



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL – FSSO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL



JACKSILANE DA SILVA SANTOS
VIVIAN SEVERIANO DE OLIVEIRA

**AS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS EM SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO
DA CRISE SANITÁRIA DO COVID-19 EM 2020**

MACEIÓ
2023

JACKSILANE DA SILVA SANTOS
VIVIAN SEVERIANO DE OLIVEIRA

**AS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS EM SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO
DA CRISE SANITÁRIA DO COVID-19 EM 2020**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado à
Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de
Alagoas, como requisito parcial a obtenção do grau de
bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profª Drª Rosa Lúcia Prêdes Trindade

MACEIÓ
2023

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

S237e Santos, Jacksilane da Silva.
As equipes multiprofissionais em serviços de saúde no contexto da crise sanitária do covid-19 em 2020 / Jacksilane da Silva Santos, Vivian Severiano de Oliveira . – 2023.
86 f.

Orientadora: Rosa Lúcia Prêdes Trindade.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social) –
Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió,
2023.

Bibliografia: f. 76-86.

1. Equipe multiprofissional. 2. Serviços de saúde. 3. Crise sanitária. 4. Covid-19 (Pandemia). 5. Sistema Único de Saúde. I. Oliveira, Vivian Severiano de. II. Título.

CDU: 614



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL – FSSO
COORDENAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



Folha de Aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas /UFAL

DISCENTE: Jacksilane da Silva Santos

DISCENTE: Vivian Severiano de Oliveira

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em 24/05/2023

Título: AS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS EM SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA CRISE SANITÁRIA DO COVID-19 EM 2020

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Rosa Lúcia Prêdes Trindade (ORIENTADORA)

Prof. Dr. Japson Gonçalves Santos Silva

Profa. Ma. Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento

AGRADECIMENTOS

Hoje, tenho a certeza em meu coração que Deus tem sempre os melhores planos para nós e que as coisas acontecem no tempo certo. Apesar das dificuldades que enfrentamos, finalmente estamos concluindo um dos ciclos mais importantes de nossas vidas, e me sinto extremamente grata pelos passos dados até aqui.

Agradeço primeiramente à Deus, por ser minha fortaleza, por guiar os meus caminhos e por me conceder todos os dias a oportunidade de poder ir atrás dos meus objetivos.

Aos meus pais, Maria Vilma e Antonio, meus alicerces e meu exemplo de perseverança, fonte de todo amor e motivação durante a minha caminhada.

Aos meus familiares e amigos pelo apoio e pelas palavras de consolo nos momentos de fraqueza. Ao meu namorado, Lucas, por permanecer ao meu lado nessa jornada e pelo incentivo a todo momento, sempre com muito amor e paciência.

Aos meus colegas de turma, membros do Centro Acadêmico Rosa Luxemburgo e amigos que fiz dentro da universidade, que tanto me ensinaram e contribuíram principalmente para minha formação política.

À nossa querida orientadora Rosa Prêdes, pela paciência e dedicação, por abrir as portas do grupo de pesquisa para nós e nos inserir em tantos outros espaços que tanto enriqueceram nosso processo de formação, por sempre ter palavras doces para nos confortar e por em nenhum momento nos deixar desacreditar que chegaríamos até aqui.

À Yana, que foi de grande importância em nossa formação profissional ao nos apresentar o matriciamento em saúde mental e nos levar a outros projetos que nos aproximaram da prática profissional, e por hoje está aqui participando de nossa banca.

Ao Prof. Dr. Japson Gonçalves por ter aceitado fazer parte de nossa banca examinadora e contribuir com o aperfeiçoamento de nosso trabalho.

Encerro com um agradecimento especial à minha dupla, Jacksilane, que esteve comigo em todos os momentos desde o início de nossa graduação, foi minha companheira de PIBIC e se tornou uma amiga que com certeza fará parte de muitos outros momentos em minha vida. Nunca poderei agradecer o suficiente por tudo que ela fez por nós, pela compreensão e dedicação ao nosso trabalho.

Vivian Severiano de Oliveