). Il n'est plus « une instance de contrainte et de domination, mais un commis du social. [...] Le pouvoir se transforme en fonction, le droit de commander en obligation de gérer » (Chevalier, 2012, p. 23). Il n'est plus une puissance publique, une puissance qui commande mais un service public, un groupe qui travaille⁵.

A partir du XX^{ème} Siècle la législation sociale débute réellement sa construction avec notamment les lois relatives à l'assistance médicale gratuite et à l'assistance à l'enfance. Un système de protection sociale se met également en place entre les deux guerres. La consécration juridique ne se fait véritablement qu'après la seconde guerre mondiale, après que la pauvreté ne soit plus associée aussi promptement que par le passé à l'oisiveté ou à l'imprudence mais qu'elle résulte aussi parfois de crises sociales, politiques et économiques. Progressivement la réponse sociale s'organise mais elle reste dépendante des volontés particulières comme ce fut le cas pour de grands sites industriels de l'époque.

4 Constitution du 24 juin 1793, déclaration des Droits de l'homme et du citoyen, Article 21. - Les secours publics sont une dette sacrée. La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler.

5 En référence à L. Duguit, ROSANVALLON, 1993, p. 87.

L'importance générale accordée au besoin de sécurité donne lieu en 1944 au plan de sécurité sociale proposé par le Conseil National de la Résistance et repris dans ses principales orientations par Pierre Laroque en 1945. Ce dernier s'inspire du plan Beveridge de 1942 qui vise à « éliminer de la société le besoin, la maladie, l'ignorance, la déchéance et le taudis » (Alfandri; Tourette, 2011, p. 14). L'idée est que tout individu puisse se voir garantir par l'Etat les moyens de son existence sous la forme d'une assistance uniforme et non dépendante des conditions de revenus. Pierre Laroque s'inspire également et concomitamment de la vision bismarckienne relative aux cotisations obligatoires pour les travailleurs salariés les plus défavorisés, un droit contributif partagé entre l'employeur et le salarié.

Fondée sur des valeurs de justice sociale et de réduction des inégalités, la politique sociale française dispose aujourd'hui d'un volet assuranciel qu'est la sécurité sociale, un volet assistanciel sous couvert de l'aide sociale (qui fait suite à l'ancienne dénomination d'assistance) et d'un volet action sociale. L'ensemble forme la protection sociale. Son organisation est étroitement liée à l'économie par le biais du travail et des cotisations et à la politique par le biais des décisions qui la modulent relativement au vivre ensemble.

Le principe de sécurité sociale, mis en place en 1945, repose sur une couverture assurantielle du travailleur salarié et de ses ayants droit. L'aide sociale créée en 1953, « hérite, d'après R. Castel, de la très vieille fonction de l'assistance de dispenser des ressources subsidiaires à tous ceux dont l'existence ne peut pas être assurée sur la base du travail ou de la propriété » (Castel, 2012, p. 677). Elle s'adresse à tous ceux qui ne cotisent pas ou pas encore, plus suffisamment ou plus du tout et qui relèvent de catégories de personnes ciblées : les personnes en situation de handicap, les enfants, les personnes âgées, le parent isolé, les veuves.

L'aide sociale est ainsi un droit subjectif parce que les critères ne sont pas généralisés mais particuliers car ils ont trait

à la personne. Elle permet l'obtention d'avantages dits non-contributifs. L'aide sociale est définie par Valérie Löchen comme étant

[...] l'ensemble des prestations constituant une obligation mise à la charge des collectivités publiques par la loi et destinées à faire face à un état de besoin pour les bénéficiaires dans l'impossibilité d'y pourvoir. Elle recouvre des allocations et des services attribués à des catégories de population considérées comme défavorisées et qui ne sont pas couvertes par le système de sécurité sociale. Elle est devenue, depuis la décentralisation, un terrain central de l'action des conseils généraux (Löchen, 2010, p. 30).

Néanmoins, l'organisation ne s'avère pas infaillible et malgré les ajustements toujours plus étroits du filet de protection certains individus en sont exclus. L'action sociale, créée en 1956, doit faciliter le vivre ensemble au moyen d'actions de prévention, d'accompagnement et de solidarité (Löchen, 2010, p. 36). Elle permet la mise à disposition d'un ensemble de services et d'équipements destinés aux personnes et familles dans une visée essentiellement préventive. Elle est un avantage non-contributif et relève d'un droit prospectif (Alfandri; Tourette, 2011, p. 131), c'est-à-dire que ce droit s'adapte aux particularités et aux besoins des territoires et des personnes sur lesquelles interviennent les institutions⁶ et les associations.

6 A juste titre Gérard Mendel et Jean Luc Prades (2002) expliquent qu'il faut être attentif à la définition que l'on donne au mot institution. Je me conformerai, dans cet écrit, à la définition qu'ils proposent, sans toutefois nier ou rejeter celle dont ils se défendent. « L'institution, prise dans son sens sociologique, fonctionne comme instituant et institué ; elle est à la fois réelle, imaginaire et symbolique comme un processus. [...] L'organisation est alors identifiée à une unité économique ; elle est, à proprement parler, un établissement (une entreprise, une école...). Très différemment, la sociopsychanalyse nomme « institution » ce que les précédents appellent établissement » (2002, p. 101).

Les modalités de gestion et d'organisation de l'action sociale sont donc particulières. Ces actions facultatives sont pilotées par des institutions publiques ou privées à caractère social (parmi lesquels les caisses d'assurance vieillesse, d'assurance-maladie et d'allocations familiales), des associations qui ont pour intention de procurer à toute personne ou groupe en situation de vulnérabilité, une aide et un soutien spécifique. L'action sociale se présente donc sous la forme de dispositifs et d'acteurs multiples qui se doivent de « répondre avec souplesse aux défaillances du système de protection sociale, et de manière adaptée aux situations d'exclusion » (Alfandri; Tourette, 2011, p. 131).

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que les principaux acteurs de l'action sociale sont les travailleurs sociaux. Michel Autès explique, par exemple, qu'il est parfois admis que l'action des travailleurs sociaux constitue le cœur même de l'action sociale (Autes, 2004). Pour Elie Alfandari et Florence Tourette, les travailleurs sociaux sont des professionnels diplômés à qui l'on a confié des tâches d'action sociale prenant la forme de prestations de service destinées aux particuliers (Alfandri; Tourette, 2011).

En référence à la synthèse que fait Hélène Hatzfeld à partir des différentes approches qu'elle propose sur le social, il est possible de dire que celui-ci représente l'ensemble des mécanismes par lesquels la société soustrait à l'action des particuliers la résolution de certains problèmes qu'elle caractérise comme relevant de normes ou de dispositions générales (1998, p. 69). Ce transfert des problématiques du civil/individuel au politique/collectif sous couvert d'une assistance socialisée apparaît au XIX^{ème} Siècle comme un moyen de médiation permettant d'amoindrir les antagonismes et les affrontements de classes.

Le social désigne également et plus largement la capacité de la société à s'interroger et œuvrer pour la cohésion de ses

membres, limiter les risques de fractures, c'est à dire construire le vivre ensemble malgré les différences et les risques conjoncturels. A la suite de ce développement et en référence aux lignes conclusives de M. Autès, le social apparaît dans ses mouvances à la fois comme gardien de la paix sociale et producteur d'émancipation démocratique (2004, p. 281). Paradoxal, dit-il, il l'est parce qu'il lui faut se mouvoir entre deux systèmes de valeurs qui s'opposent mais aussi se complètent ou du moins cohabitent : le stratégique/administrateur et le téléologique, l'économique et le politique.

De surcroît, cet épilogue fait écho aux propos cités en préliminaire où le social apparaît déjà comme une invention nécessaire pour rendre gouvernable une société démocratique. Producteur de normes, réparateur et administrateur des luttes contre les inégalités, il a pour origine les difficultés de régulation que rencontre la société vis-à-vis de certains problèmes et qui exigent pour cela des interventions politiques par l'intermédiaire de l'Etat. Cette hypothèse est également celle d'H. Hatzfeld qui dit que

[...] le social est donc une forme spéciale de régulation interne à la société. Celle-ci est confiée à des institutions spécialisées (hommes ou groupes) qui élaborent des techniques particulières (charité, enfermement, conseil...), classent les populations concernées par leurs interventions (personnes pouvant travailler ou non...), délimitent des domaines et des territoires (1998, p. 63).

Le propre de la société est de s'interroger sur son organisation idéale. Georges Canguilhem dans un chapitre intitulé « Du social au vital » (Canguilhem, 2003, p. 75 et suivantes) hypothétise sur le fait qu'une société est à la fois machine et organisme. Elle n'est pas seulement une machine puisque sa finalité n'est pas planifiée et exécutée comme un programme. Elle ne peut pas non plus être seulement considérée comme un organisme puisque dans celui-

ci se produit naturellement un phénomène de régulation, ce qui signifie que la régulation lui est immanente. Dans la société, le régulateur est postérieur à ce qu'il règle, c'est à partir des faits, des besoins, des manques, des ambitions que les règles s'établissent. Dans un autre ouvrage, G. Canguilhem précise que

[...] le fait qu'une société soit organisée ne veut pas dire qu'elle est organique ; l'organisation au niveau de la société est plutôt de l'ordre de l'agencement que de l'ordre de l'organisation organique, car ce qui fait l'organisme, c'est précisément que sa finalité sous forme de totalité lui est présente et est présente à toutes les parties. Une société est plutôt de l'ordre de la machine ou de l'outil que de l'ordre de l'organisme. Bien sûr une société a quelques ressemblances avec l'organique, puisqu'elle est une collectivité de vivants. [...] Une société est une collectivité de vivants, mais cette collectivité n'est ni individu, ni espèce. [...] Donc, n'étant ni un individu ni une espèce, la société, être d'un genre ambigu, est machine autant que vie, et, n'étant pas sa fin elle-même, elle représente simplement un moyen, elle est un outil. Par conséquent, n'étant pas un organisme, la société suppose et même appelle des régulations ; il n'y a pas de société sans régulation, il n'y a pas de société sans règle, mais il n'y a pas dans la société d'autorégulation. La régulation y est toujours surajoutée, et toujours précaire (2002, p. 120-121).

Pour l'auteur, la régulation au sens de poser des règles est un besoin pour une société à la recherche de ses manières de vivre ensemble, ce qui fait d'elle un outil pour elle-même. Le social, parce qu'il est politique au sens de *politeia*, allie le citoyen à l'organisation de la cité au moins par l'interrogation que suppose le vivre ensemble. Il est de fait inanticipable parce que temporaire et en adéquation avec l'esprit d'ensemble du moment. Mais la société n'est pas un tout monolithique, les besoins et les normes diffèrent d'un individu à l'autre. Ses règles ne lui sont pas immanentes mais elles lui sont plutôt données de l'extérieur par ceux qui la constituent, par une autorité naturelle ou imposée, mais aussi par

héritage culturel fait de mythes et de croyances. Ses règles relèvent, au mieux, d'un construit politique qui lui-même relève d'une interrogation principielle. Il est alors possible de conclure comme le fait M. Autès en disant que « le social est ce qui fait lien, depuis les compromis macrosociaux de la protection sociale, jusqu'aux opérations les plus minuscules de travail social » (2004, p. 281).

Le travail pour le social

Selon la formule de M. Chauvière, le travail social constitue « un traitement social de la question sociale » (2004, p. 23). Le paragraphe précédent a permis d'entrevoir quels ont été les différents mouvements de ce traitement. Si le social est un moyen d'action de la société sur elle-même, le travail social en est son outil, il est selon H. Hatzfeld « un aspect du social, une activité inscrite dans des structures et portée par des hommes » (1998, p. 61). Le travail social prolonge l'intervention de l'Etat puisque cette intervention sociale s'est professionnalisée au moyen des institutions d'Etat. Parce qu'il est à la fois travail et social, le travail social évolue dans le temps. Ses oscillations constituent son héritage et imposent, pour le comprendre, un retour sur son histoire. Saisir son sens actuel exige donc de connaître les linéaments de son passé.

Pour M. Autès, le développement du travail social en France s'appuie sur trois grands socles : celui du développement économique, celui de la protection sociale et celui de l'idéologie du progrès (Autès, 2004, p. 277). Au tout début du XX^{ème} Siècle, les premières Maisons Sociales voient le jour à l'initiative de quelques femmes militantes. Ces Maisons Sociales visent « l'amélioration de la vie du peuple à tous les degrés, par la pénétration mutuelle des classes » (Guerrand; Rupp, 1978, p. 26).

L'assistance sociale est essentiellement une affaire de femmes comme le dit Jeanine Verdès-Leroux, le plus souvent issues de la haute bourgeoisie et qui considèrent leur initiative comme une forme d'intervention politique plutôt qu'un travail (Verdes-Leroux, 1978, p. 13). L'assistance sociale se définit en opposition aux deux formes d'assistances qui la précèdent dans l'histoire. A la bienfaisance chrétienne, dit J. Verdès-Leroux,

[...] il est reproché de n'avoir servi à rien : elle a entretenu la pauvreté, l'a reproduite, et elle a été incapable de s'opposer à la lutte des classes et de contribuer à l'apaisement social. Quant à l'assistance publique, elle n'est pas jugée seulement impuissante, mais nocive parce que fondée sur la reconnaissance des droits sociaux » (Verdes-Leroux, 1978, p. 15).

L'assistance sociale se veut être autre chose. A l'origine, celle-ci naît dans les idées autant que dans les faits sous l'égide d'un Etat instituteur du social et sous l'influence du courant hygiéniste :

[...] les assistantes sociales et les médecins de dispensaire élargissent ainsi le cercle des auxiliaires de l'Etat instituteur du social dont les maîtres d'école avaient formé au XIX^{ème} Siècle le bataillon central (Rosanvallon, 1993, p. 133).

L'objectif est clair, elle vise la paix sociale dans le progrès. A la charité et à l'assistance publique, l'assistance sociale oppose une méthode basée sur la psychologie des classes populaires. Elle préconise une assistance éducative ajustée aux problèmes singuliers et cible sa population (la classe ouvrière urbaine), afin de l'éduquer, de la relever selon les codes de la classe dominante pour réduire les risques d'explosion sociale. Elle ne concerne donc pas les pauvres, improductifs et politiquement sans danger.

Le projet de l'assistance sociale naissante n'est donc pas d'aider des ouvriers ayant des difficultés (ce vocabulaire est moderne)

mais d'éduquer la classe ouvrière, c'est à dire de lui fournir des règles de bon sens et des raisons pratiques de moralité, de rectifier ses préjugés, de lui apprendre la rationalité, de le « discipliner » dans sa tenue, dans sa maison, dans son budget, dans sa tête (Verdes-Leroux, 1978, p. 18).

En 1907 est fondée la première école pratique de formation sociale dont l'ambition est de former des infirmières visiteuses. Pour J. Verdès-Leroux, l'idée de la formation n'est pas tant de fournir à ces dames des connaissances techniques, mais plutôt de leur constituer un *habitus*⁷. D'après elle, l'essor de la classe ouvrière urbaine qui caractérise une nouvelle phase de l'antagonisme de classe nécessite que des mesures sociales soient prises non pas pour assurer le bonheur de tous, mais seulement celui de quelques-uns. Un bonheur qui pourrait être compromis par des explosions sociales.

L'idée est alors de « dresser » la population pour qu'elle se conforme aux normes dominantes. Si les réponses proposées par l'assistance publique et la charité ont leurs limites, le développement de l'assistance sociale apparaît dans ce contexte comme étant l'outil le plus adéquat. Un peu plus tard apparaît dans les industries la surintendante d'usine chargée de s'occuper du bien-être physique et moral des ouvriers. L'école de l'association des surintendantes est créée à Paris en 1917, en réponses aux effets collatéraux produit par la guerre. Plus tard, le diplôme de surintendante deviendra une spécialisation nécessitant six mois d'études supplémentaires après l'obtention du diplôme d'Etat d'assistante sociale. Un stage d'usine obligatoire en tant qu'ouvrière complète la formation (Bouge, 1947, p. 58).

7 En latin, l'*habitus* est une manière d'être, une disposition d'esprit. J. Verdès-Leroux s'inscrit dans le courant sociologique de la pensée de Pierre Bourdieu pour lequel l'*habitus* est le fait de se socialiser dans un système de dispositions réglées.

Certains grands industriels de l'époque (notamment Michelin, Peugeot, la Compagnie générale d'électricité) ont rapidement été convaincus de l'intérêt de mettre le « social » à leur service. Pour J. Verdès-Leroux, la surintendante est l'alliée du patron et intervient surtout au nom du péril moral plus que de l'amélioration de la condition ouvrière. Cependant, au regard du manuel écrit par Yvonne Bougé en 1947, cet argument peut être contesté. En effet, l'auteure cite le rapport d'une stagiaire surintendante où l'expérience de celle-ci au sein de trois ateliers est consignée. La stagiaire préconise des mesures pour l'amélioration des conditions de travail des ouvrières (santé, organisation et hygiène des locaux, ergonomie, management) (Bouge, 1947, p. 57-67)⁸. Pour J. Verdès-Leroux, la moralisation s'infuse ainsi dans la sphère publique en intervenant sur le lieu de travail des ouvriers et dans la sphère privée que constitue la famille.

A la rencontre policée d'avant 1914 succède l'affrontement sans ménagements sur le terrain des dominés, l'usine ou la cité ouvrière. En quelques années, le service social d'entreprise, celui des caisses de compensation de la région parisienne, celui des HBM (habitations à bon marché) de la ville de Paris, celui de la caisse d'assurances sociales, etc., sont créés et la fonction d'assistante se diversifie : infirmière visiteuse, surintendante d'usine, visiteuse-contrôleuse des assurances sociales, assistante polyvalente familiale. Cette multiplication des lieux d'intervention vise à permettre une emprise généralisée sur la vie quotidienne des classes populaires même si, dans les faits, l'emprise demeure très partielle (Verdes-Leroux, 1978, p. 23).

Certes l'idéologie moralisatrice du début persiste chez les travailleuses du social prises dans leurs *habitus* de classe. Autant

8 Citation de l'élève stagiaire : « ma seule conclusion portera donc sur la certitude que, si l'on s'attache avec bienveillance et patience à la connaissance des hommes qui vivent autour de vous, et que si, malgré les obstacles, on va vers eux avec une bonne volonté intacte, une sincérité profonde et une sympathie directe, toute action entreprise sera féconde ».

normalisatrices que leur métier est normalisé, quelques textes de l'époque témoignent de la codification sociale dont celui-ci bénéficie où tout est prescrit jusque dans la manière d'être. Dans le manuel d'Y. Bougé⁹, il est par exemple entendu que l'assistante sociale doit être un modèle pour le peuple¹⁰. Pour Roger Henri Guerrand et Marie Antoinette Rupp, en plus d'être irréprochable et entièrement dévouée aux familles, l'assistante sociale¹¹ doit aussi renoncer à ses désirs familiaux car de telles carrières imposent obligatoirement une âme d'apôtre (Guerrand; Rupp, 1978, p. 65).

Les origines catholiques du Service Social instituent, disent-ils, la nécessaire vocation des femmes qui, à la façon des religieuses, choisissent de lui être dévouées sans salaire, ni véritable formation pratique. Le décret du 12 janvier 1932 (création du diplôme d'Etat d'assistante sociale), précisé par la suite en 1938 et en 1951, fonde en droit la profession d'assistante sociale et met un terme au débat qui la place entre vocation et profession. La loi du 08 avril

9 « Point d'assistante sociale digne de ce nom courant les rues tête nue, sans bas, négligée, en somme, comme sur une plage au sortir du bain... Une robe bien coupée et seyante, une note claire, un doigt de poudre, une feutre bien coiffant, des gants nets, je ne sais quel aspect de bon ton, de « cosu », de vrai « chic » ».

10 Voir GUERRAND et RUPP, 1978, p. 77 « La plupart de nos élèves, soutient Madame Fuster, sortent d'un milieu Bourgeois dont l'éducation sociale est encore souvent tout à faire. A leur entrée à l'école, elles considèrent volontiers le service social comme une sorte de patronage à exercer sur des individus plutôt inférieurs et qu'il ne faudrait pas hésiter, le cas échéant, à contraindre doucement... pour leur bien. Convaincues d'ailleurs que les opinions de leur propre milieu ne sauraient être contestées, elles sont tout étonnées d'apprendre qu'on peut penser autrement sans être un faible d'esprit ou un malhonnête homme. Rien ne leur est plus étranger, en général, que le respect de la personne humaine... ».

11 A sa création le métier est uniquement féminin et le terme « assistante sociale » est alors exclusivement utilisé. Aujourd'hui, beaucoup d'hommes exercent ce métier. Même si l'emploi du masculin devrait s'imposer dans l'accord du genre, dans cet écrit le terme générique sera, pareillement à son origine, employé au féminin.

1946 relie le diplôme au titre et précise l'exercice de la profession d'assistante de service social. Ainsi, si avant 1946 toute personne bienveillante a la possibilité de s'occuper des œuvres sociales en qualité d'assistante sociale, dès lors l'usage du titre requiert la disposition du diplôme d'Etat.

Cette loi assigne également aux assistantes sociales de réelles responsabilités dans la mise en œuvre des politiques sociales de la Nation (Guerrand; Rupp, 1978, p. 122). R. H. Guerrand et M. A. Rupp précisent même qu'elle vient souligner le caractère de service public (Guerrand; Rupp, 1978, p. 121) du Service social¹² notamment par l'instauration de l'obligation de secret professionnel même si bien avant, certains principes éthiques avaient été consignés dans le code de déontologie de la profession.

La loi explicite ainsi très clairement la correspondance entre les droits et les devoirs corrélatifs qu'elle institue. Reconnaître que l'usager du service social a des droits relatifs à l'intimité de sa vie personnelle et qu'il est en droit d'attendre une réponse d'Etat à ses besoins par le biais de professionnels du travail social sous-entend que le service à rendre est un droit désormais opposable. Ce qui implique indubitablement des changements dans les pratiques professionnelles annonçant le glissement de la « *prise en charge* » vers la « *prise en compte* » (Karz, 2004, p. 137). J. Verdès-Leroux explique que, déjà dans la période du front populaire, l'assistance sociale s'était forgée un des éléments de son idéologie spécifique : la notion de neutralité (1978, p. 42). Elle souhaitait de la sorte se démarquer de la classe dominante

12 Dans le texte le mot « Service Social » sera orthographié avec une majuscule pour signifier l'idée d'une mission d'action sociale. Il est à distinguer du service social en tant que service des assistantes sociales, des travailleurs sociaux (services sociaux).

en affirmant intervenir au service de l'Homme dont le nom prend désormais une majuscule.

A partir de là, leur recrutement s'établit dans tous les milieux.

En toute bonne conscience, ignorant déjà l'origine de leur fonction, les nouvelles venues ont permis une équivoque durable et efficace : confondant leurs motivations personnelles avec le sens de l'action du service social, elles lui ont donné un masque nouveau, celui de l'aide (Verdes-Leroux, 1978, p. 45).

Dans les années 1950 apparaît un nouveau moyen d'intervention spécialisée venu des Etats Unis, le *case-work* (au sens littéral du terme anglais: travail de cas), ou aide psycho-sociale individualisée inspirée des techniques d'entretiens non directifs et non imposés aux personnes, mises au point par Carl Rogers. Pour ce dernier, cette

[...] nouvelle approche diffère des autres plus anciennes en ce qu'elle a un but absolument différent. Elle vise directement la réalisation, une indépendance et une intégration plus grande, de l'individu, et ne croit pas que de tels résultats seront obtenus plus vite lorsque le conseiller psychologue vient au secours de client pour résoudre son problème. Il y a centration sur l'individu et non sur le problème. Le but n'est pas de résoudre tel problème particulier mais d'aider l'individu à atteindre la maturité qui lui permettra de faire face au problème actuel, et aux suivants, d'une manière mieux adaptée (Rogers, 2015, p. 42).

Le *case-work* est enseigné dans les formations destinées prioritairement aux assistantes sociales et a pour philosophie le respect de l'être humain et de son autonomie en considérant que chacun détient les moyens de sa promotion sociale. L'idée se rapproche de l'humanisme idéologique auquel se raccroche la

profession depuis 1936¹³. Cependant pour J. Verdès Leroux, l'arrivée en France du *case-work* constitue davantage une transformation des rapports de domination, permettant à l'assistante sociale de s'adapter aux attentes des pouvoirs publics tout en améliorant son image et son statut. Pour elle, il est un outil pour l'Etat autant que pour le professionnel.

Dès lors, la démarcation faite auparavant avec l'assistance publique et la charité est encore plus nette. Au-delà de l'aide matérielle pourvue par la société, le service social se consacre à ceux qui n'ont pas les capacités suffisantes pour s'adapter à la société. L'usager-acteur¹⁴ s'oppose au consommateur passif des prestations sociales et il est sommé de participer dans la marche des services. L'assistante sociale va l'y aider. Mais cela signifie-t-il que l'individu, qui a déjà dû s'adapter à sa machine, doit désormais s'adapter au monde qui l'entoure ? J. Verdès-Leroux explique qu'aider un individu signifie à cette période

[...] le rendre capable, par un certain traitement, de s'ajuster au monde. [...] Le choix et la mise en œuvre du traitement visant cet ajustement nécessitent que l'assistante respecte des étapes : collecter les faits et les données ; les analyser ; faire un diagnostic, élaborer un plan d'action ; puis l'appliquer (Verdes-Leroux, 1978, p. 87).

-
- 13 Jacqueline Ancelin explique qu'à « partir des années 50, le « casework », méthode d'aide psycho-sociale individualisée, élaborée aux Etats-Unis, est introduit en France avec le soutien des Nations Unies notamment. Certaines assistantes sociales y sont réticentes, en raison principalement des fondements psychanalytiques : cette nouvelle méthode condamne le « moralisme » et la « moralisation » (ANCELIN, 1997, p. 176).
- 14 Ce terme est emprunté à l'analyse que fait Jacques Chevalier sur la relation au public. Il catégorise ainsi trois figures nouvelles de l'usager : l'usager-acteur que l'on entend investir d'un pouvoir d'intervention dans la marche des services (d'où le thème de la participation) ; celle de l'usager-partenaire, capable de se poser en interlocuteur des services (d'où le thème de la transparence) celle de l'usager-client, dont le service public doit s'efforcer d'assouvir les aspirations (d'où le thème de qualité). CHEVALIER, 2012, Op.cit., p. 118.

L'aide commence avec l'écoute qui doit pouvoir faire émerger la demande réelle souvent dissimulée par une autre demande. J. Verdès-Leroux y voit ici une traduction pratique de la philosophie libérale :

[...] la sphère de la nécessité étant dépassée, les besoins primordiaux ne sont plus des manques objectifs appelant une réponse matérielle mais des difficultés ou des incapacités subjectives, des troubles relationnels, relevant du dialogue ne fournissent pas seulement une rationalisation et une légitimation de l'intervention, ils permettent aux agents de se placer définitivement vis-à-vis du client dans une inexpugnable position de supériorité (Verdes-Leroux, 1978, p. 87).

Cependant, pour Maëla Paul, la notion d'accompagnement qui émerge de cette nouvelle technicité signe un changement de paradigme, celui « d'un principe de réparation à un principe de reliance, dû principalement à la place attribuée à l'individu dans notre société. Il n'est plus conçu comme objet (à réparer), problème (à résoudre), dossier (à traiter) mais sujet actif, autonome et responsable » (Paul, 2004, p. 306). Dans les années 1970, le travail social connaît une crise qui, selon cette auteure, est dû au refus manifeste de certains professionnels à considérer leur métier au travers de la fonction adaptative qui lui est historiquement consubstantielle. Ceux-ci, en opposition avec l'héritage laissé par les pionnières, tendent à démontrer qu'il existe une bonne et une mauvaise forme d'aide¹⁵. Pour M. Autès, le milieu des années 1970

15 Jeannine Verdès-Leroux explique qu'un « courant très faible parmi les assistantes sociales, mais beaucoup plus important dans d'autres professions sociales, se trouve bien représenté dans la revue *Champ social*, née dans le courant 1973. L'analyse de la crise est centrée sur l'idée d'une contradiction entre deux demandes : l'une, bonne (aider tous ceux qui en ont besoin), l'autre, mauvaise (contrôler tous ceux qu'on aide, les faire collaborer au plus vite à la création du profit et de la plus-value). Et sur la conscience que ces demandes contradictoires sont indissociables » (1978, p. 53).

marque effectivement à la fois l'apogée du social, son déclin et sa recomposition (Autes, 2004) ce qui vient automatiquement désorganiser le travail social qui lui est profondément dépendant.

L'Etat instituteur du social est en effet devenu progressivement assurantiel puis providentiel¹⁶. Avec la protection sociale, le social est géré tout à la fois par le national et le local, la population dite à risque est, à partir des années 1950, successivement distinguée, les institutions segmentées et les pratiques professionnelles des travailleurs du social spécialisées. Pour les auteurs de l'article conclusif paru dans la revue *Esprit* de 1972, cité en introduction de ce chapitre, le travail social en tant que pratique destinée à des « cas » singuliers, se situe à l'opposé du politique (entendu dans son acception la plus restreinte, au sens de *Politikè*, la pratique du pouvoir) qui vise quant à lui des « cas » plus génériques, qui ambitionne de produire la société. Ce qui, selon eux, conduit à une première contradiction à l'origine d'un malaise qui touche à plus ou moins grande échelle la population des travailleurs sociaux. En effet, disent-ils, ce praticien du social qui pense

[...] représenter la société auprès de ceux qui n'en font pas encore, ou plus, ou mal partie, [...] qui est venu à ce métier par conviction religieuse, par générosité, dans un esprit missionnaire, [...] s'interroge sur la visée et les conséquences de son travail (Domenach *et al.*, 1972, p. 237).

Selon eux et en référence à Jacques Donzelot, il s'est opéré un déplacement du sacré que l'Etat, par l'intermédiaire de ses

16 « La providence. L'Etat se définit comme un « réducteur d'incertitudes » (Hobbes). L'Etat de droit traditionnel, qui est par essence un Etat protecteur, s'élargit progressivement en Etat providence, fondé sur l'extension à la sphère de l'économique et du social des droits de l'homme, qui se prolongent ainsi dans des droits sociaux (rapport de protection) » (Rosanvallon, 1993, p. 15).

institutions¹⁷, tente d'instituer. La morale ne vient plus de l'Eglise mais de l'Etat, elle n'est plus décrétée par une transcendance spirituelle mais admise par des hommes qui représentent non pas l'intérêt général mais l'intérêt des plus puissants. Ce déplacement du sacré amorce une prise de conscience qui révèle à ces travailleurs que leur mission a pu, à un moment de l'histoire, être détournée. Ils ne sont pas en effet « au service du gouvernement, ni d'une administration, ni d'un patron, mais [ils sont], au sein d'une administration ou d'une entreprise, au service d'une exigence fondatrice de cette société qui est le droit » (Domenach *et al.*, 1972, p. 242).

Ces professionnels engagés dans la lutte contre les exclusions, la maltraitance, dans la prévention, la compensation de la perte d'autonomie, des handicaps ou des inadaptations et dans la promotion du droit au logement, de la cohésion sociale et du développement social¹⁸, qu'ils soient employés par une association ou fonctionnaires statutaires, sont, comme l'analysent Jacques Ion et Bertrand Ravon, les salariés de la puissance publique dont ils sont dépendants. Les auteurs expliquent que cette dépendance peut parfois et pour certains créer un rapport ambigu à la chose publique (Ion; Ravon, 2005, p. 95).

Le travail social se meut depuis toujours entre le professionnel et le non professionnel, entre le bénévolat et le salariat; il s'adresse aux individus tout en ayant des actions en direction de la masse, ses objectifs oscillent entre les intérêts individuels et sociétaux. Parce qu'il vise son propre effacement, son utilité sociale ne devient évidente que lorsqu'il dépérit (Domenach *et al.*, 1972, p.

17 En sociologie l'institution désigne une structure sociale (ou un système de relations sociales) stabilisée dans le temps. Les faits sociaux sont organisés, ils se transmettent et s'imposent, ils instituent.

18 Code de l'action sociale et des familles - Article L 451-1, <https://www.legifrance.gouv.fr>.

252). Alors pour qui travaillent les professionnels du travail social par le biais de la subordination inhérente à leur contrat de travail ? Sont-ils obligés envers la collectivité ou envers les individus qui les consultent au travers du droit qu'ils opposent ? Sont-ils seulement le vecteur par lequel les décisions abstraites peuvent se concrétiser où peuvent-ils interférer d'en bas sur la politique pensée par les « *utopistes d'en haut*¹⁹ » ?

L'intervalle situé entre les années 1960 et 1980 constitue les années de croissance des services sociaux qui favorise l'émergence d'un nouveau groupe professionnel: les travailleurs sociaux²⁰. A cette période de l'histoire, les volumes financiers que génèrent la protection, l'aide et l'action sociales sont en constante augmentation. Cela correspond à la création des services déconcentrés de l'Etat (notamment des Direction Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales, DDASS, en 1964). Progressivement, l'organisation et les missions des services sociaux déconcentrés se mettent en place, la croissance des équipements privés et publics est exponentielle et, de ce fait, l'offre d'emploi pour les assistantes sociales est à son apogée. Pour répondre à cette offre de recrutement, d'autres diplômes nationaux en travail social sont créés (conseiller d'éducation populaire, animation sociale, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur spécialisé, éducateur de jeunes enfants). Ils relèvent certes de cursus de formation différents mais ils présentent des caractéristiques communes (traditions bénévoles et ou militantes) qui favorisent un même sentiment d'appartenance à ce nouveau corps professionnel qui prend forme.

Pour J. Ion et B. Ravon, le terme de travailleur social provient (à sa genèse) d'une conjonction de métiers différents, aux histoires et pratiques très hétérogènes. Cette hétérogénéité s'estompe au fil

19 L'expression est empruntée à P. Rosanvallon (1993, p. 125).

20 Ce développement s'appuie sur l'ouvrage de Jacques Ion et Bertrand Ravon (2005).

des années au moyen d'une expérience partagée. Tout d'abord, expliquent-ils, les pratiques professionnelles se mélangent notamment dans la mise en œuvre de modèles d'intervention telle que « l'action sociale globale ». Elles s'amalgament ensuite sous un référent commun visant la transformation des interventions ponctuelles en processus pédagogiques de transformation des pratiques des bénéficiaires. « La croyance au progrès, l'objectif d'émancipation constituent ainsi, au cœur des Trente Glorieuses, les vecteurs idéo-politiques de cet idéal professionnel » (Ion, Ravon, 2005, p. 10).

Progressivement d'autres nouveaux métiers se revendiquent de l'appellation « travailleur social », tels que les moniteurs-éducateurs, les délégués à la tutelle, les assistantes maternelles et les travailleuses familiales, mais les métiers historiques continuent à se présenter sous couvert de leur dénomination d'origine, particulière à chacun. Aujourd'hui, quatorze diplômes sanctionnent le travail social décrit à l'article L.451-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF). La division sociale du travail social entraîne une redéfinition des champs d'intervention de tous ces métiers qui doivent trouver leur place. Cependant, certains professionnels relevant des métiers historiques portent un jugement circonspect quant à une unification sous la dénomination commune de « travailleurs sociaux ».

Ion et Ravon font l'hypothèse que ce refus provient en fait des découpages institutionnels et des instituts de formations qui encadrent les métiers et délivrent les diplômes. Les travailleurs sociaux s'opposeraient, en effet, à la volonté de l'Etat de rationaliser les formations pour n'en faire émerger qu'une seule. Mais ce refus d'uniformisation ne pourrait-il pas également refléter une volonté des professionnels à vouloir maintenir leurs singularités professionnelles et à valoriser les spécificités propres à chaque métier ?

En même temps que le champ du travail social se développe, J. Ion et B. Ravon constatent qu'il se creuse, à l'intérieur même de celui-ci, une ligne de démarcation (relativement perméable) entre ceux qu'ils nomment « *les travailleurs du front* » et « *les travailleurs de l'arrière* » (Ion, Ravon, 2005, p. 75), entre ceux qui sont en contact direct avec les demandeurs et ceux qui en sont un peu plus éloignés. La spécialisation du travail ne s'opère plus seulement à partir du statut ou de la formation, qui auparavant faisait référence pour le travail social, elle se fonde désormais sur une pratique particulière née du contact de ces professionnels avec les populations difficiles.

Les travailleurs sociaux partagent dorénavant le travail social avec de nouveaux métiers s'alléguant d'une référence commune, d'une expérience partagée, celle du front. Ces nouveaux métiers s'identifient selon ces auteurs sous l'égide d'une nouvelle dénomination, celle d'intervenants sociaux (bénévoles ou salariés). Les contours du travail social se redessinent donc à partir de nouvelles références, de nouvelles valeurs que celles établies dans l'histoire par les métiers pionniers. A ce titre, J. Ion et B. Ravon remarquent que la substitution de la notion de « travailleur social » au profit de celle « d'intervenant social » marque une rupture dans les pratiques. En effet, ils considèrent que si la notion d'intervenant social atténue le caractère professionnel, elle accentue en même temps le caractère ponctuel de l'intervention. Elle est, selon eux, « limitée dans le temps de la pratique relationnelle » (Ion, Ravon, 2005, p. 16). A l'inverse, la notion de travailleur social inscrit la pratique dans la durée et accentue son caractère professionnel pour la différencier du bénévolat et de la charité. « Le travailleur relève de l'ordre de la longue durée ; l'intervenant agit ponctuellement dans une situation donnée » (Ion, Ravon, 2005, p. 16).

Les auteurs montrent, par leur étude, la complexité qui se dégage de la volonté de rendre lisible une cartographie de ces professionnels qui se partagent le champ du travail social. En effet,

la distribution s'effectue désormais entre d'un côté des travailleurs sociaux et de l'autre des intervenants sociaux, d'un côté des professions reconnues et de l'autres celles qui le sont moins. Des pratiques qui coexistent mais qui marquent une évolution dans l'histoire du travail social. D'autant que la multiplication des emplois de services amplifie l'esprit concurrentiel qui s'établit entre eux et les professionnels du social. Mais comme le dit M. Autes, « ce qui les rassemble est plus essentiel que ce qui les distingue » (Autes, 2004, p. 299), tous sont des travailleurs de la relation.

Retenons que le travail social provient du travail du social autant qu'il est l'œuvre des travailleurs sociaux. Il est l'outil du social qui, lui, constitue le moyen pour la société de répondre à la question sociale. Si le social se trouve à l'articulation entre l'économique et le politique, le travail social est à l'intersection entre le social, l'économique et le politique. Il a, selon H. Hatzfeld, une position nodale (1998, p. 74-76). Il est, selon elle, un outil du social permettant à ce dernier de résoudre ses besoins de régulation qui ont pour origine les échanges économiques et les manières de produire. Le travail social est réalisé par des travailleurs qui sont pour la plupart salariés d'instances politiques et qui s'inscrivent dans des politiques sociales.

Le Service Social, service public pensé dans l'abstraction de la généralité, est un service qui s'accomplit dans la singularité de la « vraie vie », d'une rencontre. Ce Service est le produit d'un travail, un travail pour l'autre et avec lui. Ce travail de lien est un travail social dont une branche de son patrimoine génétique provient de l'assistance. En tant que nom, l'assistance porte en elle les valeurs du verbe dont elle est étymologiquement héritière: la présence et l'aide.

La reprise historique du travail social montre qu'il a été de nombreuses fois déstabilisé par plusieurs mutations et H.

Hatzfeld (1998, p. 25) en repère quatre. La première concerne la transformation de l'Etat Providence en Etat régulateur de l'économie (les lois de décentralisations, la négociation, la contractualisation avec les acteurs locaux, etc.) qui désormais n'a plus le monopole de la distribution des aides sociales et de l'édiction des règles. Les employeurs du travail social ont de nouvelles attentes et de nouvelles stratégies, ce qui n'est pas sans ébranler les professionnels de ce secteur. La deuxième mutation est, selon l'auteure, d'ordre economico-sociale et concerne la manière dont la société produit de nouvelles formes de pauvreté et d'exclusion. Les « clients » du travail social d'hier ne sont plus ceux d'aujourd'hui, les réponses à construire avec eux ont évolué tant dans la forme que dans le fond, leur comportement change aussi, instrumentalisant, parfois, les travailleurs sociaux.

La troisième mutation est liée aux difficultés financières auxquelles se heurtent ce nouvel Etat régulateur de l'économie qui instaure, pour tenter d'y remédier, des mesures d'évaluation, de rationalisation des politiques publiques. Ces logiques sont venues bouleverser les habitudes des travailleurs sociaux, qui, selon l'auteure, fonctionnaient selon le principe suivant: le social n'a pas de prix. Enfin, la quatrième et dernière mutation est due directement au transfert (décentralisation) de compétences et de moyens de l'État à des autorités distinctes de lui (collectivités territoriales: les communes, les départements, les régions) qui a modifié les modes d'action publique transformant par la même le paysage du travailleur social: plusieurs acteurs partageant le même territoire où s'entremêlent de multiples problématiques.

Le Travail Social face au Covid-19 : quelles leçons pour la France ?

Au printemps 2020, comme beaucoup de pays dans le monde, la France est à l'arrêt. Les rues sont désertes. Le silence règne. La nature semble même reprendre ses droits sur certains territoires urbanisés²¹. La pandémie mondiale de Covid-19 touche toutes les personnes sans distinction. Le 12 mars 2020 au soir, dans une déclaration télévisée, le président de la République Emmanuel Macron évoque « la plus grave crise sanitaire depuis un siècle ». Dans son allocution, il décrète la fermeture des crèches, écoles, collèges, lycées et universités. Toutes les entreprises pourront reporter « sans justification, sans formalités, sans pénalités » le paiement des cotisations et impôts dus en mars et les salariés sont encouragés à pratiquer le télétravail. Le 15 mars, les commerces et les restaurants sont tenus de fermer leurs portes. Le 16 mars, le chef d'Etat s'adresse une nouvelle fois à tous les français et annonce la mise en place de nouvelles mesures: tous les déplacements sont réduits au strict nécessaire sur présentation d'une attestation administrative; les regroupements de personnes sont interdits; les frontières de l'espace Schengen seront fermées; les voyages entre pays non européens et de l'Union européenne sont suspendus; une nouvelle politique des préservations des masques est instaurée, ces derniers sont désormais réservés en priorité pour les hôpitaux et médecins; un service minimum de garde pour les enfants des soignants est mis en place; les taxis et

21 Voir ZASK, Joëlle, 2020, Zoocities, Des animaux sauvages dans la ville, Premier Parallèle, ISBN papier : 9782850610455. « Des renards dans les jardins de Londres, des sangliers dans les rues de Marseille, des léopards dans les artères étroites de Bombay, des coyotes dans les parkings de New York, des kangourous dans les rues de Canberra : repoussés par une campagne chaque jour plus hostile – polluée, rognée par l'urbanisation ou déréglée par le changement climatique – les animaux sauvages s'installent dans les villes. Ils s'y adaptent. Ce phénomène s'accroît. Et si, demain, nous devons les côtoyer au quotidien ? ».

les hôtels sont réquisitionnés pour le personnel des hôpitaux; les entreprises fragilisées pourront être soutenues économiquement par l'Etat et les salariés bénéficieront du chômage partiel.

Au final, cinq grandes périodes vont se succéder: le premier confinement: de mi-mars à mi-mai 2020; la période de déconfinement; le re-confinement généralisé à partir du 30 octobre 2020 et l'ouverture officielle de la campagne de vaccination gratuite le 27 décembre 2020. En février 2023 est prononcée la levée des mesures d'applications des gestes barrières, distanciation physiquement de de confinement en raison de l'amélioration de la situation sanitaire en France. Ainsi, les arrêts de travail dérogatoires sans jour de carence pour les personnes testées positives sont supprimés, l'isolement systématique des personnes positives et le test des cas contact au bout de deux jours ne sont désormais plus requis.

Au début, la crise est essentiellement sanitaire: le virus se propage rapidement, le nombre de décès est exponentiel, les hôpitaux sont à bout de souffle, les essais de recherche sur les vaccins se succèdent. Le secteur social et médico-social est, à ce moment-là, peu regardé. Pourtant, à côté de cette crise sanitaire, la crise sociale s'amplifie touchant les plus vulnérables: familles en situation de précarité, enfants protégés, allocataires de minima sociaux, personnes âgées, personnes en situation de handicap, etc. Cela a été peu évoqué mais le confinement a eu un impact psychologique sur ces populations. L'isolement forcé a pu provoquer des souffrances psychiques et des troubles psychologiques. Une partie des soins de rééducation, de réadaptation, d'aide à la motricité, d'orthophonie n'ont pu être assurés (Cols, 2021).

Certains établissements d'hébergement ont fermé. Les aidants familiaux ont dû prendre en charge à temps plein leur enfant ou adulte handicapé soutenus par les associations d'aide à

domicile, dont les salariées n'ont jamais cessé leurs activités. Ces professionnels ont continué d'intervenir au domicile des personnes handicapées et / ou âgées pour assurer les actes essentiels de la vie quotidienne, sans pour autant, parfois, avoir le matériel nécessaire pour se protéger et protéger les bénéficiaires. L'importance de leurs interventions n'est plus à démontrer aujourd'hui et beaucoup de professionnels se sont organisés comme ils le pouvaient: bricolage de maques, de blouses au début de la crise.

Les institutions sociales et médico-sociales ont, elles aussi, dû rapidement adapter leur organisation pour assurer leurs missions tout en faisant face à l'urgence. Si, au début de la crise, les directives ont été prises par l'Etat, « dans un souci d'une gestion homogène sur l'ensemble du territoire » (Cols, 2021, p. 25), ceci a été vécu par les acteurs locaux comme une méthode prescriptive sans ou avec peu de considération pour les difficultés rencontrées dans l'exercice de leurs missions. Les organes étatiques décentralisés (ARS, conseils départementaux) semblent avoir œuvrés efficacement, dans une volonté de cohérence même si, quelquefois, ont persisté « de forts cloisonnements, des consignes floues, parfois contradictoires, notamment en raison de clivages entre logiques sanitaires et logiques sociales ou médico-sociales » (Cols, 2021, p. 25).

Au niveau local, la « capacité d'adaptation et l'autonomie des professionnels, mais aussi l'agilité et la plasticité des institutions confrontées à la nécessité d'agir » (Cols, 2021, p. 30) sont à mentionner. Il apparaît, en effet, que les structures et collectivités ont fait preuve de réactivité, devant souvent les directives nationales. Ainsi, les organisations ont été pensées pour maintenir, autant que faire se peut, le lien avec les personnes accompagnées. Les travailleurs sociaux ont éprouvé de nouvelles

manières de faire leur travail auprès des familles: visio-conférences, appels téléphoniques réguliers, courriel, etc.

La réassurance, le maintien des liens, le soutien psychosocial relèvent des pratiques des travailleurs sociaux ». [...] Par leurs interventions, ils prennent leur place dans le domaine de la santé mentale. Cette dimension a été occultée. Or, de nombreuses interventions professionnelles à distance et en présentiel ont eu pour effet de calmer les angoisses, d'apporter des perspectives et une prise en compte des difficultés psychiques (Cols, 2021, p. 22).

Face à l'invisible mais néanmoins virulent danger, des professionnels ont œuvré dans l'ombre pour préserver les plus vulnérables. D'autres, malgré leurs inquiétudes et leurs incertitudes, ont permis à chacun de vivre dans un semblant de normalité.

Les pratiques des travailleurs sociaux ont été mises en tensions à l'instar de la plupart des activités professionnelles. Les professionnels de l'action sociale et éducative, comme la plupart des intervenants sociaux, ont été tiraillés entre le devoir de continuer à intervenir et la nécessité de se protéger (soi et sa famille), ou encore la crainte d'être eux même vecteur de la maladie. Chacun de sa place a été conduit à prendre des décisions sans toujours pouvoir en mesurer les effets attendus et inattendus. [...] Ces différentes situations ont généré des pertes de repères et des dilemmes qui se sont traduits par des positionnements divers, voire opposés, allant de la poursuite de l'action « quoi qu'il en coûte » en tentant de se protéger malgré le manque de moyens adaptés, à un repli, voire un retrait (Cols, 2021, p. 37).

Nous savons avec Yves Schwartz que travailler c'est arbitrer entre ce que j'exige de moi-même et ce que les autres me demandent: la hiérarchie, les collègues, les bénéficiaires, la société, etc. Le travail, comme toute activité humaine, est un « usage de soi » (Schwartz in Schwartz; Durrive, 2009, p. 254) dans un débat entre des normes et ce que nous sommes. Les

normes, antécédentes, ouvrent la dimension de l'usage de soi « par les autres ». Elles sont convoquées pour agir, mais cet agir est ancré dans le présent et orienté par des valeurs singulières. Elles sont soumises à l'arbitrage humain. Les arbitrages des uns se confrontent aux arbitrages des autres. Le choix de l'une ou de l'autre direction renvoie au débat de normes et de valeurs personnel guidé par un agir en santé singulier. L'expérience est faite d'accumulations d'arbitrages qui vont peser sur les « renormalisations » (Schwartz in Schwartz; Durrive, 2009 (II), p. 259) qui correspondent à un usage de soi « par soi ». La pratique du travail social ouvre un espace de débat de normes et de valeurs permanent. L'agir de ces professionnels est toujours à repenser à l'intérieur de multiples cadres axiologiques: relationnel, institutionnels et socio-économiques. Les débats de normes et de valeurs se sont accentués pendant la pandémie.

Le travail social porte en lui l'idée que chacun, chacune est capable d'agir pour assurer son bien-être. Cet attendu initial du travail social, c'est ce qui semble avoir guidé les travailleurs sociaux durant la crise épidémique (Dromard, 2017). L'attendu initial du travail social est un attendu sociétal-historique. Il alimente les fondements des métiers du travail social et préfigure comme étant le porte-valeurs des professionnels. Ces métiers sont des métiers d'engagement. Les professionnels ont un engagement moral vis-à-vis de l'attendu initial de leur métier. L'attendu initial convoque l'idée d'un travail au service des bénéficiaires et l'accompagnement fait le travail du travailleur social.

L'accompagnement présume d'un faire ensemble gageant d'une démarche volontaire et d'un engagement réciproque entre un accompagnant et un accompagné. Il est un savoir-faire constitutif du travail social. Si le verbe « aider » est sémantiquement proche du verbe « accompagner », c'est parce

que l'accompagnement, qu'est le soutien, est l'action, l'agir qui permet à l'aide d'exister. L'aide agit par action. Le travail social se différencie donc de l'assistance et de la charité, d'une part, par l'action de soutenir, en plus de celle de secourir, ceci dans une visée particulière, celle de bâtir, élever ou se relever. Or, la pandémie de Covid-19 est venue accentuer ce que nous constatons depuis plusieurs années (Dromard, 2017). L'écart se creuse entre l'attendu initial du travail social et les attendus institutionnels, faisant place à deux représentations du travail social qui évoluent en parallèle laissant le travailleur naviguer au sein de ces deux dimensions.

Les professionnels se meuvent alors entre résistance et obéissance (Dromard, 2017). Les formalisations, théorisations, normalisations des pratiques, l'amplification des procédures administratives induisent et imposent des évolutions pour les métiers du travail social, notamment par l'amoindrissement de la créativité. Or, il semblerait que les professionnels aient pu bénéficier, pendant la première période du confinement, d'une plus grande confiance de la part de leur hiérarchie, de la simplification des procédures, des allègements administratifs. Ceci s'est traduit

[...] par une moindre pression sur les travailleurs sociaux en termes de bureaucratie, même si parfois et dans certaines situations, il ne faut pas occulter que la fermeture de nombreux services a généré des situations de détresse et une difficulté accrue pour résoudre certains litiges ou blocages, voire pour rétablir des droits suspendus à tort ». Ceci a permis « aux travailleurs sociaux et plus largement aux différents professionnels médico-sociaux qui composent les équipes, de développer un certain nombre de pratiques nouvelles visant à atténuer les effets de l'éloignement, voire de la rupture de contact » (Cols, 2021, p. 38).

Marie-Paule Cols explique dans la conclusion du rapport sur l'impact de la crise sanitaire et en particulier l'impact du confinement sur les pratiques professionnelles des

travailleurs sociaux, qu'elle a coordonné à la suite de la saisine interministérielle du 5 octobre 2020, que les premières semaines de confinement ont révélé l'hétérogénéité territoriale du système de pilotage, la plasticité et l'adaptabilité des organisations en termes de simplification et de transversalité et un travail social impensé de la crise sanitaire. Elle souligne le fait que, durant la crise, les travailleurs sociaux et leurs institutions, grâce à leurs actions, ont atténué les effets de celle-ci sur les plus vulnérables. Cependant, dit-elle, ceci ne doit pas dissimuler les difficultés qu'ils ont rencontrées et l'épuisement ressenti. D'autant que le manque de reconnaissance envers ces professionnels alimente les débats, nourrit les frustrations et la rancœur.

On sait pourtant que les métiers du travail social sont identifiés comme étant à risque vis-à-vis de l'épuisement professionnel, notamment au travers du phénomène d'usure émotionnelle décrit dans les recherches portant sur le sujet à partir des années 70 (Arcand; Brissette, 1998). La prise en compte des risques psycho-sociaux est essentielle. Pour ces métiers la mise en place d'espaces de discussion est indispensable. Ce sont des temps de partage et de dialogue sur les difficultés rencontrées par les salariés qui agissent comme des opérateurs de santé et de qualité de vie au travail car la discussion des contraintes permet la fabrique de compromis (Detchessahar, 2013). Le compromis se construit à travers une mise en débat de la réalité du travail dans toutes ses dimensions. Les Groupes de Rencontres du Travail (GRT), proposés par la démarche ergologique, permettent cela (Dromard, 2017).

La dialectique des points de vue peut permettre le déploiement d'un travail social efficace, au plus proche des réalités des plus vulnérables. Sans cette dialectique le travail social court un risque immense: celui de sa disparition consécutivement

à l'essoufflement et au renoncement des travailleurs sociaux. Or, en février 2022, le gouvernement a programmé une conférence des métiers pour répondre à la pénurie de personnels et aux difficultés de recrutement rencontrées par les employeurs du secteur social et médico-social. Crise des vocations, difficulté de recrutement, multiplication des départs, la situation devient préoccupante.

Références

ANCELIN, Jacqueline. **L'action sociale familiale et les caisses d'allocations familiales**. Un siècle d'histoire. Paris : Comité d'histoire de la Sécurité Sociale. 1997.

ALFANDRI, Elie ; TOURETTE, Florence. **Action et aide sociales**. Paris : éditions Dalloz. 2011.

AUTES, Michel. **Les paradoxes du travail social**. Paris: Dunod. 2004.

BOUGE, Yvonne. **Préparation et activités de l'assistante sociale**. Paris: Bloud et Gay. 1947.

CANGUILHEM, Georges. **Ecrits sur la médecine**. Lonrai: Editions du Seuil. 2002.

CANGUILHEM, Georges. **Le normal et le pathologique**. Paris: Presses Universitaires de France. 2003.

CASTEL, Robert. **Les métamorphoses de la question sociale**: Une chronique du salariat. Saint Amand: Editions Gallimard. 2012.

CHAUVIÈRE, Michel. **Trop de gestion tue le social**. Essai sur une discrète chalandisation. Paris: Editions la découverte. 2010.

CHAUVIÈRE, Michel. **Le travail social dans l'action publique.** Sociologie d'une qualification controversée. Paris: Dunod. 2004.

CHEVALIER, Jacques. **Le service public,** Paris: Presses Universitaires de France. 2012.

COLS, Marie-Paule (rapport coordonné par). **Le Travail Social au défi de la crise sanitaire.** Impact de la crise sanitaire de la Covid-19 sur les organisations et les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux. 2021.

DETCHESSAHAR, Mathieu. **Le marché n'a pas de morale.** Paris: Les Editions du Cerf. 2015.

DOMENACH, Jean Marie et al. Le travail social, c'est le corps social en travail. **Revue Esprit.** 1972.

DONZELOT, Jacques. **L'invention du social.** Essai sur le déclin des passions politiques. Evreux : Editions du Seuil. 1994.

DROMARD, Ingrid. **Les groupes de rencontres du travail pour une autre évaluation du travail social.** À partir d'une expérience réalisée à la Caisse d'allocations familiales des Bouches-du-Rhône. Thèse de doctorat de philosophie, Aix-Marseille-Université. France. 2017.

DUJARIER, Marie-Anne. L'automatisation du jugement sur le travail. Mesurer n'est pas évaluer. **Cahiers internationaux de sociologie.** N. 128-129, p. 135-159, Presses Universitaires de France. 2010.

GUERRAND, Roger Henri ; RUPP, Marie Antoinette. **Brève histoire du service social en France 1896-1976.** Toulouse : Editions Edouard Privat. 1978.

HATZFELD, Hélène. **Construire de nouvelles légitimités en travail social**. Paris, Dunod. 1998.

ION, Jacques ; RAVON, Bertrand. **Les travailleurs sociaux**. Paris : Editions La Découverte & Syros. 2005.

KARZ, Saül. Déconstruire le social. **Séminaire 1**. Paris : Editions l'Harmattan. 1992.

LÖCHEN, Valérie. **Comprendre les politiques d'action sociale**. Paris : Dunod. 2010.

MENDEL, Gérard ; PRADES, Jean Luc. **Les méthodes de l'intervention psychosociologique**. Paris : Editions La Découverte. 2002.

PAUL, Maëla. **L'accompagnement** : une posture professionnelle spécifique, Condé sur Noireau : Editions l'Harmattan. 2004.

ROGERS, Carl. **La relation d'aide et la psychothérapie**. Bielo-Biala: ESF Editeur. 2015 (1^{ère} édition en 1942).

ROSANVALLON, Pierre. **L'Etat en France de 1789 à nos jours**. Paris : Edition du Seuil. 1993.

SIMMEL, Georg. **Le pauvre**. Paris Editions Allia. 2009.

SCHWARTZ, Yves ; DURRIVE, Louis. **L'activité en dialogues** : entretiens sur l'activité humaine (II). Toulouse : Editions Octarès. 2009.

VERDES-LEROUX, Jeanine. **Le travail social**. Paris : Les éditions de minuit. 1978.

ZASK, Joëlle. **Zoocities, Des animaux sauvages dans la ville**, Premier Parallèle, ISBN papier : 9782850610455. 2020.

DE LA CONTINUITÉ PÉDAGOGIQUE À L'UNIVERSITÉ DURANT LA CRISE SANITAIRE COVID-19 À L'EXPÉRIENCE D'APPRENTISSAGE DES ÉTUDIANTS

*Jean-Luc Denny
Louis Durrive*

Introduction

En France le confinement de la population a été promulgué le 17 mars 2020 à grand renfort de mesures sanitaires visant notamment la restriction de contacts physiques et de déplacements. Le 23 mars 2020, la loi d'état d'urgence sanitaire, votée par le Sénat et l'Assemblée nationale, promulgue le maintien à domicile des enseignants, étudiants à l'université et élèves des écoles, collèges et lycées.

Selon le rapport de l'Unesco rendu publique le 25 janvier 2021, la France fait partie des pays au monde ayant connu la plus courte durée de fermeture de ses écoles comptabilisant 10 semaines pour l'ensemble de la période. Le même rapport souligne que la

durée des fermetures varie fortement selon les continents, allant de 20 semaines dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, à 10 semaines en Europe, et seulement un mois en Océanie. Pour revenir à la France, on y recense plus de 12,3 millions d'élèves de l'enseignement primaire et secondaire et 1,7 millions d'étudiants du supérieur appelés à poursuivre les apprentissages en restant à la maison. Du côté des enseignants, on comptabilise près de 870 000 enseignants qui ont dû s'employer – en urgence et sans préparation – à modifier leur manière d'enseigner et d'accompagner les apprenants. Pour réduire les incidences en termes d'apprentissages, le gouvernement français décide la mise en place d'une continuité pédagogique.

Un vademecum est publié par le ministère le 20 mars 2021 visant à aider les enseignants à s'approprier les modalités pédagogiques globalement inédites d'un enseignement par le numérique. Le document définit la continuité pédagogique comme un dispositif qui vise à « s'assurer que les élèves poursuivent des activités scolaires leur permettant de progresser dans leurs apprentissages, de maintenir les acquis déjà développés depuis le début de l'année (consolidation, enrichissements, exercices...) et d'acquérir des compétences nouvelles lorsque les modalités d'apprentissage à distance le permettent » (MENJ, 2020, p. 11).

En effet, en restant à distance des environnements physiques d'enseignement, les enseignants ont essentiellement dû recourir aux technologies du numérique pour satisfaire à leurs obligations professionnelles. Ils se retrouvent ainsi à cumuler l'utilisation de Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) tout en gérant simultanément leur vie familiale.

Du point de vue de la recherche en éducation et en formation, cette période mobilise un nombre considérable d'études. La majorité des travaux documente les effets délétères sur la qualité

des apprentissages, et l'expérience d'apprentissage scolaire et universitaire des apprenants. À titre d'illustration on peut citer cet article de Cerisier (2020) dont le titre est évocateur de cette réalité : « Covid-19: heurs et malheurs de la continuité pédagogique à la française ».

Notre chapitre se propose plutôt de mettre en lumière les initiatives prises par les étudiants pour faire face aux contraintes rencontrées en contexte de crise sanitaire.

Une proposition ergologique d'approche de l'expérience du confinement

Comprendre le paradigme ergologique

L'approche ergologique de l'activité humaine a quelque chose d'original à dire, à propos de **l'expérience du confinement** qui a marqué les années 2020 et 2021 lors de la crise sanitaire planétaire.

Pour entrer dans le raisonnement ergologique d'Yves Schwartz, il faut commencer par souligner sa filiation avec Georges Canguilhem (1904-1995), philosophe et médecin dont les travaux nous ont permis de comprendre la dynamique fondamentale du vivant : celle du végétal comme de l'animal, mais aussi de l'humain qui ne fait pas exception parmi les vivants. De quelle dynamique s'agit-il ? Disons d'abord que la vie peut être décrite de façon basique comme un phénomène physico-chimique naturel. Ce qui fait la différence entre une matière inerte et une matière vivante, c'est qu'un vivant est un corps qui puise dans son écosystème la substance qui lui est nécessaire pour se maintenir. De son côté, Canguilhem considère ce fait objectif qu'est l'échange du vivant avec le milieu, mais il va ensuite l'interpréter de façon lumineuse.

Oui, la vie se distingue de l'inertie comme son contraire – mais bien plus encore, selon cet auteur: la vie est une *lutte contre* l'inertie, ce qui veut dire qu'il y a une dynamique du vivant. Vivre, c'est chercher à s'opposer à l'inertie et à l'indifférence, sans relâche et énergiquement.

Le vivant quel qu'il soit (y compris une amibe) va se déplacer dans un milieu en le polarisant pour échapper à l'indifférence – c'est-à-dire en le découpant selon ce qui l'attire ou le repousse, non seulement pour se maintenir et éviter de disparaître (écarter les menaces, en les marquant d'une polarité négative) mais aussi pour en tirer parti et se développer (saisir les opportunités en les marquant d'une polarité positive). On parlera désormais d'une « activité » du vivant, entendue comme une conquête, un avantage chaque fois arraché au milieu, dans une interaction qui n'est jamais jouée d'avance. En effet dans sa tentative de gagner une marge de manœuvre à un moment donné, le vivant peut échouer ou bien ne réussir que partiellement. L'actif doit toujours composer avec du passif, car l'environnement s'impose massivement au vivant, celui-ci étant obligé de subir certaines circonstances.

Canguilhem résume sa thèse sur le vivant en ces termes: « Vivre, c'est valoriser les objets et les circonstances de son expérience, c'est préférer et exclure des moyens, des situations, des mouvements. La vie, c'est le contraire d'une relation d'indifférence avec le milieu » (2018, p. 581-582).

Yves Schwartz va développer la démarche ergologique en repartant de l'héritage de Canguilhem: la vie s'accompagne de jugements de valeur, le vivant s'inscrit dans un *rapport Vie/Valeur*. Mettre en rapport vie et valeur signifie ici que le vivant met en correspondance le moment de sa rencontre avec le milieu et ce qui fait valeur pour lui, en tant qu'il est un individu appartenant à une espèce donnée. N'étant pas comme un contenu versé

dans un contenant, il va occuper un espace pour le modifier, l'aménager: se faire son milieu propre, le façonner en composant avec les circonstances, en adoptant des stratégies pour arriver à ses fins, en se heurtant à ce qui lui résiste et en bifurquant alors vers d'autres issues... mais toujours au nom de ce qui -pour lui- fait spécifiquement « valeur »: une valeur au singulier, celle qui caractérise l'espèce concernée et qui guide les choix de l'individu -animal ou végétal-, qui oriente son comportement et s'inscrit dans l'organisme même, en devenant inhérente à son fonctionnement vital.

S'il existe des normes biologiques c'est parce que la vie, étant non pas seulement soumission au milieu mais institution de son milieu propre, pose par là même des valeurs non seulement dans le milieu mais aussi dans l'organisme même. C'est ce que nous appelons la normativité biologique (Canguilhem, 2013, p. 203).

Il faut nous attarder un peu sur cette relation de l'être vivant avec son milieu, car l'analyse qui suivra à propos de **l'expérience du confinement** suppose d'avoir bien saisi les prémisses du raisonnement.

Le vivant évolue dans un milieu qu'il n'a pas créé - et lui-même est un « individu » au sens où il possède une unité de caractères, il forme un tout qui se distingue de ce qui l'entoure. Qu'il soit un animal ou une plante, cet individu « vit », ce qui signifie qu'il est animé par une exigence de se maintenir (préserver l'équilibre avec son milieu afin de ne pas mourir) mais aussi de croître (prendre le risque de vivre, tenter quelque chose). Il porte en lui une exigence, un impératif qui l'incite à ne pas rester atone, sans vitalité, en acceptant telles quelles les contraintes du milieu. Certes, il se soumettra aux contraintes de l'environnement mais simultanément, il cherchera à plier ce milieu aux exigences de son

propre épanouissement, quitte à changer ses façons de s'y prendre, ses « options normatives ».

C'est précisément du fait de la capacité du vivant à modifier sa manière de fonctionner pour mieux adapter le milieu à ses fins, qu'on parle de « normativité » au sens vital: c'est la capacité à faire jouer la plasticité de la norme organique pour survivre dans un environnement, mais aussi pour s'y développer en faisant en sorte que ce milieu lui convienne. Ces *normes vitales* ou manières de s'y prendre engagées par le vivant médiatisent à chaque fois une « valeur », qui est une exigence du vivre propre à l'espèce afin de répondre à la provocation du milieu: provocation perçue négativement (obstacle, contrainte) ou bien positivement (convenance, opportunité).

Du vital au social

On retiendra de ce qui précède que le vivant en général se caractérise par sa résistance aux pressions de l'environnement. S'il ne veut pas disparaître mais continuer d'exister et même se développer, le vivant doit à la fois partiellement accepter un « déjà-là » et partiellement aussi l'infléchir, l'adapter à ses choix, à ce qui convient aux individus de son espèce. Chaque organisme a donc une capacité d'organisation qui empêche ce qui est en dehors de lui de le dominer entièrement ; il fait barrage à l'hétéro-détermination intégrale. Cependant les choix de vivre de l'animal ou du végétal sont relativement stéréotypés, répétés de génération en génération, parce que le rapport en valeur est ici global et synthétique: c'est une valeur stable qui se transmet aux individus et les incitent à sélectionner dans le milieu ce qui est adéquat pour vivre.

Dans sa réflexion sur la continuité et la discontinuité entre monde animal et humain, Yves Schwartz parlera du « premier

seuil » de l'Évolution, à propos de l'émergence de *la vie*. Selon lui, un « deuxième seuil » est reconnaissable avec l'émergence de *la vie sociale*. Il ne s'agit pas de la vie en groupe chez certaines espèces, qui interagissent et gardent une cohésion pour se protéger et se reproduire. Le seuil dont on parle se réfère à un phénomène très nouveau dans l'histoire du vivant, ainsi décrit par l'anthropologue Maurice Godelier:

Contrairement aux autres animaux sociaux les hommes ne se contentent pas de vivre en société, ils produisent de la société pour vivre [...]. Ils produisent donc de la culture, fabriquent de l'histoire, l'Histoire » (1984, p. 9).

Produire de la société, cela signifie fabriquer des normes sociales: à un moment donné de l'Évolution, des groupes humains vont se former autour d'une définition collective de ce que « vivre » veut dire. Désormais, avant même que naisse le petit d'homme, le groupe aura fixé pour lui « ce qui doit être » comme solution au vivre quotidien: quelle nourriture et comment se la procurer, comment consommer, comment se vêtir, comment habiter les lieux, quelles relations avoir dans le groupe, etc. Et ce *devoir-être* qui anticipe les choix de chacun, a pour double effet de réunir les semblables et de les différencier des autres humains, puisque chaque groupe va promouvoir ses propres normes d'organisation.

L'émergence de la vie sociale entraîne une profonde transformation, déjà à l'échelle de l'individu. Tandis que pour le vivant en général, ce qui fait valeur est quasiment inné et le dirige régulièrement vers des solutions proches pour adapter le milieu, pour l'humain désormais les normes du vivre et les valeurs qui les sous-tendent ne sont plus naturelles. Chacun va être confronté aux valeurs de vie collective et aux normes que celles-ci mettent en avant. Cependant, Yves Schwartz le souligne, l'individu humain

devenu un être social va rester un être vivant. Or comme tous les vivants, il porte en lui une exigence du vivre qui consiste à lutter afin d'exister, ne pas disparaître sous la contrainte des déterminations extérieures à lui.

D'un côté, des individus humains qui veulent exister face aux pressions venues du milieu, de l'autre côté une société qui pose des normes de vie à l'avance. On voit là se dessiner une tension qui fera toute la différence entre la normativité vitale et la normativité sociale. La première vise l'harmonie parce qu'il s'agit de normes organiques, biologiques; tandis que la seconde est problématique et même polémique car les normes sociales sont de l'ordre de l'institué et demandent à chacun de se mobiliser en faisant « usage de soi », pour choisir d'aller ou non dans le sens de l'exigence exogène.

Ce n'est plus une valeur spécifique qui guide l'individu comme dans le règne animal, mais c'est un « monde de valeurs » qui va traverser la vie humaine -individuellement et collectivement- compte tenu des multiples choix qui s'offrent à chacun pour concrétiser telle ou telle valeur. Avec le deuxième seuil, la relation entre l'être vivant et son milieu se retourne: jusque-là premier, le milieu naturel et ses déterminations est devancé par les « créations artificielles » (Schwartz) c'est-à-dire les normes sociales et les valeurs qu'elles médiatisent, avec leurs déterminismes. Et le rapport Vie/Valeur au singulier pour le monde animal devient un rapport Vie/Valeurs au pluriel pour le monde humain.

Vivre le confinement: une approche ergologique

Après avoir exposé la thèse de Canguilhem et Schwartz sur la dynamique du vivant, nous allons pouvoir présenter comment l'ergologie appréhende l'expérience du confinement. Lorsqu'en

2020 la pandémie du Covid-19 a frappé notre université comme partout ailleurs, elle a modifié brutalement l'activité étudiante et a entraîné de nombreuses difficultés dans le vivre au quotidien. Il s'agit pour chacun des étudiants d'une *expérience* dans le sens d'une épreuve, comme le suggère l'étymologie de ce mot. C'est la rencontre d'un sujet avec un contexte dans lequel il va devoir se mouvoir – et par la suite tirer les leçons en termes d'effets positifs ou négatifs.

L'expérience du confinement de 2020 a bouleversé chez les étudiants aussi bien leur rapport à l'espace et au temps que leurs habitudes de travail, leurs relations aux autres, leur perception des enjeux concernant leur travail universitaire ou même leur parcours dans le supérieur. Il s'agit donc d'une expérience multidimensionnelle, vécue aussi bien intellectuellement que physiquement, psychologiquement et socialement. Les concepts et les outils de l'approche ergologique sont justement bien adaptés pour saisir un phénomène aussi global, car le sujet de l'expérience y est regardé comme un « corps-soi » (Schwartz, 2000, p. 664), c'est-à-dire une personne qui a une profonde unité, qui vit dans le monde et connaît le monde à travers son être entier. C'est aussi le point de vue anthropologique de Canguilhem pour qui l'humain est « un être qui ne peut exister que total » (Canguilhem, 2011, p. 446).

Appréhender l'expérience humaine dans son unité, c'est une démarche qui consiste à reconnaître partout la vie qui surgit, alors même qu'on croit l'avoir maîtrisée par un effort d'anticipation. On a tout programmé, on imagine que l'imprévu n'a plus sa place et pourtant la vie continue de se manifester dans les événements exceptionnels autant que dans les moments très ordinaires, les routines insignifiantes ou encore les temps très normés et contraints. Ce qui empêche de repérer ses manifestations, c'est précisément la représentation que l'on peut avoir de « la

vie »: une vision statique, en se limitant au phénomène physico-chimique d'échange du vivant avec le milieu – ou bien une vision dynamique en interprétant la normativité du vivant. Le risque d'une représentation restreinte, c'est de prendre la vie pour une évidence, un allant de soi. En considérant uniquement qu'elle est la condition fondamentale de tout le reste, on tient la vie pour transparente: elle est là, elle s'impose et c'est tout, il n'y aurait rien de plus à en dire.

Or non, la vie n'est pas une donnée d'évidence immédiate qui ne mériterait aucun commentaire ni aucun effort d'analyse. C'est tout l'inverse en réalité. Beaucoup de difficultés dans les sociétés modernes ont à voir avec le fait que l'on a ignoré le phénomène du vivant. De nombreux systèmes ou dispositifs ont été conçus « rationnellement » sans tenir compte de la vie qui bouleverse, dérange les plans les plus élaborés. C'est l'un des grands enseignements de Canguilhem: « [la] raison est lucidité et rectitude. Au regard de la raison, la vie est trouble ; au cordeau de la raison, la vie est fuyante. La raison est régulière comme un comptable; la vie, anarchique comme un artiste » (2015, p. 313).

La vie ne consolide ni ne confirme un ordre prédéfini: elle s'introduit dans un système qui a tout prévu et va donner du mouvement. On l'a dit précédemment, vivre ce n'est pas accepter tel quel un donné, se soumettre au milieu en subissant l'existant. Et parmi les vivants, l'humain a une spécificité que nous avons déjà exposée. Dans l'Évolution c'est l'émergence de la vie sociale, celle de la norme sociale qui institue les choses, les maintient pour durer. Devenu social, l'être humain continue pourtant de vivre, d'être porté à déranger ce qui est déjà en place, à « *valoriser: c'est-à-dire choisir, préférer et exclure* » (Canguilhem, 2011, p. 35) car il conserve les caractéristiques du vivant tout en les transformant. C'est ainsi que l'humain ne se contente pas d'exister, il est en

inconfort permanent, perpétuel insatisfait qui déborde l'ordre tel qu'il a été pensé logiquement à l'avance.

Or au moment du confinement de 2020, et pour de bonnes raisons, les autorités publiques imposent du jour au lendemain des restrictions à la vie quotidienne, fixant par là « un contenu et une signification du vivre ». Inévitablement chacun va se soumettre, tout en cherchant à se ressaisir de ce que pour lui « vivre » veut dire. C'est la réponse propre à chacun face aux nouvelles limites du quotidien : simultanément l'acceptation inévitable de l'adversité et une convocation à réagir, à « faire usage de soi », selon l'expression de Schwartz (2009, p. 254). Et c'est effectivement le constat qui a pu être fait : l'ordre de rester confiné a bien été suivi, c'est l'étape de l'assujettissement ; puis chaque étudiant.e a tenté de continuer à vivre d'une autre façon. Ce besoin de rebondir – qui nous vient de la vie – est opposition à l'immobilisme, à l'enfermement, comme à toute forme d'inertie.

L'épreuve du confinement pour un être qui est très social et très singulier

Soulignons bien ceci: *cela ne veut pas dire que chaque étudiante, chaque étudiant a finalement réussi à rebondir*. Toute renormalisation est un essai de réappropriation de la norme sociale et l'issue n'est en aucun cas garantie. Pour bien le comprendre, il faut appréhender l'épreuve du confinement comme une « dramatique d'usage de soi », une formule explicitée ainsi par Schwartz :

À l'origine, un drame – individuel ou collectif – a lieu quand des événements surviennent rompant les rythmes des séquences habituelles, anticipables, de la vie. D'où nécessité de réagir, dans le sens de : traiter ces événements, « faire usage de soi ». En même temps, cela produit de nouveaux événements, donc transforme le rapport avec le milieu et entre les personnes. La situation est alors

matrice de variabilité, matrice d'histoire parce qu'elle engendre de l'autrement, à cause des choix à faire (micro-choix) pour traiter les événements. L'activité apparaît alors comme une tension, une dramatique (2009, p. 254).

Voyons comment se noue la « dramatique » avec le confinement. Nous avons commencé notre exposé par la description du vivant en général, en lutte pour se faire une place dans son environnement. Nous avons ensuite abordé l'aventure de la vie humaine, où l'individu est doublement exposé à des pressions préexistantes: celle du milieu naturel et celle de la société avec la force symbolique des normes. Dans l'épreuve du confinement, les deux formes de pression sont bien repérables. Il existe une cause naturelle à l'isolement temporaire, c'est la menace virale.

La conséquence est le maintien dans un périmètre clos, restreint, donc une contrainte d'ordre physique issue d'un souci de conservation de la vie. Toutefois, l'expérience se joue aussi dans l'ordre du symbolique qui vient doubler la pression naturelle. L'injonction du confinement relève d'une norme sociale qui doit se traduire chez chacun par une autocontrainte. Dans le vocabulaire ergologique, on parlera d'un « usage de soi par les autres », dans la mesure où chacun se voit dicter de l'extérieur ce qu'il doit faire de sa propre personne durant plusieurs mois.

Si l'on en restait là, l'assujettissement serait « invivable », mortifère, car – nous l'avons vu précédemment – un vivant ne supporte pas l'hétérodétermination intégrale. Parce qu'il est un être social, le vivant humain va se soumettre à l'injonction, en se plaçant comme « sujet » au sens passif du terme. Mais il ne peut en rester là, il lui faut d'urgence se réapproprier son destin de vivant. Il va donc tenter de reprendre l'initiative sur la contrainte, se repositionner en tant que « sujet » mais cette fois au sens actif,

« sujet de ses normes » (Canguilhem, 1947, p. 135). Il vise alors l'autodétermination, « l'usage de soi par soi ».

C'est ainsi qu'il faut comprendre la « dramatique d'usage de soi » définie plus haut. Pris dans le vif de l'action, le sujet doit se plier aux mesures sanitaires qui lui disent temporairement ce qu'il doit faire de sa propre personne. La norme sociale est anonyme (au sens d'impersonnelle) et antécédente à toute action concrète, ce qui lui confère sa légitimité et son opérationnalité. En effet, chacun des sujets visés va se réapproprier à sa manière la norme: elle est antécédente, il va l'actualiser; elle est anonyme, il va la personnaliser. Chacun fait « usage de soi » en transformant son rapport au milieu et aux autres.

La situation de confinement est ainsi devenue « matrice d'histoire » parce qu'il a fallu *faire autrement* à un moment donné sans forcément savoir quelle serait l'issue de l'initiative. Confrontation à l'incertitude, et cependant confrontation nécessaire: s'il n'y avait pas eu usage de soi « par soi » mais uniquement « par les autres », les sujets se seraient confinés et la vie sociale – donc l'histoire en train de se faire – aurait été comme suspendue, interrompue par une stabilisation provisoire des configurations à vivre. Mais c'est justement cette hypothèse de standardisation de la vie sociale qui est à la fois impossible (on ne peut éliminer les comportements en situations variables) et invivable (un « corps-soi » doit pouvoir reprendre l'initiative sinon il ne se maintient pas en santé). Et c'est ainsi que des expériences inédites dans la vie quotidienne ont eu lieu durant le confinement.

Nous avons là l'illustration de la spécificité du vivant humain parmi tous les vivants: il est très social, car il se construit dans une sollicitation réciproque avec ses semblables; et simultanément, il est très singulier car il est un vivant soucieux – comme tous les vivants – d'exister par lui-même dans le monde. Il a besoin

d'éprouver sa « centralité », un phénomène décrit par Canguilhem dans les termes suivants.

Le propre du vivant, c'est de se faire son milieu, de se composer son milieu [...]. Vivre, c'est rayonner, c'est organiser le milieu à partir d'un centre de référence qui ne peut lui-même être référé sans perdre sa signification originale (Canguilhem, 2000/1965, p. 143-147).

Et l'auteur ajoutera plus loin :

En tant que vivant, l'homme n'échappe pas à la loi générale des vivants. Le milieu propre de l'homme, c'est le monde de sa perception, c'est-à-dire le champ de son expérience pragmatique où ses actions, orientées et réglées par les valeurs [...] découpent des objets qualifiés, les situent les uns par rapport aux autres et tous par rapport à lui (p. 152).

On comprend en lisant ces lignes, que le vivant manifeste sa présence dans le monde en tant qu'il est une totalité, une unité. La vie est un phénomène synthétique: un centre de vie est tout entier un centre d'évaluation (de référence, dit l'auteur) et s'il est découpé analytiquement, référé à autre chose que lui-même, on perd le sens de cette centralité. Il faut appréhender celle-ci en respectant le « point de vue » dans l'approche du vivant humain.

À partir de là, on comprend aussi qu'une situation objectivement connue – et qui est à vivre – se double toujours d'une situation subjectivement perçue. La situation de confinement en est une bonne illustration. Chaque étudiante a été conduit à se soumettre au dispositif dans le respect des règles sanitaires, mais en même temps, chacun a éprouvé le besoin de se poser comme « centre » de la situation qu'il vivait, en essayant de garder la maîtrise de ce qui se passait autour de lui/d'elle. Il s'agit pour le sujet de positionner les objets de son expérience « les uns par rapport aux autres et tous par rapport à lui » comme l'écrit Canguilhem. En d'autres termes, chacun a besoin de « rayonner » en se reconnaissant pilote de la situation à vivre, organisant

subjectivement son monde dans un tissu de relations logiques à ses yeux (« relation entre » les objets) et axiologiques (« relation à » lui-même, capable de faire advenir du sens). L'enjeu est de faire arriver quelque chose en tant qu'auteur de sa propre vie, et non pas uniquement rester spectateur de ce qui nous arrive.

Nous avons voulu approfondir ici le concept d'activité selon l'acception de Schwartz (2000) car il nous paraît donner un éclairage original sur le phénomène vécu à grande échelle du confinement en 2020. L'approche ergologique privilégie une entrée synthétique dans l'expérience humaine, en préalable aux découpages analytiques indispensables à l'effort de connaître. Cela implique d'aborder le sujet en tant que « corps-soi », en dialogue permanent avec son milieu. Cela suppose ensuite de reconnaître la vie à l'œuvre, à travers de micro-initiatives pour reprendre le dessus sur les contraintes. Cela demande enfin de comprendre les enchâssements de « débats de normes » entre normes endogènes (sujet) et normes exogènes (société) – la norme étant comprise comme « l'expression de ce qu'une instance évalue comme devant être » (Schwartz, 2009, p. 257), au cœur de l'activité humaine.

Une enquête auprès d'étudiantes pendant le confinement

Participant·es et protocole de recherche

La seconde partie de notre chapitre se propose d'asseoir sur des données empiriques la proposition qu'il existe de nombreuses initiatives en cours de confinement. En effet notre étude s'est attachée à tracer l'activité de huit étudiantes de deuxième année de licence en Sciences de l'Éducation et de la Formation de l'Université de Strasbourg. Une particularité du groupe réside dans sa position dans la formation, dans la mesure où les étudiantes

participent à un dispositif de préprofessionnalisation visant une entrée progressive dans le métier de professeur des écoles. Ainsi, en plus des heures d'enseignement en licence, elles vont sur le terrain observer un enseignant dans ses pratiques et interviennent à leur tour pour quelques séances de cours. Le groupe est composé de sept étudiantes âgées de 19 à 22 ans et une de 27 ans qui est en situation de reprise d'études. Toutes sont issues de classes socio-économiques moyennes. Leur niveau universitaire est homogène autour d'une moyenne de 13.5 sur 20 en première année de licence.

- L'appareillage méthodologique repose sur une alternance entre des entretiens collectifs du type *focus group* et des entretiens individuels.

Situé au démarrage de l'étude, le premier *focus group* avait comme objectif, outre de présenter les objectifs scientifiques de l'étude, de sensibiliser les étudiantes à l'entrée « activité » prise sous l'angle des normes et valeurs, en phase avec notre cadre théorique. Le second *focus group* était situé en clôture du recueil des données. Il visait à remettre en discussion les points saillants des informations recueillies lors des entretiens individuels. L'enjeu consiste à faire valider – et le cas échéant amender – les savoirs issus de l'activité et mis en valeur durant les temps d'échange.

Entre ces deux temps, nous réalisons un entretien avec chaque participante en s'attachant à mettre l'accent sur des traces de l'activité. Toutes les données sont recueillies lors du premier confinement. Aussi un système de visio-conférence est utilisé avec enregistrement en simultané.

D'un processus d'apprentissage acquis au fil du temps à un rapport aux savoirs renouvelé

- Nous présentons ici les principaux résultats issus de la recherche avec comme focale la question des apprentissages.

Imposé par le confinement, l'éloignement des environnements physiques d'apprentissage a eu pour conséquence d'amener les étudiantes à vivre autrement leurs tâches universitaires. Ainsi plusieurs jours par semaine, et plusieurs heures par jour, les étudiantes se sont retrouvées devant leur écran à suivre des enseignements avec des modalités diverses. Si majoritairement les cours se sont déroulés en visio-conférence, des enseignants plus chevronnés dans le domaine de l'utilisation du numérique au service des apprentissages ont proposé des diaporamas commentés, capsules vidéos et autres supports animés.

- Assez rapidement les étudiantes documentent un changement dans *leur rapport à l'espace*.

Si auparavant elles étaient obligées d'utiliser les transports en commun pour rejoindre l'université, elles vivent désormais enfermées chez elles. Cette situation les amène à réévaluer un vécu ordinaire rappelant les nombreuses heures de trajet passées auparavant (avant le confinement) pour rejoindre leur université avec un sentiment omniprésent de perte de temps. Cette contrainte quotidienne évitée du fait du confinement, est revisitée à l'aune des entretiens de recherche jusqu'à faire émerger une nouvelle compréhension.

Les étudiantes vont documenter l'idée que ces temps de trajet ne sont « finalement » pas aussi anodins que cela. Se

mettre en trajet pour rejoindre l'université s'est se muer en passant progressivement d'une posture « domestique, familiale à une posture d'étude ». En effet le passage d'un état à un autre est loin d'être anodin. Dans les bus ou les trains on se projette dans la journée, on devient « plus cognitif », « plus en phase avec ses objectifs de réussir, de travailler ». D'une certaine manière on peut dire que, plus que de se limiter à une fonction technique et pragmatique, le trajet quotidien acquiert au fil des échanges une fonction dynamique et développementale. Preuve que prendre des initiatives dans la contrainte est aussi une construction a fortiori qui permet aux étudiantes de ne pas subir les événements et au contraire dans devenir le pilote.

Une telle lecture du vécu en confinement est renforcée par le fait d'avoir à étudier à la maison, dans un espace initialement dévolu aux affaires familiales. De nouvelles manières de faire sont construites en situation exceptionnelle. Ainsi l'espace de vie change d'affectation, initialement réservé au temps de détente et de loisirs majoritairement. La vie domestique devient davantage empreinte d'enjeux en termes d'apprentissages.

Une étudiante souligne ainsi l'importance de se construire de nouveaux rituels, se sentant incapable de travailler dans sa chambre tant cet espace est apparenté aux temps de détente car composé de nombreux distracteurs. Elle préfère privatiser le salon, réactualisant ainsi ses manières de s'organiser. Ses rituels évoluent par un questionnement qui vise son rapport à l'environnement. Apparaît l'enjeu de chercher la meilleure manière de s'y prendre. Par là même, on repère une exigence de centralité, celle-là même qui amène tout vivant humain à se recomposer son milieu en fonction de ce qui fait référence pour soi.

- Les étudiantes documentent également un changement dans *leur rapport aux tâches d'apprentissage*.

Une des conséquences du confinement est l'arrêt brutal des modalités d'évaluation telles que menées traditionnellement. Celle qui est particulièrement significative, c'est le contrôle « sur table ». Les circonstances de l'enseignement à distance amènent les enseignants à modifier les formes évaluatives pour privilégier des travaux à réaliser chez soi (textes à commenter, thèmes à développer, etc.). Ce changement est vécu de prime abord plutôt positivement. Ce sont les devoirs « sur table » qui « stressent beaucoup ». Les étudiantes « arrivent, s'installent, ne savent pas ce qui va tomber et là, c'est la peur au ventre qui l'emporte ».

Cette angoisse quotidienne fragilise la disposition des apprenants à donner la pleine mesure de leurs capacités. Désormais les étudiantes se retrouvent à distance « beaucoup moins stressées » car tout à fait à l'abri « des questions surprises qui stressent » et qui « bloquent » au quotidien. Avec les productions à rendre, la tension diminue et une forme de stabilité « émotive apparaît » qui « aide à mieux comprendre les cours ». Dans le domaine des neurosciences, des recherches ont d'ailleurs largement démontré que les émotions négatives fragilisent le processus cognitif. L'émotion (surtout lorsqu'elle est positive) et la cognition sont deux facteurs qui se conjuguent pour faciliter et optimiser la qualité des apprentissages.

Si elles éprouvent moins d'angoisse, les étudiantes sont tout de même obligées de prendre de nouvelles initiatives. Un consensus émerge autour de tâches d'apprentissage à distance « beaucoup plus exigeantes et nécessitant bien plus d'efforts » que dans un cours en présentiel.

Une étudiante rappelle que lorsqu'« il fallait apprendre et recracher le cours par cœur c'était facile ». Elle dit avoir acquis cela « depuis tout petit, c'est un automatisme » alors que là elles sont obligées « d'analyser, de faire de la réflexion ». Le processus cognitif mobilisé est ainsi d'une autre nature, car « là », en suivant l'enseignement à distance, elles sont « dans la recherche ». Il faut comprendre le cours, « aller plus loin, ça met plus de temps, c'est plus compliqué ». Les étudiantes déclarent ainsi être obligées de « s'accrocher » et de mobiliser « plus de concentration ».

Apprendre en situation de confinement est donc un tout autre exercice que celui demandé à la fac. Des prises d'initiative sont repérées avec des bénéfiques en termes de qualité d'apprentissage. Ainsi « le fait de chercher les informations par soi-même [...] permet de mieux assimiler le cours ». Les étudiantes se trouvent obligées d'adopter une posture active, être encore plus engagées dans la recherche d'information et fournir plus d'efforts de compréhension, autant de tâches qui participent de l'expérience du confinement.

De nouveaux rituels sont nécessaires contribuant à consolider la qualité des acquis. On peut citer l'exemple des travaux à rendre qui obligent les étudiantes à approfondir la compréhension de l'exercice avec un effort de reformulation des acquis surtout lorsqu'il s'agit de restituer une définition. Pour éviter tout reproche de plagiat, les étudiantes sont obligées de reformuler leur production, une dynamique qui participe ainsi à l'amélioration des apprentissages réels. La « pression du copié/collé » est mentionnée dans les entretiens, ce qui conduit à « devoir mieux comprendre pour bricoler un peu en formulant autrement, il faut mettre ses propres mots, une touche personnelle en fait ». Cet ajustement « en micro » peut être rapproché d'une forme de braconnage dans l'activité pédagogique nécessitant un effort de concentration et

de compréhension. Cet exemple montre comment les étudiantes vont renormaliser le prescrit en situation de confinement jusqu'à trancher avec des reformulations langagières du matériau de cours les mettant à l'abri de toute disqualification pour plagiat.

- Une autre exigence apparaît dans les entretiens et interroge cette fois *la relation à la communication non-verbale* dans le suivi des cours.

Est documentée la complexité de suivre des enseignements en distance avec le prisme de l'écran d'ordinateur, car ceci a pour effet de masquer les indices de l'expression corporelle de l'enseignant. En effet « en cours le professeur met l'accent sur ce qu'il faut retenir, [alors que] là tout se vaut, c'est une même trame, donc il faut tout traiter plus, faut décrypter les intentions ». La capacité attentionnelle est fortement sollicitée dès lors qu'un cours est programmé « en distance ».

Les étudiantes conscientisent désormais combien elles sont attentives habituellement au repérage des signes non-verbaux qui leur permettent de décoder les intentions pédagogiques de l'enseignant. Repérer ce qui est « attendu pour l'évaluation » mais aussi ce « qu'il faut retenir » par la manière dont l'enseignant « met en valeur tel ou tel contenu »: ce sont des stratégies mobilisées quotidiennement et qui sont absentes désormais en situation d'éloignement. On voit combien des microdécisions et arbitrages ponctuent l'activité des étudiantes amenées à renormaliser en permanence (Schwartz, 2000).

Cette prise de conscience nécessite ainsi une attention plus soutenue de leur part aux objectifs d'apprentissage. Ainsi les étudiantes s'organisent autrement, elles se regroupent et « travaillent » en commun afin de partager leur compréhension

des enjeux de l'enseignement. Le « partage d'expérience » permet de minorer quelque peu la difficulté à « comprendre les objectifs principaux d'un cours suivi à l'ordinateur ». L'usage de nouvelles formes sociales de travail en groupe et à distance est mobilisé pour surmonter des obstacles importants et ainsi reprendre l'initiative.

- Un consensus est repérable parmi les étudiantes dans l'expression *d'une relation aux savoirs* plus proches de leurs manières d'être et de penser. Ce point apparaît comme crucial dans la compréhension de l'expérience du confinement.

Les étudiantes expriment une satisfaction à travailler en situation de confinement. Certes les tâches liées aux études universitaires sont jugées plus complexes et difficiles à réaliser ; malgré tout elles repèrent de l'enthousiasme dans ces modalités. Est évoqué une forme de « challenge de bosser comme ça » car elles considèrent que « c'est le moment de montrer ce [qu'elles ont] dans le ventre ». En se remettant en situation, elles expliquent leur cheminement. Lorsque « le cours arrive, [elles sont curieuses] » et se demandent « comment [le professeur] a fait, du coup direct, [elles sont] à fond, [et se jettent] dessus ». Les étudiantes ressentent « plus d'intensité dans le travail, du rythme aussi ». Elles se disent « plus concentrées », elles sont « à fond avec les écouteurs », elles attendent que le cours arrive.

Une étudiante se « met dans un autre état d'esprit, prête à apprendre et quand [elle y est, elle] y reste et ne lâche rien ». En comparaison à l'université, « le rythme est lent, on arrive à l'amphi, le professeur débarque, le micro ne marche pas. Ça ne passe pas. On rentre à la maison avec l'impression de n'avoir rien fait. Là c'est différent, quand je m'y mets, je ne lâche rien, j'oublie tout le reste ».

L'ensemble des résultats de l'enquête va dans le sens des travaux de Barrère qui décrit une appétence des étudiants à être « à fond d'dans » (2014, p. 120) comme reflet d'une quête d'intensité favorisant « un oubli de soi et du temps dans une activité qui enveloppe » (p. 120). Pour les étudiantes engagées dans un cours à distance, la tâche doit capter l'attention tout entière, mobiliser l'effort et la concentration pour déboucher sur une satisfaction éprouvée du travail accompli. Si le recours au numérique n'est pas en soi une source de motivation, c'est plutôt la nature des activités qui est reconnue comme un marqueur en phase avec la sociabilité juvénile. Ce mode d'apprentissage apparaît ainsi plus proche des aspirations des étudiantes.

Ce que l'étude démontre comme nouvelles potentialités

En conclusion l'étude a montré que sur le temps du confinement l'analyse de la manière de faire, de penser et d'être a fait émerger de nouvelles potentialités chez les étudiantes. Celles-ci gagnent en souplesse et en alternative en termes d'agir dans le processus de formation. Assez significativement citons cette étudiante qui affirme qu'elle « détestait travailler le matin, elle se surprend désormais à adorer se mettre au boulot tôt le matin ». Progressivement, les étudiantes se construisent de nouveaux repères, elles rebondissent sur les obstacles pour y trouver de nouvelles satisfactions. Ainsi elles identifient des marges d'initiative dans leurs études et les investissent, un processus leur permettant de vivre en santé en dépit d'un contexte social plutôt anxiogène. On rejoint ici la perspective canguilhemienne sur la santé de l'être d'activité, à la fois corps et esprit :

Je me porte bien dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter des choses à l'existence et

de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi (Canguilhem, 2002, p. 68).

Ces nouveaux ajustements par évaluations successives permettent aux étudiantes de retrouver une prise sur leur environnement qui a été tellement bouleversé par la pandémie. C'est un processus de production de savoirs singuliers qui apparaît : loin de subir un contexte, les étudiantes font émerger au cours des entretiens des savoirs investis dans leur agir comme modalités pour transformer du passif en actif.

Les résultats de notre enquête permettent également de postuler une forme d'exigence : en même temps que le moment se vit dans l'épreuve, il nécessite que l'étudiant double son attention afin de se découvrir des ressources pour agir. La difficulté de la tâche peut ainsi apparaître comme un facteur explicatif du mal-être ressenti par bon nombre d'étudiants durant la pandémie. Notre hypothèse serait alors que ceux-ci ne parvenaient pas à s'installer dans un tel rapport au savoir.

Ces résultats peuvent également constituer les fondements d'une réflexion visant à faire évoluer l'acte d'enseigner à l'université. En effet, les initiatives prises sur les contraintes par les étudiantes qui ont participé à notre enquête forment des ingrédients susceptibles de renouveler certains aspects de la pédagogie universitaire: la quête de rythme, d'intensité et la diversité des tâches et des modalités d'évaluation peuvent se révéler en adéquation avec le profil de l'étudiant aujourd'hui.

Références

BARRÈRE, Anne. (2014). L'éducation est-elle sortie de l'École ? L'autoformation des adolescents dans les activités juvéniles.

Administration & Éducation, 142(2), 117-122. <https://doi.org/10.3917/admed.142.0117>

CANGUILHEM, Georges. Milieu et normes de l'homme au travail. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 3, 120-136. 1947b.

CANGUILHEM, Georges. **Écrits sur la médecine**. Paris : Le Seuil. 2002.

CANGUILHEM, Georges. **Œuvres Complètes. Tome 1**. Paris : Vrin. 2011.

CANGUILHEM, Georges. Nouvelles réflexions sur le normal et le pathologique. In : **Le Normal et le pathologique**, 169-222. Paris : PUF. 2013/1966.

CANGUILHEM, Georges. **Œuvres Complètes. Tome 4**. Paris : Vrin. 2015

CANGUILHEM, Georges. **Œuvres Complètes. Tome 5**. Paris : Vrin. 2018

CANGUILHEM, Georges. **La Connaissance de la vie**. Paris : Vrin. 2000/1965

GODELIER, Maurice. **L'Idéal et le matériel**. Fayard. 1984.

SCHWARTZ, Yves. (2009). Vocabulaire ergologique. In : SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis. **L'activité en dialogues**, 253-260. Toulouse : Octares éditions.

SCHWARTZ, Yves. **Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe**. Toulouse: Octares. 2000.

MENJ. Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse. **Coronavirus – Covid-19. Vademecum continuité pédagogique**. 2020. <https://www.education.gouv.fr/continue-pedagogique-tous-mobilises-merciauxprofs-303276>

BALANCE GENERAL LOS EFECTOS DE LA COVID-19 EN COSTA RICA: 2020-2023

*Juan José Romero Zúñiga
Agustín Gómez Meléndez*

Introducción

Las noticias de la Covid-19 llegaron a Costa Rica con la misma velocidad que al resto del mundo, creo, incluso, que con la misma sorpresa y esperanza de que no fuera un evento de altas repercusiones para el mundo y, por supuesto, para el país. Las noticias llegaban a nuestras pantallas de televisión o de dispositivos móviles a una velocidad cada vez más acelerada. La tensión se centraba en cuándo llegaría el primer caso al país y qué ocurriría luego.

La historia de lo que pasó en Costa Rica, por poco más de tres años al momento de escribir estas líneas, no fue muy diferente de lo que se vivió en la mayoría de los países y territorios del mundo: incertidumbre, dolor, tristeza, desolación, muerte, desempleo, pobreza, pérdida de salud mental y física, y una profunda crisis

económica familiar y estatal. La lucha por la sobrevivencia, no sólo a la enfermedad, sino a las complicaciones en la calidad de vida y las condiciones sociales, fue el modo de vida de casi todos. La infección no diferenció víctimas, la enfermedad y la muerte sí. La epidemia cobró colores de sindemia (Almeida-Filho, 2022; Singer, 1996) y los más vulnerabilizados sufrieron las peores consecuencias vitales. La pobreza, las disparidades y las inequidades, en general, los determinantes sociales de la salud (Commission on Social Determinants of Health, 2008), cobraron un precio muy elevado que nunca se quiso prevenir.

Aun así, medidas tomadas a tiempo por el gobierno del presidente Carlos Alvarado Quesada, y bajo la coordinación del Dr. Daniel Salas Peraza como ministro de salud, propiciaron una serie de ventajas para contener primero, y reducir los efectos devastadores luego, de una enfermedad que ya cobraba miles de muertos en el mundo y producían las peores escenas posibles relacionadas a una enfermedad reciente.

Este texto pretende dar un vistazo general sobre los tres años de la parte de la pandemia por la Covid-19 que corresponde a Costa Rica, con especial énfasis en el primer año, bajando un poco el contenido respecto al segundo año, y haciendo una brevísima descripción de lo que fue el tercer año, justo antes del levantamiento de la emergencia sanitaria internacional por la covid-19, dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 5 de mayo (Emergency Committee on the Covid-19 pandemic, 2023).

Algunos datos de contexto

La población costarricense ronda los 5.2 millones de habitantes, con una densidad poblacional cercana a 101

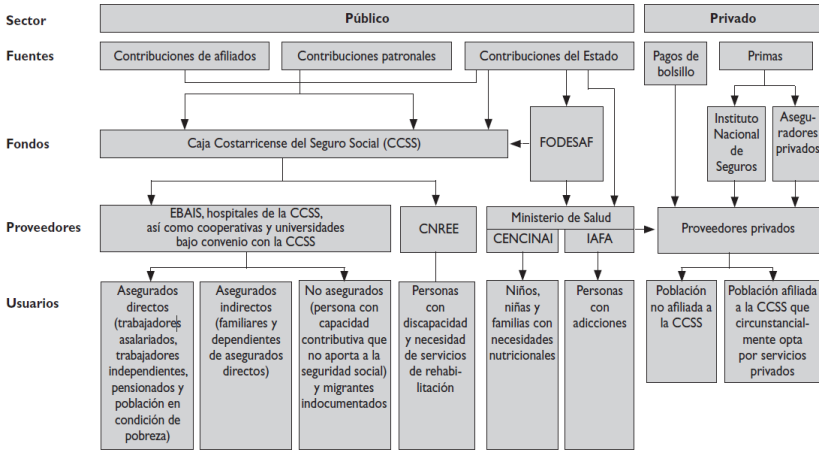
habitantes por km². El PIB per cápita en 2022 fue de € 12.537 y se ubica en el puesto 58 del IDH elaborado por las Naciones Unidas (Datosmacro, 2023)²⁰²³. La tasa de crecimiento poblacional ha venido en descenso continuo, ubicándose en 0.6% anual en 2022; del mismo modo, hay un crecimiento sostenido de la población mayor a 65 años, que alcanzó el 11% en 2021, con una leve mayoría de mujeres (World Bank, 2023). Cerca del 27% de la población habita en zonas rurales, con alta concentración en las zonas urbanas (INEC, 2022).

El sistema de salud de Costa Rica está compuesto por el Ministerio de Salud como ente rector, así como varias instituciones autónomas dentro de las que destacan la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), y las municipalidades. La CCSS presta los servicios de salud a alrededor del 80% la población habitante en Costa Rica, con un esquema de protección universal y solidaria de cobertura nacional. Obtiene su financiamiento por contribuciones de los asegurados, los empleadores y el Estado, en distintos porcentajes de aportación.

La CCSS es responsable de administrar tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad, el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el régimen no contributivo. De forma complementaria, el sector privado, compuesto por una extensa y creciente red de prestadores de servicios de todo nivel de complejidad, se financian especialmente con pagos de bolsillo y con primas de seguros privados (**Figura 1**) (Sáenz *et al.*, 2011). En los últimos años se ha observado un creciente desarrollo de la industria de prestación de servicios de salud privados, con un alto nivel de gasto de bolsillo. Por su parte, A y A se encarga de regular y vigilar la dotación de agua potable en Costa Rica que, para el 2019, alcanzó casi un

98% de viviendas con agua intradomiciliaria, y un 94% con agua potable (Alvarado; Barquero, 2023).

Figura 1 – Descripción del Sistema de Salud de Costa Rica (SÁENZ *et al.*, 2011).



Fuente: Sáenz R, Bermúdez J, Acosta M. (2010)

CENCINAL: Centros de Educación y Nutrición (CEN) y Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación (CINAI)

CNREE: Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial de Costa Rica

EBAIS: Equipo Básico de Atención Integral en Salud

IAFA: Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia

INS: Instituto Nacional de Seguros

Las municipalidades (84 actualmente) y algunas empresas privadas que son concesionarias de servicios públicos como acueductos y electrificación, así como de la disposición de los desechos sólidos de viviendas e industriales, son parte fundamental del sistema de salud.

Datos acumulados sobre Covid-19 al 20 de mayo de 2023

Al momento de escribir este documento, en Costa Rica se habían reportado, oficialmente, 1,232,552 casos de enfermedad,

y 9366 fallecidos por ella (Worldometer, s. f.). Sin embargo, estos datos pueden estar altamente subestimados debido a que, además del alto porcentaje de asintomáticos o paucisintomáticos, debido a la alta tasa de informalidad y del desempleo que ocurrió por la epidemia (Banco Central de Costa Rica, 2020, 2021), muchas personas no consultaron por la enfermedad por temor a que les giraran una orden sanitaria de aislamiento preventivo de hasta 10 días al inicio, o siete días en el segundo año, y que eso afectara su estabilidad laboral o, en el menos malo de los casos, una reducción de hasta un 25% de los ingresos de ese mes. Asimismo, con el advenimiento de las pruebas caseras, las variantes de ómicron de alta transmisibilidad, pero baja virulencia, y el relevante porcentaje de vacunación, hubo una reducción sustancial en las solicitudes de pruebas para Covid-19.

Figura 2 – Curvas epidémicas de casos reportados y fallecidos por Covid-19 desde marzo 2020 a abril 2023.



Fuente – Johns Hopkins University & Medicine, 2023.

Respecto a las dosis de vacunas aplicadas en el país, a la fecha, el 85% del total de la población blanco de la vacunación (4.7 millones) contaba con al menos dos dosis, y el 57% había recibido, al menos, una dosis de refuerzo (Caja Costarricense de Seguro Social, 2023). El total de dosis aplicadas, teniendo en cuenta que se han aplicado incluso hasta tres refuerzos al 3.5% de la población vacunable, y que la vacunación cubrió a población no costarricense, es de 13,287,421 (**Tabla 1**).

Tabla 1 – Dosis de vacunas contra la Covid-19 aplicadas en Costa Rica, a mayo de 2023.

Grupo etario (años cumplidos)	Población total	Dosis					Total aplicadas
		1°	2°	3°	4°	5°	
0 a >100	5,163,021.00	90.50	84.90	57.40	22.80	3.50	13,287,421.00
6 meses a 4 años	328,027.00	34.50	23.70	10.50	0.00	0.00	225,538.00
5 a 11	525,491.00	81.10	69.70	24.70	0.00	0.00	922,061.00
12 a >100	4,274,344.00	96.80	92.40	63.40	22.80	3.50	12,139,822.00

Fuente – Caja Costarricense de Seguro Social.

<https://www.ccss.sa.cr/web/coronavirus/vacunacion>

El inicio de la epidemia en Costa Rica

La enfermedad, en Costa Rica, se reportó, por primera vez el 6 de marzo de 2020. Previo a esto, el gobierno de la República conformó la mesa de alto nivel con participación de los ministerios de Salud (Minsa), Seguridad Pública (MSP), Obras Públicas y Transportes (MOPT), Justicia y Paz (MJP), y de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Adicionalmente, se convocó a una serie de asesores de universidades para conformar el Comité Técnico de para la Vigilancia y Atención de la Infección por Coronavirus (Covid-19). Dado que se tenía a la Covid-19 como un virus puramente respiratorio, el Comité Técnico en

Infecciones Respiratorias, que existía previo a la emergencia por esta enfermedad, conformado por especialistas en virología, neumología, medicina interna, epidemiología e inmunología, se reforzó con más integrantes. Fue este comité el encargado de producir los Lineamientos Nacionales para la Vigilancia de la Enfermedad Covid-19, que se revisaban y actualizaban constantemente. La última versión se publicó el 7 de noviembre de 2022, y se realizó una adenda el 29 de marzo de 2023.

Una serie de medidas, altamente restrictivas, fueron tomadas en las primeras semanas. De esa manera fue posible cumplir, con una altísima eficacia, la fase de contención de la enfermedad. Así, debieron transcurrir 84 días para completar los primeros 1000 casos confirmados por laboratorio, y únicamente 10 fallecidos, para una letalidad acumulada de 0.01% (**Figura 2**). Mientras tanto, en Panamá, con quien Costa Rica limita al sureste, contaba ya los casos por varios miles y las muertes se contaban por decenas. De hecho, el primer caso (paciente 0) fue importado de ese país. Para lograr esos números, el país tomó una serie de medidas draconianas con alta limitación en la movilización de las personas, sin llegar, eso sí, a los niveles observados en países de Europa.

En general, todo el sistema de salud sufrió efectos negativos devastadores por esta enfermedad, sin llegar a colapsar los servicios médicos, gracias a que la CCSS logró, en tiempo récord, permutar camas de otros servicios de internamiento, así como equipos destinados a servicios usuales, en camas y equipos para atender pacientes afectados por Covid-19; se pasó, así, de poco más de 25 destinadas a esta enfermedad, en marzo del 2020 a cerca de 1500 en total, y casi 450 en UCI para la fase más aguda de la crisis. Incluso, el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), de la CCSS, fue transformado en el Centro Especializado en Atención de pacientes con Covid-19 (CEACO). Esa fue una maniobra de

alto impacto positivo, aunque afectó, de forma directa a los pacientes en rehabilitación física por lesiones o condiciones de salud, que debieron derivarse a otros hospitales y clínicas de la CCSS. Del mismo modo, dada la emergencia sanitaria, muchas cirugías electivas que estaban programadas en listas de espera, se aplazaron, con lo que estas listas crecieron en cantidad con los casos nuevos que se sumaron, y se ampliaron en los plazos para su cumplimiento (La República, 2022), en claro perjuicio de esos pacientes. Según la CCSS, los pacientes más urgentes fueron atendidos en forma prioritaria.

A esto, hay que sumar que el Ministerio de Salud (Minsa) vio sobrepasada su capacidad de reacción en el seguimiento y gestión de los casos por Covid-19, perdiendo el rastro de estos apenas a tres meses de iniciada la epidemia, en que se comienza a sospechar, por parte de observadores y analistas externos al Minsa, de que hay transmisión comunitaria, situación que se oficializó en julio del 2020. De hecho, los casos recuperados estuvieron subregistrados casi un 90% del tiempo durante el primer año de la epidemia. Buena parte de este problema de gestión de los casos fue que la ya insuficiente cantidad de personal que debía atender las otras funciones esenciales normalmente desempeñadas, entre ellas, brotes por otras infecciones, y un brote de intoxicación por metanol, debió atender la emergencia por Covid-19. La mayor razón de este problema ha sido la ausencia de un verdadero sistema de información automatizado para la vigilancia epidemiológica (Contraloría General de la República, 2021), aun desde antes de la epidemia. No cabe duda de que un real sistema de información podría haber hecho la diferencia en la gestión de los casos, ofreciendo, incluso, enormes economías en tiempos que se traducirían en calidad de vida para todas las personas, además de lo económico (Romero Zúñiga; Gómez Meléndez, 2021).

La epidemia en 2020: una ola larga y estable

Se podría decir que, en el caso de Costa Rica, lo que se observó en 2020 fue una única ola epidémica, con un crecimiento importante entre junio y septiembre, para mantenerse estable hasta diciembre y luego emprender un proceso de reducción paulatina de forma decreciente-creciente y luego decreciente-decreciente (**Figura 2**). No se observó, en realidad, ningún indicio de más de una ola en este año. Afortunadamente, esta ola se estabilizó en cerca de los 1200 a 1300 casos diarios en promedio en su parte más alta, lo que no llevó al colapso del sistema de salud general, aunque sí lo saturó.

El perfil de las personas infectadas fue cambiando en el transcurso de la epidemia, así como se fue moviendo desde el centro del país hacia la periferia, siguiendo los movimientos comerciales y de relaciones familiares. Sin embargo, posteriormente, el virus se moviliza con gran fuerza desde la periferia hacia las zonas urbano-marginales de la meseta central del país, en que existe la más alta concentración de personas en estado de vulnerabilidad, y en donde se incrementó exponencialmente la tasa de infecciones y, con ello, las hospitalizaciones y los fallecimientos (García Marín; García Fernández, 2022)with socioeconomic and health indicators - contrast variables - at four moments of observation during the first year of the syndemic in Costa Rica. The objectives of the research work are: a.

Las tasas de morbilidad y mortalidad general fueron, en realidad, muy bajas cuando se toma como base el total de la población habitante en Costa Rica, y la cantidad de casos diagnosticados, y si se toman como referencia las tasas observadas en otros países del mundo, pero en especial en Latinoamérica, como México, Brasil y Ecuador, por citar algunos. Al finalizar

el 2020, se habían contabilizado cerca de 168 mil casos y 2156 fallecimientos, para una tasa de 31888 y 416.15 por millón de habitantes (Mathieu *et al.*, 2020b).

Sin embargo, es altamente probable que estas tasas estén sobrestimadas porque los casos diagnosticados representen sólo una fracción del total de los casos de infección, dada la naturaleza misma de la infección que produce cerca de un 30% de asintomáticos y casi un 50% de sintomáticos leves o moderados que podrían rehuir de la atención médica, sea por confundirlo con un resfrío común o un cuadro gripal, o por temor a las órdenes sanitarias que implican hasta dos semanas de cuarentena, con consecuencias directas sobre su empleo. Otro aspecto que no se puede desestimar es la estigmatización que se ha hecho de la enfermedad y de la persona enferma. Incluso, en algunos casos, hubo atroces ataques a personas enfermas mientras guardaban aislamiento en sus casas o en albergues especiales (Hidalgo, 2020).

Las medidas no farmacológicas aplicadas en Costa Rica en los distintos momentos de la epidemia ocurrieron, mayormente, en respuesta a la forma en que se fue produciendo evidencia sobre el virus y la enfermedad. De ese modo, las primeras medidas fueron el cierre de fronteras terrestres, marítimas y aéreas, el cierre de centros educativos, cierres sanitarios de emergencia (cuarentenas o “lockdown”), restricción a la circulación vehicular y el cierre de negocios, espectáculos o actividades que congregan alta cantidad de personas en espacios cerrados y con ausencia de distancia física, establecida en 1.8 metros (Ministerio de Salud, 2020)¹. Todas estas medidas tuvieron mayor o menor efecto en la tasa de contagios, pero todas ellas con fuerte repercusión sobre la

1 Estos lineamientos se fueron adaptando según las evidencias que se fueron produciendo a nivel mundial, así como por las recomendaciones de la OPS/OMS.

economía nacional (Banco Central de Costa Rica, 2020), al igual que la mundial. Estas medidas fueron las recomendadas, en cada uno de sus momentos, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), según la evidencia se iba produciendo.

Un punto de inflexión fue el uso obligatorio de la mascarilla en ambientes cerrados y abiertos con atención o servicio público. Esta fue quizás, la medida no farmacológica más eficaz para el control de la transmisión del virus; aun así, a pesar de que desde abril se tenía evidencia altamente válida sobre la eficacia de este aditamento para prevenir el contagio propio y el de los demás, no fue sino hasta junio que se recomendó su uso general, y que se obligó en lugares cerrados primero, y en abiertos después. A pesar de que se temió un desabastecimiento de mascarillas de uso médico en el mundo, al mismo tiempo que se avanzaba en el estudio de la forma de transmisión del virus por la vía aerógena, se estudiaba qué materiales podrían utilizarse para la construcción de mascarillas sanitarias de tela para el uso masivo.

La restricción vehicular sanitaria fue una de las medidas más cuestionadas, pero tanto un informe del Programa Estado de la Nación (Programa Estado de la Nación, 2023), como un par de estudios independientes demostraron que estas restricciones, junto con otras causas de reducción de la movilidad, como los cierres sanitarios en negocios, favorecieron el no incremento de casos en forma aún más dramática en Costa Rica (Núñez-Corrales; de Camino, 2021, Rojas; Romero, 2022).

Relacionado con lo anterior, la estrategia de la danza y el martillo, estrategia de control diseñada por el Ing. Tomás Pueyo (Pueyo, 2020), se quiso implementar en nuestro país, pero queda la duda de si en realidad se hizo en la forma más apropiada. El martillo, o sea, las medidas más drásticas, sólo deben aplicarse en condiciones extremas, especialmente cuando la transmisión

comunitaria llega a niveles no manejables. En el caso de Costa Rica se aplicó varios martillazos en momentos que, para algunos analistas, no tenían sentido; sin embargo, a nuestro entender, los primeros dos martillazos, en especial el aplicado en la Semana Santa del 2020, sí fueron justificables en el entendido de que había mucha incertidumbre respecto al comportamiento del virus y de la enfermedad, y había que tomar tiempo para aprender y para preparar los servicios del sistema de salud.

Fueron medidas drásticas, pero necesarias en aquel momento. Luego, ante la ausencia de un real sistema de información, y debido a la forma en que se monitorizó el evento, ante la ausencia de una real inteligencia epidemiológica (Romero Zúñiga; Gómez Meléndez, 2021), se ha optado más por la danza; además, de la fuerte presión del gobierno central, ante una insostenible situación fiscal y por la agobiante situación económica del país (Banco Central de Costa Rica, 2020, 2021).

Una de las mejores noticias para el país llegó el 23 de diciembre. Como regalo adelantado de navidad llegaron las primeras 9750 dosis de las vacunas anti-Covid-19 de los fabricantes Pfizer-BionTech (Madrigal, 2020). El gobierno de Costa Rica, desde mediados del año y durante el segundo semestre del, por medio de la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE), firmaron un convenio adelantado de compra de vacunas con los fabricantes Pfizer-BionTech (Casa Presidencial, Costa Rica, 2020) y Oxford-AstraZeneca (Mora, 2020), así como por medio de la iniciativa Covax (Salas Peraza, 2021). Los detalles sobre lo que ocurrió respecto a las vacunas y el proceso de vacunación en el país, lo detallamos en un apartado más adelante.

2021: El segundo año de la epidemia

Como se observa en la 1, durante este año, el país registró los peores indicadores de la epidemia pues la cantidad de muertos, solo ese año fallecieron cerca de 5200 personas, sumando dos olas producidas por las variantes alfa y delta siendo la segunda la más crítica de todas las registradas durante los tres años de la epidemia (Mathieu *et al.*, 2020b). La ola por la variante alfa nos dejó un aproximado de 2101 fallecidos, mientras que delta 2370. Fue en esta ola en que el sistema de salud se vio más comprometido, con momentos de saturación casi completa de las camas de la CCSS, que llegaron a casi 1600 dedicadas a la atención de esta enfermedad, con casi un 35% de ellas en unidades de cuidados intensivos (UCI). El exceso de mortalidad alcanzó cerca de 5946 personas, acumuladas, solo atribuibles a esta causa.

La vacunación fue progresando poco a poco. El inicio fue tibio, pero entre el 31 de marzo y el 31 de diciembre, se pasó de 385 mil a casi 7.8 millones de dosis aplicadas. Con ello, probablemente, se pudo mitigar un poco el enorme daño que se sufrió, especialmente con la ola de delta, en que un alto porcentaje de la población contaba ya con al menos dos dosis de vacuna, y una buena parte de la población vacunable a ese momento -hay que recordar que no se vacunaban menores de edad- especialmente las personas adultas mayores, y las adultas con algún tipo de comorbilidad como diabetes, hipertensión arterial u obesidad, más las personas de la primera línea de atención, ya contaban con una dosis de refuerzo (Mathieu *et al.*, 2020b).

Este año fue muy contrastante con el 2020 en la relación salud-economía. Desde el inicio de la pandemia, producto de los cierres sanitarios en fronteras y aeropuertos, así como de las actividades económicas en general, los problemas económicos que

venían desde antes de la aparición de la Covid-19, se agudizaron (Banco Central de Costa Rica, 2020, 2021; Flores, 2020). Se puso la salud y la vida de las personas, por encima de los intereses económicos del estado. En el caso de Costa Rica, la CCSS, que debió atender la emergencia en los servicios atención de la enfermedad, debió gastar mucho más (Bolaños, 2020), mientras captaba menos dinero de los contribuyentes por concepto de los seguros de salud debido a los despidos, las jornadas reducidas, y el incremento resultante de la informalidad. Así, la CCSS fue la entidad que más absorbió los gastos del gobierno en atención de la pandemia en el 2020 (Alfaro, 2021; Cordero, 2021b) que invirtió €76.664 millones (0,2% del PIB; otro rubro importante fueron las ayudas a las familias más afectadas en lo económico mediante el bono Proteger, que buscó dar alivio económico temporal a las personas trabajadoras que se vieron afectados sus ingresos por la emergencia de la Covid-19 (Solano Chacón; Llaguno Thomas, 2022).

De ese modo, durante el 2020 la situación económica fue muy negativa para el país en lo económico (Banco Central de Costa Rica, 2020, 2021), pero el saldo de fallecidos y de incapacitados por la Covid-19 no fue tan alto, en comparación con otros países (Worldometer, s. f.). Durante ese año, con mayor o menor nivel de rigurosidad se implementaron la mayoría de las medidas no farmacológicas para la contención y prevención del contagio por el SARS-CoV-2, tales como el uso de mascarillas, cierres sanitarios de negocios e instituciones públicas, restricción vehicular sanitaria, entre los más relevantes. Para el 2021 la situación económica no ofrecía mayor margen de maniobra para las autoridades del gobierno, por lo que las medidas restrictivas empezaron a bajar en cantidad y rigurosidad, a pesar de que la vacunación no había logrado altos niveles en el primer semestre (Mathieu *et al.*, 2020a).

Hubo una especie de alucinación entre diciembre de 2020 y marzo de 2021 con una reducción sustancial de nuevos casos, internados y fallecidos, que aprovechó el gobierno para intentar redinamizar la economía aprovechando la Semana Santa; eso, a pesar de que algunos analistas y observadores temíamos por el recrudecimiento de los casos que se había observado semanas antes en Europa y Norteamérica por la ola con la variante alfa. La apuesta salió muy cara y costó cerca de 2100 fallecidos.

Para el segundo semestre del 2021, los indicadores económicos fueron mejorando, el desempleo bajo un poco y la presión social amainó levemente (Banco Central de Costa Rica, 2020, 2021). Las personas se sintieron un poco mejor en lo económico y psicosocial. Hay que acotar que dos de los principales problemas de la epidemia por la Covid-19 durante 2020 y 2021, fue lo atinente a la psicosocial y socioafectivo. Los problemas psicológicos y psiquiátricos se incrementaron de forma muy significativa: cerca de un 35% (Cordero, 2021a; Santomauro *et al.*, 2021). Por ello, como parte de los intentos del gobierno central por mejorar esa situación, hubo mayor apertura de sitios comerciales, eventos deportivos y culturales, entre otros.

En medio de ese escenario llegó la variante delta. Afortunadamente el porcentaje de personas vacunadas, con al menos dos dosis, fuese la fórmula de Pfizer-BionTech o la de Astra-Zeneca, había alcanzado más del 70% de la población de mayor riesgo (Mathieu *et al.*, 2020a). Aun así, esta ola significó una alta ocupación hospitalaria, en UCI y casi 2400 fallecimientos; aunque, proporcionalmente, de una forma menos virulenta que las variantes anteriores (**Figura 2**).

Mención especial merece la politización que se hizo en torno a la pandemia durante la campaña electoral desarrollada durante el segundo semestre del 2021. El candidato Rodrigo

Chaves Robles, quien luego de una segunda ronda electoral ganara las elecciones, tomó el malestar de las personas por las fuertes medidas sanitarias tomadas por el gobierno del presidente Carlos Alvarado Quesada, y, en haciendo uso de un discurso mesiánico y populista, ofreció eliminar todas las restricciones, eliminar la vacunación obligatoria contra la Covid-19 (ver apartado específico más adelante) y reducir las tasas de desempleo y de pobreza en que nos sumió la pandemia (Partido Progreso Social Democrático, 2021). Una vez en el gobierno, el señor Chaves y su ministra de salud hicieron todo lo posible por borrar toda huella de lo actuado en la administración anterior respecto a las políticas sanitarias para la prevención del contagio y la atención de la enfermedad, así como sus efectos colaterales. El impacto sobre las coberturas vacunales fue muy importante, no solo sobre las de Covid-19, sino sobre todas las que componen el Programa Ampliado de inmunizaciones (ver apartado más adelante).

2022: año de contrastes y de la recuperación

El 2022 tomó al país con una tasa de vacunación en segundas dosis de poco más del 90%, y en terceras dosis en casi el 50% (Caja Costarricense de Seguro Social, 2023; Mathieu et al., 2020a). La variante delta había dejado su estela de enfermos graves y muertos (**Figura 2**). Ya, en el hemisferio norte se estaban presentando las olas de contagios por ómicron, de alta transmisibilidad pero de baja virulencia (Davies *et al.*, 2022). A pesar de que la cantidad de contagios en la primera ola, en los primeros meses del año, fue mucho mayor de todos los reportados en todo el 2020, los hospitales no llegaron a mostrar la plétora de internamientos en salón, ni en UCI, y la letalidad fue muy significativamente menor a la de la variante original y a las de alfa y delta.

Las tasas de vacunación y la baja virulencia de las nuevas variantes, todas del linaje de ómicron, dio mayor impulso a la reactivación económica. Ya el gobierno saliente con Carlos Alvarado Quesada como presidente, desde el 2021, había flexibilizado fuertemente las medidas de prevención de los contagios. Con la entrada del nuevo gobierno, con Rodrigo Chaves Robles a la cabeza, estas medidas preventivas casi que desaparecieron y se hizo vida casi que al ritmo prepandémico. De todos modos, durante toda la campaña electoral, el señor Chaves Robles no aplicó esas medidas para sí mismo ni para sus colaboradores de campaña, independientemente del momento y del lugar, o de la cantidad de personas congregadas.

Así, junto con la reducción en la virulencia de las variantes del SARS-CoV-2, se fue dando la reactivación económica del país, en alguno sectores más que en otros (Gardoce Oconitrillo, 2023; Vargas, 2023). Al final del año, el regreso por completo a la presencialidad en casi todas las actividades educativas, culturales, comerciales y deportivas trajo un ambiente de mayor calma social respecto a lo que la epidemia había significado en los años previos. Sin embargo, la politización que se hizo de la enfermedad durante la campaña electoral, en especial lo que se refería a las políticas de vacunación obligatoria para todos los estratos etarios en que la vacuna estaba aprobada en Europa y en Estados Unidos de América, provocó múltiples discusiones y choques entre las autoridades del nuevo gobierno, y muchos de los sectores de salud y la academia. Para fortuna del nuevo gobierno, les tocó vivir de los esfuerzos realizados por el gobierno anterior, y de la fortuna de variantes menos virulentas.

Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) como gran amortiguador del evento

Sin duda, la construcción histórica de un estado social de derecho (Centro de Investigación Jurídica en Línea, s. f.; Ortiz, 1976) basado en una clase media grande y con buenos indicadores en salud, que se proyecta hacia las clases alta y baja, pero especialmente a la baja, especialmente por las coberturas en educación y salud (World Bank, s. f.), permitió que la epidemia no hubiese sido peor en este primer año. Definitivamente, el sistema de cobertura universal y solidario que ofrece la CCSS (María del Rocío & Espinoza Carro, 2016; Sáenz *et al.*, 2011), a todo lo largo ya ancho del territorio nacional es parte fundamental de los resultados obtenidos por el país, siendo uno de los más bajos en muertes por millones de habitantes (Worldometer, s. f.) dentro de los países de renta media y con sistemas de información fiables sobre la mortalidad.

Una decisión fundamental que tomó el gobierno de Costa Rica en marzo del 2020 fue hacer un cierre sanitario total (lockdown) para la semana santa, así como una serie de cierres sanitarios draconianos en una serie de actividades, con el objetivo de contener, por el mayor tiempo posible, el contagio masivo y, con ello, darle tiempo al sistema de salud, en especial a la CCSS, de prepararse en logística, recurso humano, equipamiento e infraestructura. Todo ello permitió que, en los momentos más álgidos de la epidemia, especialmente en el 2021 con las olas de las variantes alfa y delta, no hubiese colapsado la atención de los enfermos y todos tuvieron la misma oportunidad de ser atendidos con el mismo profesionalismo, sin importar procedencia ni condición de aseguramiento.

Esta epidemia representó un momento muy fuerte para la CCSS porque, además de tener que atender a la población habitante en el país, independientemente de su edad y de su condición de asegurados (Sáenz *et al.*, 2011), en sus padecimientos usuales, tuvo que hacer frente a la atención de cientos de miles de personas sospechosas de poseer la enfermedad, a las cuales les brindó el diagnóstico y, a las infectadas, les ofreció atención médica especializada, desde medicina general hasta cuidados intensivos. Todo ello lo realizó con, prácticamente, el mismo recurso humano y echando mano a un presupuesto que más bien vio reducidos sus ingresos por la contracción en el empleo formal; o sea, hubo un incremento sustancial en los gastos, en medio de una reducción significativa de los ingresos. Sin embargo, la solidez de la CCSS como institución insignia de Costa Rica (Sáenz *et al.*, 2011), y la gran cantidad de personas que laboran para ella en todos sus estratos y estamentos, con los más altos valores de entrega y calidad humana, lograron que las cifras de fallecidos no fueran más altas, y que las personas recuperadas tengan mayor oportunidad de lograr una calidad de vida no tan disminuida por las secuelas de la Covid-19. Todo esto se logró sin construir un solo metro cuadrado de nueva infraestructura hospitalaria.

Esta solidez quedó patente cuando el gobierno encabezado por Carlos Alvarado Quesada puso en marcha la estrategia “Costa Rica trabaja y se cuida” (Presidencia de la República, Costa Rica, 2020), en conjunto con los gobiernos locales, en que, desde agosto de 2021, las restricciones fueron en desescalada. Esta estrategia, forzada por la imposibilidad de seguir ayudando a las personas directamente afectadas por la epidemia mediante el Bono Proteger (*Bono Proteger*, s. f.), y ante la reducción drástica de la actividad económica con el efecto directo sobre los ingresos fiscales para el estado (Banco Central de Costa Rica, 2020, 2021)

y en las cuotas obrero patronales de la CCSS (Bolaños, 2020; Cordero, 2021b), significó el incremento fuerte de casos a partir de mediados de agosto hasta llegar a su culmen en septiembre, donde los casos de infectados, hospitalizados y fallecidos se estabilizó hasta diciembre, como se mencionó antes.

Figura 3 – Diversas condiciones que vivieron tanto las personas que iban a recibir sus vacunas contra la Covid-19, como el personal de salud a cargo del proceso, en zona urbana, rural y en territorios indígenas.



Fuente – Fotos tomadas de: <https://www.elpais.cr/>; <https://www.nacion.com>

Hay que agregar que fue la CCSS la encargada de la aplicación de los millones de dosis de vacunas contra la Covid-19 en todo el territorio nacional. Casi 100 centros vacunación entre las sedes de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), sedes de área de salud, clínicas y hospitales, además de salones parroquiales, templos, salones comunales, entre otros,

fueron sitios en que los funcionarios de la CCSS recibieron a más de cuatro millones de personas para su vacunación. Pero, además de eso, fueron a la búsqueda de los brazos para aplicar las vacunas a las zonas más alejadas del país, en las condiciones más difíciles (**Figura 3**). Al mismo tiempo, debieron seguir con los procesos de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones, y la vacunación masiva contra la Influenza, a casi 1.5 millones de personas.

Vacunas como salvavidas y generadoras de controversia política

Sin duda, desde que se inició la carrera por la creación de vacunas efectivas contra la enfermedad, todos los países del orbe buscaron asegurarse la mayor cantidad de dosis. Era evidente que los países más poderosos, que fueron los que más patrocinaron la investigación y el desarrollo de los biológicos, fueran los que tuvieran acceso más pronto y a mayor cantidad de dosis. Los países pobres, o en vías de desarrollo, como la mayoría de Latinoamérica y África, tuvieron menor acceso a las vacunas desarrolladas con las mejores plataformas tecnológicas: basadas en ARN mensajero o en vector viral.

Las primeras, debido a su alto costo, además de sus dificultades logísticas de embalaje, transporte, conservación y aplicación, entrañaban un costo adicional. Por fortuna, en Costa Rica, muchos de esos aspectos de logística estaban cubiertos debido al robusto sistema de servicios en salud prestados por la CCSS, y por el apoyo que brindaron las universidades públicas que contaban con los congeladores de -70° Celsius. Además, la Covid-19 fue declarada emergencia sanitaria en todo el territorio costarricense, lo que facultó a tomar recursos de la CNE para la

compra de las vacunas y los insumos necesarios para su aplicación (Decreto ejecutivo 42227-MP-S, 2020).

De ese modo, el gobierno de la República, por medio de la CNE, de forma visionaria contrató, desde muy temprano en la pandemia, la cantidad de vacunas necesarias para vacunar, con dos dosis (el esquema básico a aquel momento), al 70% de la población, dando especial atención a la población con mayor riesgo de enfermedad grave y muerte, así como a la población económicamente activa. Fue un convenio adelantado para adquirir vacunas de Pfizer-BionTech (Casa Presidencial, Costa Rica, 2020) y Oxford-AstraZeneca (Mora, 2020), así como por medio de la iniciativa Covax (Salas Peraza, 2021). Las políticas sobre la población a vacunar, así como las prioridades de aplicación, descansaron en la figura de la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE), tal y como la ley le confiere y obliga (Ley 8111. Ley de Nacional de Vacunación, 2001).

La vacunación se dio en medio de mucha algarabía y una amplia aceptación de las vacunas por parte de la población general. Las largas colas de personas esperando por su dosis fueron la tónica en todo el país (**Figura 3**). El porcentaje de cobertura dependió, en todo momento, hasta antes del último trimestre del 2021, de la velocidad de entrega de las vacunas a Costa Rica por parte de las casas farmacéuticas fabricantes. A pesar de que la variante delta era una amenaza real, las noticias de que era una de baja virulencia en comparación con las precedentes, y que había más del 85% de personas con dos dosis de vacunas, y cerca del 50% con tres, además de que la reactivación económica estaba tomando mayor fuerza, la velocidad de vacunación en tercera dosis bajó ostensiblemente. Este fenómeno se dio en buena parte del mundo (Caja Costarricense de Seguro Social, 2023; Mathieu et al., 2020a).

Un giro inesperado ocurrió con respecto a las vacunas contra la Covid-19, cuando Rodrigo Chaves Robles, uno de los candidatos a la presidencia de la República, durante la campaña hacia las elecciones del 2022, que a la postre ganó en balotaje, politizó el tema de las vacunas, prestó oído a algunos sectores inconformes con la obligatoriedad de las vacunas a ciertos sectores de la población impuesta por la CNVE, en especial la que tenía que ver con los funcionarios del sector público (Reforma Reglamento a la Ley Nacional de Vacunación: N° 42889-S, 2021), y posteriormente, los que tenían que ver con la obligatoriedad de la vacunación en menores de edad (Decreto N° 43364-S., 2021).

Desde el primer día de gobierno, el presidente Chaves Robles emitió sendos decretos que pretendían afectar el alcance de la obligatoriedad de las vacunas y el uso de mascarillas en algunos espacios públicos (Presidencia de la República, 2022). De ahí en adelante, el presidente le asignó a su ministra de salud, la tarea prioritaria de eliminar la obligatoriedad de las vacunas en Costa Rica; tanto que, el 27 de marzo, con gran algarabía, el presidente Chaves, en compañía del ministro a.i. de salud, Alexei Carrillo, anunciaron tal obligatoriedad. El presidente expresó:

Compatriotas les tengo muy buenas noticias: misión cumplida. El ministro interino y yo acabamos de firmar un decreto que hace que las personas que quieran vacunarse contra la covid-19 tengan acceso a la vacuna pero que las personas que no quieran vacunarse en el ejercicio de la independencia de su voluntad no tengan obligatoriamente que vacunarse y que no vayan a perder sus trabajos.

Antes, el presidente y su ministra desarrollaron una campaña sistemática para lograr su cometido, primero intentando eliminar la obligatoriedad desde dentro de la CVNE, pero sin lograr los votos suficientes. Ante ello, recurrieron a denunciar que dos de sus miembros estaban sesionando en forma ilegítima y que ese

hecho hacía que las decisiones de ese cuerpo colegiado estaban viciadas de nulidad. Así lo expresaron el presidente Chaves y la ministra Chacón en senda conferencia de prensa, en vivo.

Días después, la misma ministra de salud realizó una consulta sobre el tema a la Procuraduría General de la República, en la que, según el abogado del estado, en la resolución PGR-C-170-2022 del 12 de agosto de 2022 (Procuraduría General de la República, 2022) expresó:

Expone que el Ministerio de salud estima necesario y oportuno derogar los tres decretos relacionados con la obligatoriedad de la vacuna contra el Covid-19 por razones técnico-jurídicas y no epidemiológicas.

A lo que la PGR respondió que los acuerdos tomados por órganos colegiados en que hubiese tenido participación algún miembro sin investidura o con investidura irregular, siempre que se cumpliera con las formalidades exigidas por el ordenamiento jurídico vigente, son válidos. De ese modo, el intento por eliminar la vacunación obligatoria por esa vía también falló. Días después, mediante prácticas legales, pero moralmente cuestionables, los miembros aludidos fueron sustituidos. Aun así, la obligatoriedad siguió vigente, por algunos meses más, hasta que una nueva CNVE la eliminó (Ministerio de Salud, 2023).

Adicionalmente, tres recursos de amparo ante el Tribunal Contencioso y Administrativo de Hacienda, presentados por el abogado Arsenio Hernández, dejaron sin efecto las vacunaciones obligatorias en personas menores de edad desde los seis meses hasta los 18 años (Ledezma, 2023, 2023). Así las cosas, la obligatoriedad de las vacunas en personas menores de edad está suspendida hasta que se dicte sentencia en firme. En resumen, en este momento, en Costa Rica, únicamente es obligatoria la vacuna

contra la Covid-19 en personal de salud de instituciones públicas o privadas que atiende en forma directa a pacientes (Ministerio de Salud, 2023).

Y, por si fuera poco, toda esta controversia cobró una víctima inesperada: el Programa Ampliado de Inmunizaciones de Costa Rica (PAI), que vio reducida de forma muy importante los porcentajes de coberturas vacunales, tanto en primeras dosis como en los refuerzos (Cordero, 2023); lo que agravó aún más los problemas de coberturas vacunales que se produjeron durante el 2020 durante el año más fuerte de la epidemia (Contraloría General de la República, 2022).

Lecciones aprendidas

Podemos resumir las lecciones aprendidas por Costa Rica, y que pueden extenderse a otros países del mundo, en los siguientes puntos:

1. La intromisión del ser humano en las cadenas ecosistémicas naturales de las especies en su estado natural puede desembocar en eventos sanitarios de efectos devastadores. Dos de cada tres nuevas enfermedades en personas se deben a infecciones originadas en los animales; perder de vista esta realidad, y desconocer lo que entraña el concepto de “Una sola salud (*One Health*)”, podría ser el continuum de muchas otras epidemias con potencial pandémico.
2. El SARS-CoV-2 es un virus que ha demostrado alta capacidad de adaptación al ser humano, siendo muy eficiente en su transmisión persona a persona o a través de fómites contaminados; además, presenta una alta tasa de

mutaciones en poco tiempo, lo que nos dice que, aunque se desarrollen vacunas eficaces en este momento, se deben seguir actualizando.

3. A pesar de la eficacia de las vacunas, las medidas no farmacológicas establecidas fueron fundamentales para reducir los impactos negativos en hospitalizaciones, pacientes en cuidados intensivos y en muertes.

4. La inversión en ciencia y tecnología no es un lujo, es una necesidad. Costa Rica, entre el 2018 y el 2021 redujo su inversión actividades científicas y tecnológicas en 14.5% (Parral, 2022). De hecho, la inversión pública alcanzó apenas un 0.32% respecto al PIB (Miccitt, 2022); por lo que persiste el enorme déficit en ese campo.

5. En ciencia, lo que hoy es, mañana puede ser que no lo sea; lo bueno es que la ciencia se autorregula y se autocorrije, y lo hace cada vez a mayor velocidad y con mayor rigor. Ante un evento como este, del cual ha habido mucha incertidumbre desde el inicio, sólo con equipos científicos de alta formación y con el mejor equipamiento, acompañados de especialistas en áreas tan fundamentales como la gestión de los peligros y el manejo de las emergencias, o de la comunicación, será posible salir adelante y evitar males peores y sus consecuencias.

6. Costa Rica ha demostrado que la inversión del país en un estado social de derecho, especialmente en educación y salud, ha sido crucial en la atención de un fenómeno que ha puesto a prueba los sistemas de salud y económicos de todo el planeta. La posibilidad de atender todos los casos que requieren atención médica especializada, desde el diagnóstico hasta los cuidados intensivos, mediante un sistema solidario y de cobertura universal, incluso a extranjeros indocumentados,

en condición de informalidad, o los mismos costarricenses sin seguro de salud, ha permitido mantener una de las tasas de letalidad más bajas del continente y del mundo.

7. La capacitación de personal de la salud de alta calidad en universidades nacionales y extranjeras, la infraestructura y la logística de primer mundo en todos los niveles de atención, la existencia de los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAIS) a lo largo y ancho del país, y las capacidades en epidemiología tanto en el Minsa como en la CCSS, permitieron el desarrollo de estrategias que, desde lo central, tuvieron efectos positivos mientras la presión económica no obligó a las aperturas precoces de los sistemas de producción.

8. La ausencia de un verdadero sistema de información automatizado para la vigilancia epidemiológica, que posibilitara la implementación de reales sistemas de inteligencia epidemiológica, con posibilidades de adaptación a la condición pandémica, representó un enorme costo para el sistema de salud pues, en buena parte, fue la causa de la dificultad del seguimiento de los casos y sus contactos, la emisión de órdenes sanitarias tanto para el aislamiento y la cuarentena, como para su levantamiento.

9. La implementación de medidas restrictivas fuertes, casi draconianas, en algunos momentos de la pandemia, especialmente al inicio, fueron más efectivas en algunos momentos que en otros. El nivel de compromiso del ciudadano al inicio, pero la imposibilidad material de muchas personas de cumplirlas debido a las circunstancias socioeconómicas propias o de sus familias, fueron factores determinantes de su nivel de adherencia y cumplimiento. Los períodos largos de restricción atentaron, al momento de las

aperturas, pues una parte de la ciudadanía se descuidó en el cumplimiento de protocolos y lineamientos.

10. El rol de universidades públicas fuertes en investigación y desarrollo, en los más distintos ámbitos del conocimiento, en estrecha colaboración con el gobierno y los entes estatales encargados de la atención de la pandemia, resultó fundamental dado que es un excelente complemento en las actividades que, usualmente, los entes de gobierno no realizan. Esta alianza entre lo público-público es esencial para la atención de este tipo de emergencias, como lo ha sido en otras en el pasado; lo que invita a fortalecerlas de cara al futuro.

11. Las estrategias de comunicación con la población fallaron en muchos momentos, tanto con el sector de la ciudadanía expuesta al virus y a sus consecuencias sanitarias y económicas, como con el sector económico y comercial que presionó por las aperturas, en contraposición de las estrategias para la contención y la mitigación del evento sanitario. El discurso no fue dirigido en forma diferenciada según la población blanco, ni el momento epidemiológico.

12. La infodemia es una realidad y debe tenerse en cuenta a la hora de establecer campañas de comunicación en salud para que sean efectivas. Hay que fortalecer las medidas a tomar basado en la evidencia empírica, por un lado, y debilitar creencias, mitos, falacias y *fake news*, por otro lado.

13. La Covid-19 vino a desnudar las inequidades sociales que han llevado a tener altas prevalencias de enfermedades crónicas no diagnosticadas, desatendidas o mal atendidas, que fueron el perfecto sustrato para que un virus produjera el daño que causó. Una sociedad más sana puede sobrellevar mejor las emergencias sanitarias; hacia ese camino es que se

debe apuntar con urgencia. Lo anterior no sólo se queda en las enfermedades físicas, sino también en las mentales.

14. Un evento que surgió como una emergencia sanitaria se volvió, de pronto, una emergencia económica y social de dimensiones y efectos insospechados. Algunos actores sociales incluso llegaron a poner lo económico y lo sanitario en aceras contrapuestas, como si de una dicotomía se tratase, cuando más bien son dos caras de la misma moneda, aspectos necesariamente complementarios. Nunca, quizás, los profesionales de las ciencias médicas pensaron que, sobre sus hombros, estaría la realidad económica y social presente y futura de una nación.

15. Si bien es cierto que no hay suceso en la vida que se pueda considerar apolítico, los temas en salud deben serlo al máximo posible. La politización de las decisiones técnico-científicas ponen en gran riesgo los resultados de corto, mediano y largo plazo de los sistemas sanitarios de un país. Desafortunadamente, haber metido a la política en el tema de las vacunas contra la Covid-19 en Costa Rica, afectó también la cobertura vacunal contra otras enfermedades del programa ampliado de inmunizaciones (PAI). Eso, sin duda, en caso de que no se realice una actualización de las vacunaciones en las personas que no recibieron sus vacunas a tiempo, podría representar brotes de enfermedades que en Costa Rica no se han diagnosticado, al menos con casos autóctonos; o, incluso, brotes de mayor magnitud a los que se pudieran producir en condiciones de las coberturas vacunales históricas en el país.

16. Desde el Ministerio de Educación, como rector de ese sector, se deben producir cambios sustanciales en la formación integral de las personas, sea en las instituciones

públicas o privadas. La capacidad de lectura y comprensión crítica, la educación cívica, la formación en competencias blandas como el respeto, la solidaridad, la obediencia la ley, la empatía, entre otros valores y principios, deben ser fortalecidos para atender, con mayor eficacia, eficiencia y sentido social, cualquier nueva emergencia, sanitaria o natural – de origen antrópico – que nos afecte en el futuro.

17. Desde el Ministerio de Salud, como ente rector del Sector Salud de Costa Rica, se deben realizar los esfuerzos por sistematizar los aprendizajes que se han originado a partir de la atención y de esta epidemia (pandemia), para organizar los esfuerzos nacionales ante un evento futuro de la misma – o mayor-magnitud.

Referencias

ALFARO, Josué. Factura de la pandemia: Solo bonos «Proteger», vacunas y transferencias a CCSS equivalen a 1% de PIB. **Amelia Rueda**. 2021, marzo 6.

ALMEIDA-FILHO, Naomar de. Sindemia, infodemia, pandemia de COVID-19: Hacia una pandemiología de enfermedades emergentes. **Salud Colectiva**, 17, e3748. 2022.

BANCO CENTRAL DE COSTA RICA. **Revisión Programa Macroeconómico 2020-2021**. 2020 https://www.bccr.fi.cr/publicaciones/DocPolticaMonetarialInflacin/Revsion-Programa_Macroeconomico-2020-2021_informe.pdf

BANCO CENTRAL DE COSTA RICA. **Índice mensual de actividad económica. Agosto de 2021**. 2021. <https://gee.bccr.fi.cr/indicadoreseconomicos/Documentos/Sector%20Indices%20>

de%20Precios%20y%20de%20Cantidad/IMAE_AGOSTO_2021.pdf

BOLAÑOS, David. (2020, julio 31). CCSS prevé impacto de ₡600 mil millones en sus finanzas por el COVID-19—**Radioemisoras UCR**. <https://radios.ucr.ac.cr/2020/07/interferencia/ccss-preve-impacto-de-%e2%82%a1600-mil-millones-en-sus-finanzas-por-el-covid-19/>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL. **Vacunación contra Covid-19**. 2023. <https://www.ccss.sa.cr/web/coronavirus/vacunacion>

CARRO HERNÁNDEZ, María del Rocío; ESPINOZA CARRO, Gabriel. La historia de la seguridad social en Costa Rica. **Revista Judicial**. 119, p. 221-236. 2016. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r35176.pdf>

CENTRO DE INVESTIGACIÓN JURÍDICA EN LÍNEA. El Estado Social de Derecho. (s. f.). **Cijul en Línea**: UCR-Colegio de Abogados de Costa Rica. Recuperado 25 abr. 2023, de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/juridicas/article/view/16524>

CORDERO, Monserrat. **La otra epidemia**: Costa Rica supera crecimiento mundial de casos por depresión y ansiedad | Instituto de Investigaciones Psicológicas (IIP) Costa Rica. 27 oct. 2021a. <https://www.iip.ucr.ac.cr/es/noticias/la-otra-epidemia-costa-rica-supera-crecimiento-mundial-de-casos-por-depresion-y-ansiedad>

CORDERO, Monserrat. **Caja absorbió mayoría de los ₡170 mil millones de gasto en atención de la pandemia en 2020**. 26 nov. 2021b. <https://semanariouniversidad.com/pais/caja-absorbio->

mayoria-de-los-%c2%a2170-mil-millones-de-gasto-en-atencion-de-la-pandemia-en-2020/

CORDERO, Monserrat. **Costa Rica**: Disminución de cobertura vacunal en niños preocupa a autoridades de salud. 28 abr. 2023. <https://semanariouniversidad.com/pais/costa-rica-disminucion-de-cobertura-vacunal-en-ninos-preocupa-a-autoridades-de-salud/>

COSTA RICA. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. **Ley 8111. Ley de Nacional de Vacunación**, Pub. L. No. 8111 (2001). http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=46782&nValor3=49594&strTipM=TC

COSTA RICA. Casa Presidencial. **Costa Rica firma contrato de fabricación y suministro con Pfizer y BioNTech para vacuna contra el COVID-19**. Presidencia de la República de Costa Rica. 3 dic. 2020. <https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2020/12/costa-rica-firma-contrato-de-fabricacion-y-suministro-con-pfizer-y-biontech-para-vacuna-contra-el-covid-19/>

COSTA RICA. Contraloría General de la República. **I informe de auditoría de carácter especial sobre la información de contagios y órdenes sanitarias por Covid-19**. 2021. https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs_cgr/2021/SIGYD_D/SIGYD_D_2021007044.pdf

COSTA RICA. Contraloría General de la República. **I informe de la auditoría sobre la eficacia de las acciones para implementar la política de vacunación por parte de la CCSS, el Ministerio de Salud y la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología**. Informe N.º *DFOE-BIS-IF-00016-2022*. 2022. <https://>

d1qqtien6gys07.cloudfront.net/wp-content/uploads/2022/12/SIGYD_D_2022025117.pdf

COSTA RICA. Ministerio de Ciencia, Innovación, Tecnología y Telecomunicaciones. **Costa Rica invierte en Investigación y Desarrollo**. MICCITT. 8 dic. 2022. <https://www.micitt.go.cr/2022/12/08/costa-rica-invierte-en-investigacion-y-desarrollo/>

COSTA RICA. Ministerio de Salud. **Lineamientos Nacionales para la Vigilancia de la enfermedad COVID-19**. Versión 1. 2020.

COSTA RICA. Ministerio de Salud. **CNVE elimina obligatoriedad de vacunación Covid-19 en personas mayores de edad**.

Ministerio de Salud Costa Rica. 27 marzo 2023. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/60-noticias-2023/1545-cnve-elimina-obligatoriedad-de-vacunacion-covid-19-en-personas-mayores-de-edad>

COSTA RICA. Ministerio de Trabajo Y Seguridad Social. **Bono Proteger**. (s. f.). Recuperado 23 mayo 2023, de https://www.mtss.go.cr/elministerio/despacho/covid-19-mtss/plan_proteger/bono_proteger.html.

COSTA RICA. Presidencia de la República. **Modelo de Gestión compartida**: Costa Rica trabaja y se cuida. Presidencia de la República. 31 ago. 2020. <https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2020/08/modelo-de-gestion-compartida-costa-rica-trabaja-y-se-cuida-contra-el-covid-19-arranca-en-cada-canton/>

COSTA RICA. Presidencia de la República. **Presidente Rodrigo Chaves firma decretos en beneficio de la población costarricense**. Presidencia de la República. 8 mayo 2022. <https://>

www.presidencia.go.cr/comunicados/2022/05/presidente-rodrigo-chaves-firma-decretos-en-beneficio-de-la-poblacion-costarricense/

COSTA RICA. Presidencia de la República. Ministerio de la Presidencia. **Decreto Ejecutivo 42227-MP-S, 2020**. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=90737

COSTA RICA. Presidencia de la República. Ministerio de Salud. Decreto ejecutivo N° 43364-S. **Reforma Decreto Ejecutivo N° 42889-S del 10 de marzo de 2021, Reforma Reglamento a la Ley Nacional de Vacunación**. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC¶m2=1&nValor1=1&nValor2=95939&nValor3=128228&strTipM=TC&lResultado=2&nValor4=1&strSelect=sel

COSTA RICA. Procuraduría General de la República. **Dictamen PGR-C-170-2022**. 2022. http://www.pgrweb.go.cr/scij/busqueda/normativa/pronunciamiento/pro_ficha.aspx?param1=prd¶m6=1&ndictamen=23510&strtipm=t

DATOSMACRO. **Costa Rica: Economía y demografía**. 2023. <https://datosmacro.expansion.com/paises/costa-rica>

DAVIES, Mary-Ann et al. Outcomes of laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection in the Omicron-driven fourth wave compared with previous waves in the Western Cape Province, South Africa. **medRxiv**, 2022.01.12.22269148. 2022. <https://doi.org/10.1101/2022.01.12.22269148>

FLORES, Brandon. ¿Puede Costa Rica sobrevivir al déficit fiscal más alto de su historia? **La República**. 27 nov. 2020. <https://>

www.larepublica.net/articulo/puede-costa-rica-sobrevivir-al-deficit-fiscal-mas-alto-de-su-historia

GARCÍA MARÍN, Anthony; GARCÍA FERNÁNDEZ, Raúl. COVID-19 en Costa Rica: Análisis longitudinal de las tasas de contagio y de fallecimiento desde el enfoque de la desigualdad social. **Población y Salud en Mesoamérica**. 2022. <https://doi.org/10.15517/psm.v20i1.50200>

GARDOCE OCONITRILLO, Luis. Principales indicadores de Costa Rica: Leve recuperación económica y una producción de dos caras. **El Financiero**. 16 abril 2023. <https://www.elfinancierocr.com/finanzas/costa-rica-sigue-enferma-indicadores-economicos/G5QBUZCVBBDXJKPESBRLSFPQAM/story/>

HIDALGO, Kristin. Vecinos queman colchonetas como protesta frente a albergue para personas con Covid-19 en Turrialba. **AmeliaRueda**. 15 jul. 2020. <https://ameliarueda.com/nota/grupo-de-vecinos-quema-colchon-frente-a-albergue-covid-19-en-turrialba>

INEC. **Encuesta Nacional de Hogares**. 2022. <https://inec.cr/estadisticas-fuentes/encuestas/encuesta-nacional-hogares>

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY & MEDICINE. Costa Rica—COVID-19 Overview. 2023. **Johns Hopkins Coronavirus Resource Center**. <https://coronavirus.jhu.edu/region/costa-rica>

LA REPÚBLICA. **Covid-19 agravó listas de espera y ahora asegurados sufren hasta 800 días antes de ser operados**. 6 abr. 2022. <https://www.larepublica.net/noticia/covid-19-agravo-listas-de-espera-y-ahora-asegurados-sufren-hasta-800-dias-antes-de-ser-operados>

LEDEZMA, Gerardo. **Tribunal Contencioso Administrativo «se ACOGE la solicitud de medida cautelar de la suspensión de la obligatoriedad para niños de 12 a 17 años»**. 20 marzo 2023. <https://crprensa.com/tribunal-contencioso-administrativo-se-acoge-la-solicitud-de-medida-cautelar-de-la-suspension-de-la-inoculacion-para-ninos-de-12-a-17-anos/>

MADRIGAL, Luis Manuel. Aterrizó el primer lote de vacunas de Pfizer-BioNTech contra la COVID-19 en Costa Rica. **Delfino**. 24 dic. 2020. <https://delfino.cr/2020/12/aterriazo-el-primerlote-de-vacunas-de-pfizer-biontech-contra-la-covid-19-en-costarica>.

MATHIEU, Edouard *et al.* Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. **Our World in Data**. 2020a. <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>.

MATHIEU, Edouard *et al.* Coronavirus Pandemic (COVID-19). **Our World in Data**. 5 marzo 2020b. <https://ourworldindata.org/covid-deaths>

MORA, Andrea. País firma contrato con AstraZeneca; se garantiza vacunas contra Covid-19 para 3.5 millones de personas. **Delfino**. 12 noviembre 2020. <https://delfino.cr/2020/11/pais-firma-contrato-con-astrazeneca-y-se-garantiza-ya-vacunas-covid-19-para-3-millones-de-personas>

MORA ALVARADO, Darner; PORTUGUEZ BARQUERO, Carlos Felipe. **Agua para uso y consumo humano y saneamiento en Costa Rica al 2019: Brechas y desafíos al 2023**. 2023 <https://www.aya.go.cr/Noticias/Documents/Informe%20cobertura%20agua%20potable%20y%20saneamiento%202020%20-%20Laboratorio%20Nacional%20de%20Aguas.pdf>

NÚÑEZ-CORRALES, Santiago; CAMINO, Tomás de. **Estimación de la efectividad de medidas no farmacológicas sobre el número de hospitalizaciones para control de SARS-CoV-2 en Costa Rica.** 2021. https://www.researchgate.net/publication/348250576_Estimacion_de_la_efectividad_de_medidas_no_farmacologicas_sobre_el_numero_de_hospitalizaciones_para_control_de_SARS-CoV-2_en_Costa_Rica

ORTIZ, Eduardo. Costa Rica: Estado Social del Derecho. **Revista de Ciencias Jurídicas**, 29, Article 29. 1976. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/juridicas/article/view/16524>

PARRAL, César. Costa Rica redujo inversión en investigación y desarrollo del 2018 al 2021. **Portal de la Investigación. Universidad de Costa Rica.** 12 dic. 2022 <https://vinv.ucr.ac.cr/es/noticias/costa-rica-redujo-inversion-en-investigacion-y-desarrollo-del-2018-al-2021>.

PARTIDO PROGRESO SOCIAL DEMOCRÁTICO. **Plan de gobierno 2022:** Progreso Social Democrático. 2021. <https://crprensa.com/plan-de-gobierno-2022-progreso-social-democratico/>

PROGRAMA ESTADO DE LA NACIÓN. **¿Fueron muy restrictivas las medidas sanitarias durante la pandemia?** Programa Estado Nación. 17 abr. 2023. <https://estadonacion.or.cr/restricciones-sanitarias/>

PUEYO, Tomás. Coronavirus: The Hammer and the Dance. **Medium.** 19 mar. 2020. <https://tomaspueyo.medium.com/coronavirus-the-hammer-and-the-dance-be9337092b56>.

ROJAS, Guaner; ROMERO, Rodolfo. Gestión e impacto de las medidas de intervención para la reducción de casos por

COVID-19 en Costa Rica. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 46, 1, 2022. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.23>

ROMERO-ZÚÑIGA, Juan José; GÓMEZ-MELÉNDEZ, Agustín. Costa Rica no utiliza la inteligencia epidemiológica. **La Nación**. 20 ago. 2021. <https://www.nacion.com/opinion/columnistas/costa-rica-no-utiliza-la-inteligencia/77R26RBEBFTBD4VQMA2LNWFNE/story/>

SÁENZ, María del Rocío *et al.* (2011). Sistema de salud de Costa Rica. **Salud pública de México**, 53 (2), 156-167. 2011

SALAS PERAZA, Daniel. **Vacunación contra COVID-19 en Costa Rica**: Antecedentes y hechos. 31 mayo 2021. <https://proyectos.conare.ac.cr/asamblea/Presentaci%C3%B3n%20Ministro%20de%20Salud.pdf>

SANTOMAURO, Damian *et al.* Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. **The Lancet**, 398 (10312), 1700-1712. 2021. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)

SINGER, Merrill. A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: Conceptualizing the Sava Syndemic. **Free Inquiry in Creative Sociology**, 24(2), Article 2. 1996. <https://ojs.library.okstate.edu/osu/index.php/FICS/article/view/1346>

SOLANO CHACÓN, Marco; LLAGUNO THOMAS, Esteban. **Informe Final Programa Bono Proteger**. MTSS-IMAS. 2022. https://www.imas.go.cr/sites/default/files/docs/Informe%20Final%20Programa%20Bono%20Proteger%20DNE-OF-56-2022%20IMAS-SGDS-ASIS-0064-2022%20%281%29_0.pdf

VARGAS, Leiner. Costa Rica: Perspectivas económicas para este 2023. **UNA Comunica**. 10 enero. 2023. <https://www.unacomunica.una.ac.cr/index.php/enero-2023/4369-costa-rica-perspectivas-economicas-para-este-2023>

WHO. Commission on Social Determinants of Health. **Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final (WHO/IER/CSDH/08.1)**. Organización Mundial de la Salud. 2008 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>

WHO. Emergency Committee on the Covid-19 Pandemic. **Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic**. 05 may 2023. [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic).

WORLD BANK. (s. f.). **Costa Rica: Panorama general** [Text/HTML]. World Bank. Recuperado 25 de mayo de 2023, de <https://www.bancomundial.org/es/country/costarica/overview>

WORLD BANK. **World Bank Open Data**. World Bank. 2023. <https://data.worldbank.org>

WORLDOMETER. (s. f.). **Costa Rica COVID - Coronavirus Statistics**–*Worldometer*. Recuperado 20 de mayo de 2023, de <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/costa-rica>

TÚNEL DE FILÓN Y QUÍMICA ASESINA EN TIEMPOS DE COVID-19: SALUBRIDAD EN COMUNIDADES INDÍGENAS EN VENEZUELA

*Jenny González Muñoz
Henry Vallejo Infante*

Contexto geo-histórico de la Región Guayana

Las pautas de crianza de los pueblos ancestrales de la Región Guayana, codificadas en rituales de paso y manifestaciones holísticas que ofrendan cantos, danzas y rezos en torno a la naturaleza, son entendidas como el conjunto de diversos procesos multiétnicos y pluriculturales que consolidan en el ser humano armónicos modos de vida con su entorno, constituyen milenariamente el sagrado vínculo madre tierra e hijos, no desde el verbo criollo de discursos políticos grandilocuentes, sino basados en su diario convivir y sentir espiritual entre bosques, rocas, ríos y animales contenidos,

[...] sobre una gigantesca placa geológica denominada escudo guayanés, el cual se extiende también a los territorios de Brasil y Guayana Esequiba. Dicha placa está formada por una capa inferior de rocas ígneas, es decir, de origen volcánico, sobre la cual está otra capa de rocas de arenisca sedimentaria, producto de la erosión y compactación de millones y millones de años. Estas rocas están entre las más antiguas del planeta (COLECCIÓN Grabados Nacionales, 2011, p. 34).

Partiendo de esa referencia geográfica podemos agregar que la Región Guayana, conforma el paisaje cotidiano del mayor número de pueblos indígenas del territorio venezolano: *kariña*, *akawaio*, *pemón*, *panare*, *yekwana*, *yabarana* y *mapoyo* del tronco lingüístico caribe. En este mismo sentido resaltan la *arawak*, identificada en los pueblos *arawako*, *warekena*, *baré*, *baniva*, *piapoco* y *kurripaco*. Por otra parte, entre los de base lingüística *guajibo* se encuentran los pueblos *jivi* y *cuiba* que habitan en una de las cuencas del Río Orinoco, además de las etnias “que aún no se les ha encontrado su *philum*¹ lingüístico y se ubican en familias aisladas o independientes, y entre ellos tenemos a los *Warao* [...], *Piaroa*, *Joti*, *Puinave*, *Yanomami* y *Sanema-Yanoama*” (Velásquez, 2008, p. 26).

Dichos pueblos aborígenes, por miles de años han mantenido vigente el equilibrio armónico de una simbiosis en el espacio de bosques tropicales y pluviales que contienen la más importante reserva de agua del país. Lugares mágico-telúricos “de reunión de todo cuanto la rodea, incluido lo natural y lo divino, las potencias maléficas y las fuerzas benéficas de la tierra” (Lefebvre, 1976, p. 276), conforman el universo cosmogónico de sus múltiples

1 Estudio de la rama geolingüística que establece categorías taxonómicas desde lo fonético, léxico, morfosintáctico y etimológico de la comunicación oral y escrita en los distintos grupos sociales.

imaginarios² y diversas representaciones sociales³, donde “las rocas representaron el origen del hombre, los árboles guardaron bajo su corteza la sombra de los muertos, y las aguas ocultaron dentro de sí una legión de espíritus” (Cora, 1993, p. 19).

Tierra de sabias, sabios y ancestros que, en coherencia plena con ese inconsciente colectivo⁴, transitan a pie descalzo sus senderos y arroyos, conservando ese contacto permanente con la madre dadora de vida, aquella que los cobija y sustenta, procurando desde los entornos selváticos, dinámicas de comportamientos que los mantengan ajenos a los complejos europeos impuestos por las religiones judeo-cristianas, con el obsoleto pensamiento de la colonización que aún enjuicia y condena sus modos originarios y particulares de vida.

Las familias indígenas que habitan la zona guayanesa, desde los mitos y saberes cosmogónicos que sustentan la educación propia basada en la oralidad, procuran distancia del avasallante “aspecto fálico de monumentos y edificios, la arrogancia de las torres, el autoritarismo (burocrático-político) inmanente al espacio represivo” (Lefebvre, 1976, p. 108) de las ruidosas, desforestadas y violentas ciudades del criollo venezolano, formado por el sistema

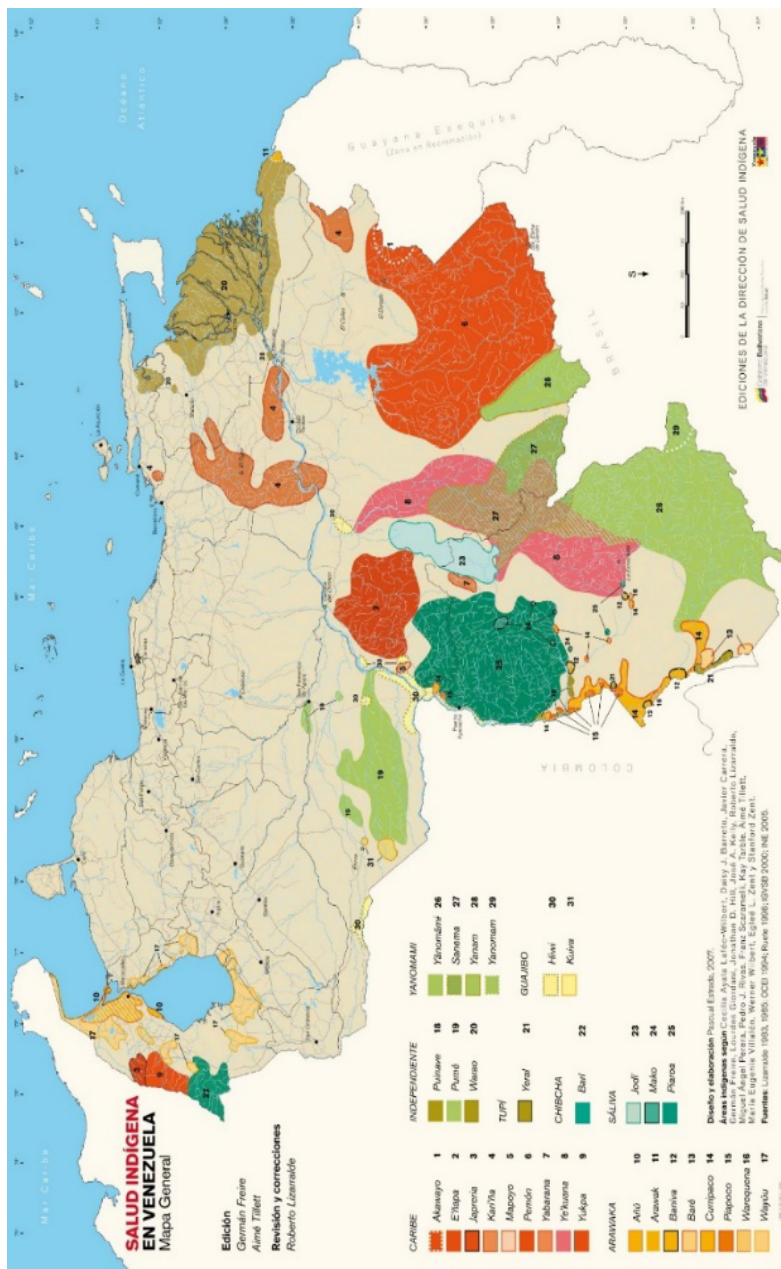
-
- 2 Según asevera Durand, en su libro **Las estructuras antropológicas del imaginario**. Introducción a la arquetipología general, Madrid: Fondo de Cultura Económica, 2004, que los imaginarios son el conjunto de imágenes y relaciones entre ellas, que constituyen el capital pensante del ser humano.
 - 3 Moscovici, en su texto **El psicoanálisis, su imagen y su público**. Buenos Aires: Huemul, 1979, acota que las representaciones sociales conforman el conocimiento que orienta los comportamientos y la comunicación entre las personas, son un corpus organizado de saberes y actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, integrándose en grupos de intercambios, liberando los poderes creativos de su imaginación.
 - 4 Jung, en su texto **Arquetipos e inconsciente colectivo**. Barcelona: Paidós, 1970, dice que el inconsciente personal descansa sobre uno más profundo que no se origina en la experiencia y la adquisición personal, sino que es innato en el ser humano, llamado: inconsciente colectivo.

educativo de la llamada modernidad, que centra sus intereses en el capital, la propiedad privada y la materialidad de productos comerciales, mientras se sienta de espaldas al Orinoco, insensible ante su belleza, pero más interesado en beneficiarse de extraer sus riquezas minerales y pesqueras, sin pensar en las consecuencias futuras, tal como lo refieren Ildebrando Zabala y Margarita García (2008), cuando comentan:

Es verdad que los seres humanos siempre han necesitado de lo que la naturaleza le proporcione para su subsistencia, pero el consumismo y explotación irracional de sus recursos ha influido en la aparición de problemas ambientales que ameritan un trabajo de concienciación y de cambios de actitudes, habilidades, motivaciones, así como la adopción de medidas para solucionarlos y prevenirlos en corto y mediano plazo (p. 203).

Tristemente, las ribereñas tierras del Orinoco y sus afluentes no escapan de la realidad económica y sociocultural que pone en conflicto dos sistemas de valores y creencias en torno a la región, vista por el criollo como simple inventario de recursos minerales, mientras que el indígena se conecta con su madre-tierra (llamada *non-san* en idioma *pemón*, *noono-saano* en *kariña*, *yákjau kjádi* para los *baré* y *dani-jobai* en *warao*), choque de perspectivas que obliga al aborigen a vivir día tras día un acorralamiento límite del territorio. Si bien existe un reconocimiento de sus derechos en la teoría jurídica contenida en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), lo propio no se evidencia en las prácticas ejercidas por las empresas del Estado.

Figura 1 – Mapa Salud Indígena de Venezuela. Diseño de Pascual Estrada, 2007.



Fuente: Disponible en: www.researchgate.net/publication/324606338

Históricamente en la región se vienen mostrando intereses por extraer todas las riquezas minerales desde tiempos coloniales, tal como lo manifiesta Aurora Piña (2002) cuando puntualiza dos fechas para el inicio de la explotación del hierro y del oro:

Existen evidencias de que en Venezuela, ya en el año de 1724, en las cercanías de Upata⁵, se fundían lingotes de hierro fabricados a partir de mineral proveniente de la serranía de Santa Rosa, donde Capuchinos Catalanes crearon importantes centros de producción y consumo (p. 33).

Como consecuencia del descubrimiento del primer yacimiento de oro, en el siglo XIX aparece la minería desorganizada. Este descubrimiento ocurrió en 1842, a orillas del Río Yuruari en el estado Bolívar (p. 37).

Desde el año 1939, el Estado venezolano, durante el gobierno del Gral. Eleazar López Contreras, inicia un proceso de evaluación de las potencialidades mineras en los estados Bolívar y Delta Amacuro, otorgando posteriormente permisos a compañías extranjeras, “es así que para 1945, la *Oliver Iron Mining Co.*, subsidiaria de la *US. Steel*, inicia la exploración ferrífera al este del Río Caroní; en 1947, se explora y prueba la buena capacidad ferrífera del Cerro la Parida”, renombrándolo como Cerro Bolívar (Viana, 2004, p. 7).

Desde esas fechas iniciales, la minería legal e ilegal, tanto subterránea⁶, como a cielo abierto⁷ viene en aumento en toda la Región Guayana, destruyendo de manera consecutiva el macro

5 Población del estado Bolívar, originalmente llamada Villa del *Yocoima*, por el gobernante indígena de esas tierras, padre de la joven *Up-Ata*, nombre castellanizado que se convierte en Upata.

6 Operación de extracción mineral a través de la construcción de pozos y galerías para extraer la piedra.

7 Operación que se ejerce en la superficie de la tierra, removiendo terrenos auríferos blandos de poca profundidad.

ecosistema, hogar de los pueblos indígenas, con maquinaria de excavación, perforación, explosión y presión de agua por motobombas “que por amalgamación con mercurio inorgánico se capturan/recuperan algunas de las partículas o fricciones de oro más finas” (Piña, 2002, p. 108), método que sumado al cianuro de sodio⁸, junto a varios compuestos orgánicos derivados del amoníaco, cal, sulfuro de sodio, ácidos y otros componentes, ejercen una química asesina que está degradando el paisaje topográfico, matando la masa vegetal y, por tanto, las especies, desfigurando la diversidad sociocultural de la zona, envenenando las aguas de escorrentía⁹ que terminan en los ríos, lagunas, humedales y canales subterráneos, contaminando de manera irreversible el territorio de todos los que ocupan milenariamente esas tierras.

Problematización de la realidad en estudio

María Manuela de Cora (1993), investigadora de los mitos indígenas de Venezuela, se preguntaba cuando redactaba la introducción de su libro en 1972: ¿Qué habría detrás de aquellas inmensas montañas, abiertas hoy por las máquinas perforadoras? (p. 19). La autora de manera visionaria, estableció una interrogante que, consideramos, se mantiene en los tiempos contemporáneos, caracterizados por el alto crecimiento de prácticas extractivas apoyadas por el ejecutivo venezolano. A diferencia de la escritora, en el presente capítulo no abarcaremos la cosmovisión de los pueblos ancestrales, sino en la realidad que viven las comunidades de la

8 Diario El Nacional, 14/08/2020. Disponible en <https://www.elnacional.com/venezuela/plan-pais-presento-solucion-para-recuperar-el-arco-minero/> Acceso en 04 jun 2022.

9 Aguas pluviales que corren sobre la superficie del suelo hasta llegar a los sistemas de canales, ríos y el mar.

zona citada, por causa de la minería y sus nefastas consecuencias en el área de salud, agravadas por la incursión de la Covid-19.

Para ello se considera importante iniciar recordando el tercer gran objetivo histórico de Plan de la Patria 2013–2019, que propone “desarrollar el poderío económico nacional, aprovechando de manera óptima las potencialidades que ofrecen nuestros recursos” (p. 4), documento que justifica la posterior promulgación del Decreto 2.248, publicado en la Gaceta Oficial N° 40.855, del día miércoles 24 de febrero de 2016, que legaliza la creación de la Zona de Desarrollo Estratégico Nacional Arco Minero del Orinoco (AMO), con la creación del Ministerio del Poder Popular para Desarrollo Minero Ecológico (MPPDME), a fin de dirigir y supervisar todas las acciones ejercidas desde el 8vo., de los 15 motores de la Agenda Económica Bolivariana (AEB), que contempla actividades extractivas en el espacio geográfico, originalmente delimitado en 111.843,70 km², que se traduce en el “12 % de 916.445 km², que comprende el territorio nacional venezolano” (Páez, 2017, p. 1), estableciendo las siguientes áreas para la minería a cielo abierto:

(04) áreas con fines de desarrollo y de organización administrativa, dentro de planificación y ejecución de políticas asociadas al decreto, antes identificado y al marco legal, según lo establece el Artículo 3 del Decreto:

Área 1: área más occidental hasta el Río Cuchivero con predominancia de Bauxita, Coltan, Tierras raras y Diamante. Superficie 24.680,11 Km²

Área 2: entre el Río Cuchivero y Río Aro, con predominancia de Hierro y Oro. Superficie 17.246,16 Km²

Área 3: entre el Río Aro y el límite este del Arco Minero, predominancia Bauxita, Oro y Hierro. Superficie 29.730,37 Km²

Área 4: extensión del Arco Minero (Imataca) predominan Oro, Bauxita, Cobre, Caolín y Dolomita. Superficie 40.149,69 Km².¹⁰

10 Para ver la Gaceta Oficial en su totalidad, se recomienda <https://app.box.com/s/tcaibjmytwek61v97c4n51m8kcwtl0pg> Acceso en 25 feb 2023.

A partir del 2017 aumenta exponencialmente la explotación de oro, cobre, diamante, coltán¹¹, hierro, bauxita, níquel, roca fosfática, carbón, cuarzo, fosfato, feldespato y tierras raras, para el 2018 diversas instituciones nacionales y los pueblos indígenas realizan múltiples manifestaciones¹² y denuncias en torno al impacto ambiental, la pérdida de diversidad sociocultural y el deterioro de la calidad de vida, ya para el 2019, se hacen alertas desde organismos internacionales alrededor el mundo sobre la violación de derechos ambientales y humanos, durante el 2020, la destrucción se hace presente no solo en la poligonal establecida originalmente en el decreto presidencial, llegando al Parque Nacional Canaima y el Parque Nacional Yapacana en el estado Amazonas¹³.

El ecocidio que en los últimos años vienen atravesando los distintos pueblos indígenas que habitan toda la Región Guayana, ha traído consigo una serie de problemáticas agrupadas en dos grandes bloques: la terrible crisis sanitaria que sufren las comunidades originarias y las actividades ilícitas de violencia extrema¹⁴ en la que se ven envueltas (prostitución, contrabando de todo tipo, enfrentamiento entre colectivos armados, extorsión, secuestro, desapariciones y muerte). De allí que se asume como prioridad, profundizar en el primer bloque de graves consecuencias colaterales de la minería legal e ilegal, a partir del análisis de reportes

11 Para del 2018 Venezuela realiza la primera exportación 10 paletas con 5 toneladas de coltán hacia Italia.

12 Diario El País, 03/09/2018. Disponible en https://elpais.com/elpais/2018/09/03/planeta_futuro/1535983599_117995.html Acceso en 18 feb 2023.

13 ONG SOS Orinoco, 09/07/2020. Disponible en <https://sosorinoco.org/en/facts/ecosystems-degradation/photos-illegal-mining-in-yapakana-national-park-amazonas/> Acceso en 18 feb 2023.

14 Diario El Impulso, 27/02/2020. Disponible en <https://www.elimpulso.com/2020/02/27/arco-minero-del-orinoco-4-anos-de-destruccion-ambiental-y-combustion-para-la-violencia> Acceso en 04 jun 2022.

y documentos generados por profesionales multidisciplinarios que atienden a la población de interés, a fin de complejizar con datos estadísticos, trabajos de investigación e informes de instituciones internacionales y organizaciones no gubernamentales, con la finalidad de intentar superar la desinformación creada por el gobierno venezolano, que desde hace varios años, no emite informes oficiales sobre la salud, tal como lo refieren Rísquez y Fernández (2020):

El último Anuario de Mortalidad publicado es del año 2014, el último Anuario de Morbilidad del año 2013, el último Boletín Epidemiológico Semanal es la semana 52 del año 2016. El último Censo nacional fue en el año 2011 [...]. No se encuentran disponibles las Memorias y Cuenta del MPPS desde el año 2015. (p. S26 – S27)

Es por ello que, para caracterizar y analizar la situación real de salubridad en comunidades indígenas de la zona, partimos del Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, donde describe la situación en la República Bolivariana de Venezuela (julio 2019). En el subtítulo V. Grupos en situación de riesgo, parte A. Pueblos Indígenas, podemos leer:

63. La extracción de minerales, especialmente en los estados Amazonas y Bolívar, incluyendo la región del Arco Minero del Orinoco, ha dado lugar a violaciones de diversos derechos colectivos, entre otros los derechos a mantener costumbres, modos de vida tradicionales y una relación espiritual con su tierra. La minería también provoca graves daños ambientales y en la salud, como el aumento del paludismo y la contaminación de las vías fluviales. Tiene un efecto diferenciado en las mujeres y niñas indígenas, que corren mayor riesgo de ser objeto de trata de personas. El hecho de no consultar a los pueblos indígenas sobre estas actividades constituye una violación de su derecho a la consulta (ACNUDH, 2019, p. 13).

Dicho informe, desarrollado como un estudio inter y transdisciplinario a partir de la observación *in situ* y prácticas hermenéuticas fundamentadas en entrevistas con los afectados entre enero del 2018 a mayo del 2019, lo convierten en un documento de alta pertinencia sobre la realidad indígena venezolana en la Región Guayana, declaratoria que, además, coincide de manera contundente con el contexto reflejado el año posterior, por el Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos - PROVEA (Tillett, 2020), cuando reseña:

En Venezuela, las carencias históricas del sistema de salud para la atención de las poblaciones indígenas, se han visto agravadas por los estragos de una emergencia humanitaria compleja que aqueja a la población a nivel nacional, y con especial gravedad la salud y la vida de los indígenas. El colapso de las capacidades sanitarias producto del desmantelamiento del sistema de salud pública, sobre todo en los últimos cinco años, junto al ascenso de los niveles de pobreza, hambre, desnutrición y el desplome de los servicios básicos, han masificado las afectaciones a la salud, causando daños físicos y mentales a las personas y la pérdida de vidas (p. 87).

Agravante a la que se le sumó el contexto pandémico iniciado en Venezuela en marzo del 2020, generando la entrada en vigencia del Decreto Nacional de Cuarentena Social y Colectiva anunciada por el presidente de la República, Nicolás Maduro¹⁵. Momento histórico del que hacen referencia los epidemiólogos Alejandro Rísquez y Mariano Fernández (2020), sobre esos primeros 5 meses de la pandemia.

En cuanto a su afectación por la epidemia de COVID-19, desde el inicio de la epidemia hasta el 2 de agosto se han presentado en el territorio nacional casos y muertes de indígenas para un total de

15 Noticiero Telesur, 16/03/2020. Disponible en <https://www.telesurtv.net/news/venezuela-nicolas-maduro-cuarentena-social-coronavirus-20200316-0048.html> Acceso en 18 feb 2023.

179 casos distribuidos en las etnias Pemón de Bolívar 123 casos, [...], en el Amazonas 12 casos y los Waraos del Delta de Amacuro que reportan 1 muerte (p. S34).

Ahora bien, después de haber observado la preocupante cronología en el área de salud sufrida por los pueblos indígenas de la Región Guayana a causa de la extracción minera y la Covid-19, como investigadores establecimos las siguientes preguntas: ¿Cómo ha influido la explotación del Arco Minero del Orinoco en la salud de las comunidades originarias de la zona, desde el 2017 hasta el presente? ¿Cuáles son las enfermedades más comunes que forman parte del cuadro clínico de los pueblos indígenas actualmente? ¿Qué impacto ha generado la Covid-19 en las comunidades aborígenes de la Región Guayana?

Para dar respuesta a ello, ejercimos un arqueo bibliográfico focalizado en las siguientes fuentes: Reporte Especial de la Coordinación de Pueblos Indígenas de Foro Penal, para visibilizar la situación ante la pandemia de Covid-19 (2020), el Informe Venezuela: Covid-19, Flash Update N° 4 (2020), realizado por la Oficina de la ONU para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), el World Heritage Watch Report (2021), las presentaciones realizadas en la Dirección de Estadística del MPPS – Dirección General de Epidemiología, por: Alejandro Rísquez, intitulada: Estado del COVID-19 en Venezuela y el mundo – agosto 2022, así como el Informe: Situación Venezuela-Septiembre-Octubre 2022 (OCHA, 2022).

Entretejido y análisis de informes y datos: salud de comunidades indígenas de la Región Guayana

La influencia sobre la salud en las comunidades originarias, consecuencia de la citada minería en la Región Guayana, a partir del decretado Arco Minero del Orinoco, son nefastas, según lo apuntado por Foro Penal (Ortiz Bolívar, 2020), pues ha provocado un “alto índice de enfermedades infecto-contagiosas, alto índice de enfermedades transmitidas por vectores, como la malaria y el dengue, generados por el impacto creciente del deterioro del ecosistema donde habita el vector transmisor de estas enfermedades” (Ortiz Bolívar, 2020, p. 4). Además de haberse registrado casos de mortalidad producto de la contaminación del agua por mercurio, “situación muy grave no solamente para los pobladores de estos territorios donde existe explotación de auríferos sino para el resto de la población de los estados (Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro) (Ortiz Bolívar, 2020, p. 4).

Dicho documento aporta información sobre las enfermedades que forman parte del cuadro clínico de los pueblos indígenas, y en 2020 inicia el proceso de inclusión la Covid-19 complejizando aún más la crisis en salud de la población, en una región (Guayana) cuyo nombre, contradictoriamente, significa “tierras de muchas aguas” (Ameliach, 2011).

Es indispensable además hablar del problema del suministro de agua potable, elemento nuclear, fundamental de calidad de vida y especialmente de prevención ante esta pandemia del COVID-19. Las comunidades indígenas de la región están en un estado de especial vulnerabilidad debido a las actividades mineras, por los que ríos como el Caura, Cuyuní, Orinoco y Caroní, y otros afluentes estén contaminados en los sectores donde se desarrollan estas actividades como el Municipio Cedeño, Sifontes, El Callao, Piar, Gran Sabana, entre otros. Por lo que el alto índice de mercurio en los ríos represente un factor de peligro

para los pueblos indígenas. Sumado a esta realidad, el estado Bolívar, debido a la actividad minera, ha reportado ser el estado de Venezuela con mayor brote de malaria, por lo que el control de esta epidemia que azota mayormente en las zonas de territorios indígenas representa otro factor de mortalidad en la población (Ortiz Bolívar, 2020, p. 12).

En contraste, el Informe “Venezuela: Covid-19, Flash Update N° 4” (2020), considera que el impacto de la pandemia en las comunidades aborígenes comienza a partir del flujo continuo de venezolanos retornando desde países vecinos, en un proceso iniciado en abril del 2020. “En la frontera con Brasil, hasta el 21 de mayo, unas 1.983 personas habían retornado por Santa Elena de Uairén desde Pacaraima. A través del estado Amazonas habrían retornado unas 109 personas hasta el 21 de mayo” (p. 3). Por otra parte, en el marco de los 58 años del Parque Nacional Canaima – Patrimonio Natural de la Humanidad, el “World Heritage Watch Report” (2021), advierte del aumento de la actividad minera, mostrando datos estadísticos que informan sobre 670 hectáreas dentro de la zona de protección utilizadas para la extracción aurífera, mientras que el área limítrofe, ubicada entre Las Claritas-Chibay y San Salvador de Paúl-Urimán, se encuentran grandes focos de explotación ilegal de los suelos. Registro alcanzado a partir del grupo de investigadores SOS Orinoco¹⁶, quienes caracterizan:

The reality is even worse along the boundaries of CNP-WHS where more than 7,400 hectares are being impacted by the illegal mining operations [...], where the largest mines are located, and where there is participation by the Pemón indigenous inhabitants, whose economies had been associated in past years, directly or indirectly, with the flow of tourists who once visited Roraima Tepui and other Gran Sabana attractions. The report identified 7 areas, the most prominent being El Mosquito and Mayen-Macriyen. These

16 SOSOrinoco es un grupo de defensa iniciado en 2018 por un grupo de expertos dentro y fuera de Venezuela. Han estado trabajando de forma anónima, ocultando los nombres de los miembros del equipo y testigos, debido al alto riesgo de hacer este tipo de investigación en Venezuela. Contenido disponible en: <https://sosorinoco.org/es/>

two areas have drawn attention as a result of an increase in mining activity there, which now occupies more than 500 hectares¹⁷ (p. 155).

Figura 2 – Hectáreas afectadas por la actividad minera en el PNC, centrándose en el sector occidental.

Mininig Seetor	ha
Arabopo	6
Chirikaden	23
Mayen / Macriyen	348
Mosquito	179
Rfo Pirma	6
Salva la Patria	31
Salva la Patria / Apoipo	10
Salva la Patria / Surucun	11
Santa Elena	56
Total	670

Fuente: *World Heritage Watch Report*, 2021.

El Informe “Situación Venezuela - septiembre-octubre 2022” de la Oficina de la ONU para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), incorpora la llamada “viruela del mono” (Mpox), mientras continúa haciendo referencia del estado de la parvovirus, malaria, sarampión, rubeola, polio y Covid-19, enfermedades que afectan a los pueblos indígenas de la región.

17 La realidad es aún peor a lo largo de los límites del PNC-PMH donde más de 7.400 hectáreas están siendo impactadas por las operaciones mineras ilegales [...], donde se encuentran las minas más grandes, y donde hay participación de los habitantes indígenas Pemón, cuyas economías se habían asociado en años anteriores, directa o indirectamente, con el flujo de turistas que alguna vez visitaron Roraima Tepui y otras atracciones de la Gran Sabana. El informe identificó 7 áreas, siendo las más destacadas El Mosquito y Mayen-Macriyen. Estas dos áreas han llamado la atención como resultado de un aumento de la actividad minera allí, que ahora ocupa más de 500 hectáreas (T.A.).

En Venezuela se observó un incremento en el reporte de casos de Covid-19 entre junio y julio de 2022, con una disminución desde principios de agosto y con una tendencia sostenida hasta finales de octubre. Ante esta situación, persisten las acciones tanto en prevención y control de la infección, contención de casos y la atención de las personas infectadas que ameritan manejo intrahospitalario (p. 4 - 5).

Por su parte, el epidemiólogo Alejandro Rísquez (2022) aporta datos importantes en su presentación ante la Dirección de Estadística del MPPS - Dirección General de Epidemiología:

Las variantes de preocupación de SARS-CoV-2 de mayor circulación han sido en número de 5 desde el inicio de la pandemia, y las variantes nuevas circulan durante lapsos dados, y la última variante OMICRÓN circula desde diciembre de 2021 y es la predominante desde 2022 a escala global.

Variante de preocupación circulante OMICRON, más contagiosa y menos virulenta, por lo tanto, aumentaron los casos en 2022 con menos muertes, complicaciones, hospitalizaciones y terapia intensiva.

El Covid-prolongado, persistente o Síndrome de Covid-postagudo (PACS) nuevo desafío de la pandemia. (s/p)

De la información referida por el médico y el entrecruzamiento con el mapa en línea sobre la Situación de Covid-19 en la República Bolivariana de Venezuela - Distribución espacio-temporal de casos y muertes de la Organización Mundial de la Salud (WHO) Organización Panamericana de la Salud (PAHO), que se actualiza automáticamente a partir de los datos proporcionados por las zonas del país que cuentan con laboratorios para hacer seguimiento del proceso pandémico¹⁸, podemos identificar las siguientes estadísticas en la Región Guayana, hasta marzo 2023:

18 Disponible en: <https://www.arcgis.com/apps/dashboards/d7cba4d097554b57822f7d7baaed6953> Acceso en 22 feb 2023.

Figura 3 – Casos y muertes acumuladas por Covid-19 hasta marzo 2023

Estados Región Guayana	Casos	Muertes
Amazonas	3.712	43
Bolívar	19.199	106
Delta Amacuro	3.235	34

Elaboración: González y Vallejo.

Como hemos podido constatar en nuestras investigaciones, la situación salud de los pueblos indígenas de la región Guayana de Venezuela no parece mejorar con el pasar de los años. Las tecnologías, así como la implementación de aparatos legales creados para protegerlos y salvaguardarlos, se ha quedado en una figura hipotética en la que los supuestos han sido más fuertes que las líneas teóricas. De manera que, se hace necesaria cada día más, la puesta en escena de diversas estrategias que visibilicen las problemáticas que, por un lado, están diezmando a nuestros pueblos ancestrales y, por otro, les está obligando a dejar sus territorialidades emprendiendo viajes hacia lugares desconocidos, ajenos a sus procesos cosmogónicos y culturales, iniciando lo que está viviendo, por ejemplo, el pueblo *warao*, la diáspora de grandes grupos en búsqueda de mejores condiciones de vida. Lo cual no siempre se logra.

En este sentido, es interesante señalar que el abandono en salud de los pueblos ancestrales venezolanos ha sido una preocupación constante de especialistas en diversas áreas Sociales, Aplicadas, Humanas, en intentos por mostrar lo que ha venido ocurriendo e *in crescendo* frente a pocas o ninguna medida de auxilio y protección a estos seres y culturas que son patrimonio de la nación. Un ejemplo es el trabajo presentado en 2017 por Kermelyn Talero, en la Universidad Central de Venezuela, donde expresa que

“Solo en el municipio Antonio Díaz del estado Delta Amacuro, uno de los más afectados, el programa regional de VIH de la entidad reportó en 2015 un total de 31 casos diagnosticados” (p. 2), de este y otros datos específicos sobre dicho síndrome obtenidos a lo largo de aproximadamente 5 años, esta investigación hecha a partir de entrevistas con *warao* asume el reto de reflexionar sobre la desinformación que hay en el país en relación a las cifras reales sobre la salud de las poblaciones indígenas, lo cual prevalece en 2023, como lo hemos constatado en nuestra propia investigación. Esto no es solo una problemática estadística sino social, pues al no contar con cifras y otras informaciones oficiales, no estaremos en capacidad de conocer si se están realizando acciones concretas para solventar las graves problemáticas en el área de salud provenientes de la violentación socioambiental a las territorialidades indígenas, tal el caso de la contaminación de las aguas, la propia tierra, el aire, devenidos de la minería y sus planes destructores, como hemos señalado. En publicación de 2020, Aimé Tillett, al discernir sobre ocurrencias de sarampión, tuberculosis y VIH en *warao*, devela que:

[...] los datos relativos al sistema de atención en salud del estado Delta Amacuro, permiten concluir que existen graves violaciones de los derechos humanos del pueblo indígena warao y específicamente del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y de los derechos a la vida, a la alimentación, al agua potable y al saneamiento, a un medio ambiente sano, a la vivienda, a la educación, al trabajo, a la dignidad humana, a la no discriminación, a la igualdad, al acceso a la información y otros derechos vinculados (p. 203).

A estos datos podríamos agregar lo ocurrido en la Región Guayana, tanto con grupos aislados como con aquellos que tienen contacto con criollos, a raíz de la incursión de minería ilegal y normatizada, donde la Covid-19 se ha añadido a la cantidad de endemias, tal como lo acota el portal IWGIA.

En la frontera con Brasil, en los estados de Amazonas y Roraima, los territorios indígenas han sido invadidos por miles de garimpeiros (mineros). Los reportes dan cuenta de la presencia de unos 20.000 trabajadores mineros en tierras yanomami que actúan como agentes de transmisión de enfermedades, como la malaria, el sarampión, la hepatitis y el Covid-19. De este modo, los agentes externos ponen en riesgo la salud de los indígenas en aislamiento. Esta situación se ve agravada por la nueva política minera del Estado venezolano y el megaproyecto Arco Minero del Orinoco (en ejecución en el estado de Bolívar), cuyas implicaciones son regionales.¹⁹

Sin tomar las medidas necesarias para el control y saneamiento de las territoriales ancestrales, de una u otra manera, los responsables gubernamentales han contribuido con la propagación de la enfermedad que, como ya sabemos, fuera declarada pandemia, en 2020, por la Organización Mundial de la Salud²⁰. Esto lo destaca el citado el portal aseverando que;

Según la Coordinadora de Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica (COICA), en 2020 se contagiaron más de 6.000 indígenas, fallecieron unas 600 personas y 100 pueblos fueron afectados. A su vez, el Observatorio Wataniba-ORPIA sobre Covid-19 en la Amazonía Venezolana informó 3.631.656 casos y 117.352 fallecidos en la Panamazonía en su Boletín N° 23. En 2021, se han notificado 10.482 casos.²¹

19 Disponible en: <https://www.iwgia.org/es/noticias/4432-venezuela-ind%C3%ADgenas-aislados,-grupos-ilegales-y-covid-19.html> Acceso en 25 feb 2023.

20 Para ahondar en el tema, se recomienda visitar el site: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia> Acceso en 25 feb 2023.

21 Disponible en: <https://www.iwgia.org/es/noticias/4432-venezuela-ind%C3%ADgenas-aislados,-grupos-ilegales-y-covid-19.html> Acceso en 25 feb 2023.

Por su parte, en un fragmento del Boletín N° 25 del Observatorio WATANIBA²² – ORPIA: COVID-19 en la Amazonia venezolana, observamos datos sobre el proceso de vacunación en el estado Bolívar, llegando a un total de 207.721 personas que habían recibido la primera dosis de Sinopharm y Sputnik V, mientras que paralelamente estaban llegando cargamentos en Amazonas y Delta Amacuro, lo cual mermó con la segunda dosis y con otros suministros, no solo en la región sino a nivel nacional.

Integración artística como toma de conciencia

Producto de toda la serie de acontecimientos que hemos narrado brevemente, como investigadores en arte y cultura indígena, nos dimos a la tarea de emprender un camino creativo con la intención de visibilizar la vida de los pueblos ancestrales en su lucha de continua resistencia por el respeto a sus territorialidades y, por consiguiente, su derecho a la vida en todo sentido. Así creamos la instalación “Túnel de Filón y Química Asesina”, proyecto multidisciplinar que problematiza acciones colectivas del arte insertadas en el ambiente urbano y la configuración de distintas narrativas, construidas a partir de la propuesta estética anclada a las memorias colectivas del público-espectador, quien, a su vez, se convierte en co-creador interventor de la obra proponiendo así una lectura emergente y alternativa.

El tema central de la propuesta artística gira en torno a la concienciación social no indígena alertando sobre la necesaria conservación del ambiente en un entretendido que se extiende desde el Amazonas (Región Guayana) hasta la contemporaneidad urbana. En este sentido, se levanta un paisaje cultural que

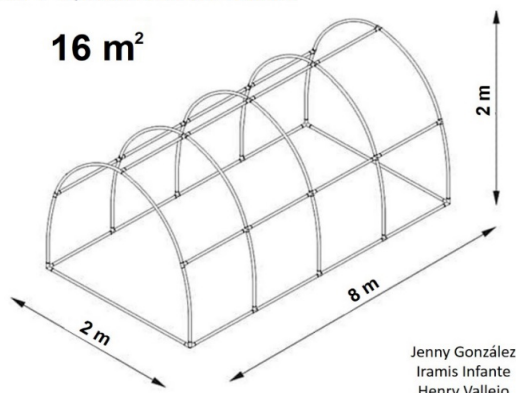
22 Para ahondar em el tema se recomienda <https://watanibasocioambiental.org/>
Acceso en 25 feb 2023.

dialoga con problemáticas como el deterioro dentro de la propia degradación de la biodiversidad.

Figura 4 – Plano de instalación artística, 2022.

PLANO: TÚNEL DE FILÓN Y QUÍMICA ASESINA

El presente diseño para la instalación en espacios públicos, permite intervenir con telas de algodón en tono tierra rojizo, la urbe, brindando una curaduría multidisciplinar para la efímera pero significativa contemplación, análisis y reflexión del espectador, a través de un sistema dinámico cargado de fotografías, objetos, dispositivos sonoros, elementos aromáticos y performance que conectarán al transeúnte con la selva amazónica y la devastadora huella en territorio indígena de los túneles y deforestación minera.



Jenny González
Iramis Infante
Henry Vallejo

Elaboración: González, Infante y Vallejo.

El proyecto es una práctica colectiva espontánea que emerge de las diversas memorias de los espectadores y los motivos proteccionistas de los autores, quienes de manera dinámica involucran el tema ambiental utilizando collages, sonidos, olores, videos, fragmentos patrimoniales, fotografías, piezas textiles de la cotidianidad contemporánea y el medio ambiente del Amazonas. Se pretende generar impacto psico-emocional y sensibilizar al público sobre el deterioro ambiental que también le afecta. El “Túnel de Filón y Química Asesina” es una especie de caverna que lleva a caminar por la vagina de la Madre Tierra y percibir, desde todos los sentidos, la transfiguración que, como dadora de vida, padece por la explotación minera.

Figura 5 – Warao en curiara por el Orinoco



Que mi canto se extienda
por las riberas del río

Foto: Jenny González

En tiempos de mayor repercusión de la pandemia del siglo XXI vimos cómo gente de diversos lugares del mundo encontraron un refugio en las manifestaciones artísticas. El arte se convirtió en una ventana desde la cual se podía observar y sentir la vida exterior, convirtiendo la tensión del confinamiento en un espacio para resignificarse, re-encontrarse, re-vivirse. El arte no es distante, ni está de espaldas a las realidades que viven las distintas sociedades que conforman nuestras tierras; ha nacido de las sensibilidades de las emociones, pero también de la lucha y ha sido voz de quienes no tienen la libertad para expresarse.

Es por ello que este túnel invita a introducirse en él, pero no solo de manera física sino de manera hermenéutica (Ricoeur, 2000), es decir, abriendo la mente para la interpretación, análisis y reflexión sobre la violentación que viven cada día nuestros pueblos ancestrales. En el túnel estamos entrando en una suerte de caverna que nos muestra fotos de la minería en la Región Guayana, gente alegre y gente sufriendo, naturaleza violada, naturaleza en su

esplendor, el sonido de la selva frente al sonido de las máquinas de la minería, el árbol que cruje al caer como gritando ante su muerte, el agua que corre; pero, también está la ciudad donde nos encontramos, a la que pertenecemos y que no por ventura, es igualmente, contaminada por la acción inconsciente de sus propios progenitores.

A modo de epílogo

Con este texto no pretendemos hacer un análisis exhaustivo de estructuras vinculadas al área de la salud, hasta porque no somos especialistas en esa línea de investigación, nuestro objetivo es crear conciencia social sobre la serie de problemáticas que viven varios pueblos indígenas de la Región Guayana de Venezuela, quienes se han visto directamente afectados por la implementación de políticas públicas completamente distanciadas de la existencia miles de personas que están en resistencia, luchando por la reivindicación de sus derechos humanos y ciudadanos, por el respeto a sus territorialidades – legítimamente suyas –, por la protección de los elementos de la naturaleza con la han habitado armónicamente desde el tiempo eterno de sus propias cosmogonías, por la salvaguarda de sus expresiones culturales tanto materiales como inmateriales, por la conservación de sus idiomas originarios. Es importante, entender, cada quien, desde su espacio, que la naturaleza debe ser respetada porque el planeta está sufriendo cambios climáticos que propician la proliferación de enfermedades físicas con incidencia en la parte psicológica. En este sentido, la sabiduría de los pueblos indígenas nos puede ayudar a comprender que la depredación ambiental también afecta a la gente urbana (es por ello nuestra propuesta artística).

Para cada nación ancestral la tierra tiene una noción de lo que podríamos llamar lugar antropológico (Augé, 1992), pues solo en ella se pueden ritualizar los mitos, es por ese motivo que si ella es atacada, la cosmogonía también lo es, y desde la perspectiva material, se hace casi imposible permanecer en un lugar donde ya no se puede pescar, beber agua limpia, respirar con tranquilidad, donde no hay árboles para recoger frutos, madera para la curiara, hogar para los pájaros... ya no hay pájaros... Invitamos, desde este entretendido literario, a pensar desde el respeto a la diversidad y a la alteridad (Todorov, 2007; Ricoeur, 1996) viendo y sintiendo a ese “otro” no para sustituirlo sino para entenderlo y así tener la capacidad de trabajar con él.

Referencias

ACNUDH. **Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela.**

Disponible en: https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.ohchr.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2FHRBodies%2FHRC%2FRegularSessions%2FSession41%2FDocuments%2FA_HRC_41_18_SP.docx&wdOrigin=BROWSELINK [Consulta: 2023, marzo 7].

AUGÉ, Marc. **Non-lieux.** Introduction á une anthropologie de la Surmodenité. Paris: Edition de Seuil, 1992.

COLECCIÓN Grabados Nacionales (Serie Descubre Bolívar), Caracas: Cadena Capriles, 2011.

CORA, Maria Manuela de. **Kuai-Mare.** Mitos aborígenes de Venezuela. Caracas: Monte Ávila, 1972.

DECRETO N° 2.248, mediante el cual se crea la Zona de Desarrollo Estratégico Nacional “Arco Minero del Orinoco” (2016). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. N° 40.855 (Ordinario), Febrero 24, 2016.

GACETA OFICIAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. N° 5836. (Extraordinaria). (2007). Decreto N° 5103: Decreto sobre organización y funcionamiento de la administración pública nacional. Disponible: http://www.tsj.gov.ve/gaceta_ext/enero/080107/080107-5836-01.html [Consulta: 2023, enero 18].

IWGIA. Disponible en: <https://www.iwgia.org/es/noticias/4432-venezuela-ind%C3%ADgenas-aislados,-grupos-ilegales-y-covid-19.html> [Consulta: 2023, febrero, 25]

LEFEBVRE, Henri. **La producción del espacio**. 1. ed. Madrid 2013: Capitán Swiny, 1974.

OCHA. Venezuela: COVID-19. Flash Update N° 4. 22 de mayo de 2020. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/venezuela-bolivarian-republic/venezuela-covid-19-flash-update-n-4-22-de-mayo-de-2020> [Consulta: 2023, marzo 6].

OCHA. Venezuela - Septiembre-Octubre 2022. Informe de situación. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/venezuela-bolivarian-republic/venezuela-informe-de-situacion-septiembre-octubre-2022> [Consulta: 2023, marzo 6].

ORTIZ BOLIVAR, Olnar. **Situación actual de los pueblos y comunidades indígenas ante la pandemia del COVID-19**. Caracas: Foro Penal, 2020.

PÁEZ, Rafael Gerardo. Arco Minero del Orinoco: Tecnología “ecosocialista” como hipérbole de destrucción medioambiental en Venezuela. In: IX Reunión Nacional de Gestión de Investigación y Desarrollo, 2017. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/handle/10872/15957> [Consulta: 2023, febrero 20].

PIÑA DIAZ, Aurora Betzabé. Indicadores de sustentabilidad en la toma de decisiones para creación de distritos mineros, aplicados a minería metálica: Au y Fe, en el estado Bolívar, 2002. Trabajo especial de Grado (Ingeniería en Minas) Universidad Central de Venezuela.

RICOEUR, Paul. **Si mismo como otro**. Madrid: Siglo XXI, 1996.

RICOEUR, Paul. **La mémoire, l’histoire, l’obli**. Paris: Edition du Seuil, 2000.

RÍSQUEZ, Alejandro. Estado del COVID-19 en Venezuela y el mundo, 30 de agosto 2022. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/21872/1/ESTADO%20DEL%20COVID%2019%20y%20SINDORME%20POSTCOVID%2030%20DE%20AGOSTO%202022.pdf> [Consulta: 2023, marzo 6].

RÍSQUEZ, Alejandro; FERNÁNDEZ, Mariano. **Análisis de la situación general de salud y la epidemia de COVID-19 en Venezuela durante el año 2020**, v. 128, n. 1, s/p, nov. 2020.

TALERO, Kemberlyn. VIH en el Delta: De la desinformación a la muerte. Reportaje radiofónico bilingüe (español-warao), 2017. Trabajo especial de grado (Licenciatura en Comunicación Social) Universidad Central de Venezuela.

TILLET, Aimé. **Condiciones de salud y alimentación de la población indígena warao del estado Delta Amacuro**. Caracas: PROVEA, 2020.

TODOROV, Tzvetan. **La Conquista de América**. El problema del otro. México: Siglo XXI, 2007.

VELÁSQUEZ, Ronny. **Estética Aborigen**. Caracas: Fondo Editorial Fundarte, 2008.

VIANA, C. **Determinación de los requerimientos de equipos de carga y acarreo en CVG Ferrominera Orinoco CA**. Estado Bolívar, 2004. Trabajo especial de Grado (Ingeniería de Minas), Universidad Central de Venezuela.

VIANA BARRIOS, Clara Elena. **Determinación de los requerimientos de equipos de carga y acarreo en CVG Ferrominera Orinoco CA**. Estado Bolívar, 2004. Trabajo especial de Grado (Ingeniería de Minas), Universidad Central de Venezuela.

WORLD HERITAGE WATCH. **World Heritage Watch Report 2021**. Berlin 2021. Disponible en: <https://world-heritage-watch.org/content/wp-content/uploads/2021/06/WHW-Report-2021.pdf> [Consulta: 2023, marzo 6].

ZABALA, Ildebrando.; GARCÍA, Margarita. Historia de la Educación Ambiental desde su discusión y análisis en los congresos internacionales. **Revista de Investigación**, n. 63, p. 201-207, 2008.

POSFÁCIO

CIÊNCIA E COVID-19: IMPLICAÇÕES CIENTÍFICAS, ÉTICAS, SOCIAIS E POLÍTICAS

O livro, com o título “*Territórios, temporalidades, atenção à saúde e Covid-19: dimensão nacional e internacional*”, do qual tenho o prazer de elaborar o posfácio, foi organizado pela professora doutora Edna Maria Goulart Joazeiro. Este retratou o cenário da pandemia da Covid-19 em diferentes países, como Brasil, Chile, Costa Rica, França e Venezuela e as formas de enfrentamentos da doença nesses países e as consequências sociais e econômicas que provocou ao acirrar as desigualdades sociais, raciais e de gênero na mortalidade e no adoecimento com gravidade. Como bem explorado neste livro, os segmentos mais vulneráveis – como idosos, jovens, mulheres grávidas e outros –, pelas comorbidades, pelas condições de vida, de trabalho e saúde, ou seja, condições de existência, que os tornaram mais frágeis, embora nem sempre se destacassem como grupos prioritários nos atendimentos, nas disputas por leitos hospitalares, pela UTI, dentre outros. A preservação da vida humana, em especial dos mais frágeis, os investimentos em pesquisas, insumos e vacinas *versus* a manutenção da economia,

dos empregos, do consumo foram a tônica em alguns países, marcando as oposições entre progressistas e conservadores.

Para concluir esta obra, importantíssima no processo de internacionalização do conhecimento científico, na difusão do saber crítico que desvenda as aparências do real e desnuda suas múltiplas determinações, comungo com as ideias de Drawin, Moreira e Rodrigues (2021), de que a pandemia de Covid-19 mostrou com clareza o intenso entrecruzamento entre aspectos estritamente científicos e aspectos sociais e políticos. Assim, embora, de um lado, a ciência experimental tenha se fortalecido pelo estudo da estrutura do vírus e pela descoberta em curto prazo da vacina, por outro lado, o movimento antivacina, pela abertura da economia, os atrasos na compra das vacinas, a difusão de *fake news* sobre a doença, o desprezo pelas mortes, vistas como números, estatísticas, além das inúmeras pesquisas nas Ciências Sociais desnudaram as desigualdades sociais na origem do adoecimento e da mortalidade. Esse movimento antagônico levou ao questionamento da validade do modelo de ciência naturalista, neutra, objetiva, que dissocia ciência das dimensões éticas, sociais e políticas.

Segundo Drawin, Moreira e Rodrigues (2021, p. 524), “[...] a abordagem exclusivamente naturalista da pandemia, ao colocar num lugar secundário, complementar e extrínseco suas dimensões sociais e políticas, acaba por ocultar aspectos essenciais presentes em sua origem, em seu enfrentamento e consequências”¹. E este livro se contrapõe a essa lógica naturalista, oferecendo contribuições das Ciências Sociais Aplicadas para a compreensão da doença e, principalmente, das consequências sociais, das

1 Cf. DRAWIN; MOREIRA; RODRIGUES. Covid-19 e ciência pós-normal: reflexões epistemológicas e políticas. **Rev. psicol. polít.** São Paulo, v. 21, n. 51, p. 522-536, ago. 2021.

omissões políticas, do atraso nas decisões políticas, das questões éticas, da preservação da vida humana em detrimento do mercado e da vida econômica.

A exemplo dos diferentes campos epistemológicos prevaletentes nas Ciências Humanas e Sociais, destacamos o presente livro, que reúne pesquisadores e pesquisas em diferentes contextos nacional e internacional, desvendando e nomeando as desigualdades e sua incidência entre idosos, negros, mulheres grávidas, homens com trabalho informal na rua, indígenas, dentre outros. Destacam a necessidade de uma política de enfrentamento com centralidade na preservação da vida humana e das condições de sobrevivência física, com benefícios governamentais e acesso à saúde de qualidade e gratuita.

As concepções de cientificidade são diversas e conflitantes, logo, não existe um bloco monolítico chamado ciência. Entretanto, há elementos comuns que os tornam conhecimento científico, uma unidade na diversidade, o conhecimento racional e metódico (método e técnicas). Na nossa compreensão, a diversidade de perspectivas não é negativa. Do contrário, impor o modelo natural, matemático, para a vida social e o conhecimento desta realidade, isso, sim, é nefasto, limitante das liberdades, das diversidades e diferenças na produção do conhecimento científico.

O cenário da Covid-19 desnudou as relações entre questões epistemológicas e metodológicas e as questões práticas – morais e políticas –, pois, houve discordâncias e diferenças entre países nas políticas adotadas, em que alguns adotaram a necropolítica.

Como destacam Drawin, Moreira e Rodrigues (2021, p. 530), “[...] as decisões em relação a domínios como a educação e a saúde envolvem desde valores éticos e morais fundamentais que dizem respeito à vida e à morte dos indivíduos, até à qualidade de vida das populações [...]”, são atos políticos, sujeitos à correlação

de forças, a interesses antagônicos das classes sociais. Como bem colocam os autores, “[...] não podemos dizer que se trata de uma balança equilibrada, aquela entre mercado e garantia de direitos às populações empobrecidas e marginalizadas” (Drawin; Moreira; Rodrigues, 2021, p. 530).

A lógica neoliberal da renovada superestrutura capitalista, no seu atual ciclo de acumulação financeira, globalizada, teve unanimidade durante a crise de 2008 na economia mundial financeirizada, e a saída seria forte intervenção do Estado. Porém, esse mesmo consenso foi difícil de ser obtido para sanar e erradicar o vírus da Covid-19, pois se antagonizava com os interesses econômicos e políticos conservadores.

A aparente neutralidade da ciência, da visão naturalista do vírus, da noção de que ele atinge a todos da mesma forma, não é neutra, ao contrário, mostra a sua face política mantenedora do *status quo*. Os estudos e as pesquisas em diferentes perspectivas teórico-metodológicas mostraram que o vírus penalizou duramente os mais idosos, jovens, homens e mulheres pobres, das comunidades carentes, das populações mais desvalidas. Revelou, entretanto, o lugar central do enfrentamento pelo Sistema Único de Saúde brasileiro, seus profissionais, equipamentos públicos e do Sistema Único de Assistência Social, em contexto de benefícios bancários e desinformação das populações mais pobres sobre como se inscrever, acessar, e o crescimento dos benefícios eventuais, dentre outros. Todavia, em muitos países revelou a precariedade ou ausência dos sistemas públicos de saúde, como ocorreu nos Estados Unidos da América.

O livro tem o mérito de contribuir com a internacionalização da pós-graduação, com os intercâmbios, as parcerias entre pesquisadores, com os debates resultantes da socialização do

saber produzido e a proposição de políticas públicas ou ajustes e melhoria nas políticas existentes.

Finalmente, ao agradecer o honroso convite para escrever este posfácio, vou tecer algumas notas de otimismo com o atual cenário, após a Organização Mundial de Saúde (OMS) ter declarado o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à Covid-19, e as mudanças no Governo Federal no Brasil, torcer para que o projeto democrático popular e as reformas nas políticas públicas avancem para a emancipação política e a seguridade social possa ser fortalecida e garantida a segurança social.

Solange Maria Teixeira

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em
Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí

Teresina, janeiro de 2024.

SOBRE OS(AS) AUTORES(AS)

Ana Rojas Acosta – Doutora em Serviço Social, docente da Universidade Federal de São Paulo, Programa de Pós-Graduação no Ensino das Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento Superior em Saúde, coordenadora do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Famílias e Políticas Públicas (NEF). Bolsista Produtividade CNPq Pq2. São Paulo – Brasil.

País de origem: Peru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1474-0715>

E-mail: ana.rojas@unifesp.br

Ana Valéria Machado Mendonça – Filósofa e Comunicadora social. Pós-doutorado em Comunicação em Saúde pela *Université du Québec au Montréal*. Doutora em Ciência da Informação (UnB). Mestre em Comunicação e Cultura pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora Associada da Universidade de Brasília, onde coordena o Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde da UnB.

País de origem: Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1879-5433>

E-mail: valeriamendonca@unb.br

Agustín Gómez Meléndez – Estatístico da Universidad de Costa Rica, Máster en Sistemas de Informação na Universidad Latina de Costa Rica. Coordenador da Unidad de Estadísticas del Centro de Investigación Observatorio del Desarrollo, Universidad de Costa Rica, São José, Costa Rica.

País de origem: Costa Rica

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7383-3754>

E-mail: agustin.gomez@ucr.ac.cr

Clément Colin – Professor da Escuela de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile. Tem formação em Geografía y Estudios Urbanos. Doutor em Géographie na Université Paris Est, França, Master em Urbanisme et Aménagement du Territoire, Université de Marne la Vallée, França e Licença em Sciences Humaines et Sociales, menção Études Urbaines, Université Paris 8, França. Dirige e participa em projetos financiados pela Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID), Chile em Geografía Social e Cultural e Sociología. É cofundador do Núcleo de investigaciones sobre el futuro de las profesiones e integrante de diferentes redes e grupos de investigações nacionais e internacionais vinculados com o estudo das emoções. Dentro de seus temas de trabalho, destaca emoções e subjetividades, espaços cotidianos, conflitos de identidade e memória, desigualdades sociourbanas, o direito à cidade e a resistência urbana.

País de Origen: França

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1886-3926>

E-mail: clement.colin@pucv.cl

Edna Maria Goulart Joazeiro – Assistente social e Socióloga. Doutora e Mestre em Educação pela Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP. Pós-doutorado em Serviço Social pela PUC-SP. Docente, Pesquisadora, Diretora do Centro de Ciências Humanas e Letras da Universidade Federal do Piauí, Coordenadora do Núcleo de Pesquisa Formação, Educação, Trabalho e Políticas Públicas e Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa Formação, Trabalho, Desigualdade Social e Políticas Públicas, CNPq, Brasil. Bolsista Produtividade em Pesquisa do CNPq e Coordenadora do Projeto de Pesquisa Territórios, temporalidades e desigualdade social: trabalho profissional das profissões das políticas de Saúde e de Assistência Social em diferentes contextos nacionais e internacionais em tempo de pandemia da Covid-19, Brasil, Chile e França financiada pela Chamada CNPq/Universal 2022-2025. Membro da Diretora da Societé Internationale d'Ergologie, Paris França e Pesquisadora Associada do CRTD, CNAM, Paris, França. País de origem: Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1998-4532>
E-mail: ednajoazeiro@ufpi.edu.br

Guilherme de Moraes Nobrega – Biólogo pela Universidade Estadual de Campinas. Mestre em Ciências da Saúde com ênfase em Saúde Materna e Perinatal pela Universidade Estadual de Campinas. Discente do Curso de Doutorado em Ciências da Saúde com ênfase em Saúde Materna e Perinatal no Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, SP, Brasil. País de origem: Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9406-4256>
E-mail: guigo.nobrega@hotmail.com

Henry Vallejo Infante – Doutor em Cultura e Arte para a América Latina e Caribe – Universidad Pedagógica Experimental Libertador/ Instituto Pedagógico de Caracas, Venezuela. Professor Visitante do Programa de Pós-Graduação em Antropologia e Arqueologia (UFPR) e investigador do Centro de Investigaciones Mariano Picón Salas (UPEL-IPC) Venezuela. Cursante de la Maestría en Memoria Social y Patrimonio Cultural (UFPEI, Brasil).

País de origem: Venezuela

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2703-6305>

E-mail: vallejo.henry@gmail.com

Ingrid Dromard – Diploma de Estado de Assistente de Serviço Social, DEASS– IRTS de Nancy, França, Mestrado em Investigação, Diploma de Estado em Engenharia Social (DEIS), IMFRTS de Marseille, França. Doutorado em Filosofia (Cifre), Centre d'Epistemologie et d'Ergologie Comparative (CEPERC), UMR 7304, CNRS, Aix Marseille Université. Mestrado em Ergologia, Aix Marseille Université. Membro da Diretoria da Société Internationale de Ergologie, Paris, França. Palestrante e formador em análise do trabalho: prevenção de riscos ocupacionais e melhoria da qualidade de vida no trabalho. Desenho e animação de Grupos de Encontro de Trabalho (GRT, sigla em francês) em estabelecimentos sociais e médico-sociais.

País de Origem: França

E-mail: ingrid.dromard@gmail.com

Jean-Luc Denny – Professor de Ciências da Educação e da Formação, membro do Laboratoire interuniversitaire des Sciences de L'Éducation et de la Communication, LISEC – UR 2310 e da Équipe de Apprentissages, Pratiques D'Enseignement et d'Education (AP2E). Université de Strasbourg, França. Membro da Société Internationale d'Ergologie, Paris, França e Membro do Grupo Garimpo, Colaboração Brasi-França.

País de Origem: França

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5071-9625>

E-mail: jldenny@unistra.fr

Jenny González-Muñoz – Doutora em Cultura e Arte para América Latina e Caribe - Universidad Pedagógica Experimental Libertador/ Instituto Pedagógico de Caracas, Venezuela. Professora Visitante (EBA/UFMG) Membro do Grupos de Pesquisa Formação, Trabalho, Desigualdade Social e Políticas Públicas, CNPq (PPGPP, UFPI).

País de origem: Venezuela

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8480-991X>

E-mail: jenny66m@gmail.com

José da Paz Oliveira Alvarenga – Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Pós-doutorando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. Professor Associado do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

País de origem: Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7170-7498>

E-mail: alvarengajose@yahoo.com.br

Juan José Romero Zúñiga – Médico Veterinario pela Universidad Nacional, Costa Rica, MSc en Reproducción Animal Integrada (Universidad Nacional, Costa Rica), PhD en Epidemiología, pela Wageningen University, The Netherlands), Investigador no Programa de Investigación en Medicina Poblacional da Universidad Nacional, Costa Rica e Professor da Maestría em Epidemiología, Universidad Nacional, Costa Rica.

País de origem: Costa Rica

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5252-1604>

E-mail: juan.romero.zuniga@una.ac.cr

Laina Jennifer Carvalho Araújo – Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Mestre e Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Capes, Brasil. Doutorado Sanduíche no *Conservatoire National des Arts et Métiers*, Paris, França, pelo Programa Institucional de Doutorado Sanduíche no Exterior PDSE, CAPES. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Formação, Trabalho, Desigualdade Social e Políticas Públicas, CNPq, do Núcleo de Pesquisa Formação, Educação, Trabalho e Políticas Públicas e do Projeto de Pesquisa Territórios, temporalidades e desigualdade social: trabalho profissional das profissões das políticas de Saúde e de Assistência Social em diferentes contextos nacionais e internacionais em tempo de pandemia da Covid-19, Brasil, Chile e França financiada pela Chamada CNPq/Universal 2022-2025. País de origem: Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8277-4960>
E-mail: E-mail: laina5411@gmail.com

Louis Durrive – Professor Emérito, Laboratoire interuniversitaire des Sciences de l'Éducation et de la Communication, LISEC, Université de Strasbourg, França. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Formação, Trabalho, Desigualdade Social e Políticas Públicas, CNPq, Brasil e do Núcleo de Pesquisa Formação, Educação, Trabalho e Políticas Públicas, UFPI, Brasil. País de origem: França
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0192-274X>
E-mail: louis.durrive@unistra.fr

Maria do Rosário de Fátima e Silva – Doutora em Serviço Social e Política Social. Docente titular aposentada do Departamento de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Brasil e Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Famílias e Políticas Públicas (NEF) da UNIFESP, São Paulo. Membro do Grupo de Pesquisa Formação, Trabalho, Desigualdade Social e Políticas Públicas, CNPq (PPGPP, UFPI) e do Núcleo de Pesquisa Formação, Educação, Trabalho e Políticas Públicas, UFPI, Brasil.

País de origem: Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8046-3053>

E-mail: mrosariofat@gmail.com

Maria Fátima de Sousa – Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB). Pós-doutora pela Université du Québec à Montréal.

País de origem: Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6949-9194>

E-mail: mariafatimasousa09@gmail.com

Maria Laura Costa do Nascimento – Professora Associada do Departamento de Tocoginecologia-Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP.

País de origem: Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8280-3234>

E-mail: mlaura@unicamp.br

Maria Lúcia Martinelli – Assistente social, Mestre e Doutora em Serviço Social pela PUC-SP e Pós-doutora em Fundamentos Políticos das Ideias Contemporâneas pelo Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo. Docente, Pesquisadora e

Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Identidade, NEPI da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP. Membro do Grupo de Pesquisa Formação, Trabalho, Desigualdade Social e Políticas Públicas, CNPq (PPGPP, UFPI) e do Núcleo de Pesquisa Formação, Educação, Trabalho e Políticas Públicas, UFPI, Brasil. É ainda membro do Comitê Acadêmico da Universidade Nacional de La Plata, Argentina e Professora Emérita da PUC-RS. Autora de livros e artigos em periódicos nacionais e internacionais e consultora externa de Agências de Pesquisa e Fomento Nacionais e Internacionais.

País de origem: Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9124-2846>

E-mail: mlmartinelli@terra.com.br

Maria Ozanira da Silva e Silva – Doutora em Serviço Social. Professora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas (PPGPP) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Coordenadora do Grupo de Avaliação e Estudo da Pobreza e de Políticas direcionadas à Pobreza (GAEPP www.gaepp.ufma.br), da mesma Universidade. Pesquisadora, nível IA, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

País de origem: Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0421-9934>

E-mail: maria.ozanira@gmail.com

Romário Gonçalves da Silva – Licenciado em Geografia pela Universidade Federal do Piauí, bolsista de Apoio à Pesquisa, CNPq. Participa como membro do Projeto de Pesquisa Territórios, temporalidades e desigualdade social: trabalho profissional das profissões das políticas de Saúde e de Assistência Social em diferentes contextos nacionais e internacionais em tempo de

pandemia da Covid-19, Brasil, Chile e França financiada pela Chamada CNPq/Universal 2022-2025. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Formação, Trabalho, Desigualdade Social e Políticas Públicas, CNPq, Brasil e do Núcleo de Pesquisa Formação, Educação, Trabalho e Políticas Públicas, UFPI, Brasil.

País de origem: Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3731-8956>

E-mail: romariogs38@gmail.com

Sandra Elena Iturrieta Olivares – Trabalhadora social, professora e pesquisadora da Escuela de Trabajo Social da Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile. Doutora em Ciências Sociais, diretora do Núcleo Investigaciones sobre las profesiones en las sociedades Contemporáneas, da Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile. Estuda a sociologia das profissões, enquanto linha de formação e investigação para a ação profissional contemporânea e futura, e as suas ligações com o mercado de trabalho. Entre seus interesses estão estudos sobre o futuro do trabalho humano; as ligações entre epistemologia e métodos de pesquisa; estudos sobre violência de gênero e as perspectivas latino-americanas. Participa como pesquisadora do Projeto de Pesquisa Territórios, temporalidades e desigualdade social: trabalho profissional das profissões das políticas de Saúde e de Assistência Social em diferentes contextos nacionais e internacionais em tempo de pandemia da Covid-19, Brasil, Chile e França, financiado pela Chamada CNPq/Universal 2022-2025.

País de origem: Chile

ORCID: <http://0000-0002-0777-9198>

E-mail: sandra.iturrieta@pucv.cl

Solange Maria Teixeira – Docente dos cursos de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas na UFPI. Pós-Doutorado em Serviço Social pela PUC-SP; Doutorado em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão, assessora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq no Comitê de Psicologia e Serviço Social e bolsista de produtividade em Pesquisa do CNPq.

País de origem: Brasil

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8570-5311>

E-mail: solangeufpi@gmail.com

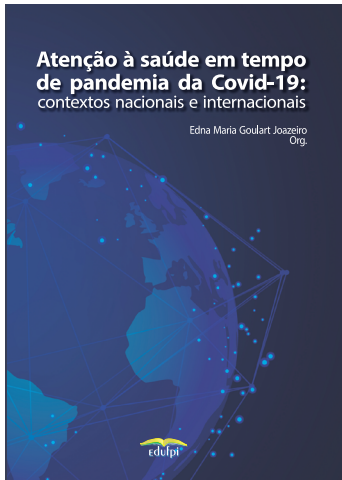
Yolanda Guerra – Assistente social, Mestre e Doutora em Serviço Social pela PUC-SP, Docente permanente do PPGSS da UFRJ e Pesquisadora visitante do PPGSSDR da UFF, Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre os Fundamentos do Serviço Social na Contemporaneidade – NEFSSC/UFRJ e autora/organizadora de livros e artigos sobre o tema de fundamentos, trabalho e formação profissional.

País de origem: Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1330-9587>

E-mail: yguerra1@terra.com.br

SUGESTÃO DE LEITURA



ATENÇÃO À SAÚDE EM TEMPO DE PANDEMIA DA COVID-19: contextos nacionais e internacionais

Edna Maria Goulart Joazeiro
Organizadora

EDUFPI 1ª. Edição (2022)
396 páginas
ISBN : 978-65-5904-177-0
E-ISBN: 978-65-590476-3

Link da Coletânea no site da EDUFPI, Brasil

<https://www.ufpi.br/e-book-edufpi>

Esta obra é fruto da cooperação científica de diferentes pesquisadores de Grupos e de Centros de pesquisas nacionais e internacionais, oriundos do Brasil, da França, da Suíça, de Angola, do Chile, da Venezuela e da Costa Rica, que têm construído um espaço de diálogo para analisar a temática da pandemia da Covid-19 em diferentes contextos e os impactos no campo da saúde e nas políticas públicas como espaço social atravessado por múltiplas formas de poder, saber e de tecnologias que são construídas no decorrer do tempo.

A Coletânea "Territórios, Temporalidades, Atenção à Saúde e Covid-19: Dimensão Nacional e Internacional" nos apresenta 11 capítulos que são uma convergência de reflexões acerca da pandemia que, inicialmente uma crise sanitária, se expandiu para uma grave crise econômica, gerando impactos na realidade, de forma global, com profundas transformações e manifestações agravadas da questão social. Uma leitura que nos faz refletir sobre o quanto as adversidades foram congruentes em diferentes territórios, diferentes ciclos de vida, diferentes populações e etnias.

Maria Lúcia Martinelli
Programa de Estudos Pós-Graduados da Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP

[...] E este livro se contrapõe a essa lógica naturalista, oferecendo contribuições das Ciências Sociais Aplicadas para a compreensão da doença e, principalmente, das consequências sociais, das omissões políticas, do atraso nas decisões políticas, das questões éticas, da preservação da vida humana em detrimento do mercado e da vida econômica.

Solange Maria Teixeira
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da
Universidade Federal do Piauí
Assessora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e
Tecnológico, CNPq no Comitê de Psicologia e Serviço Social

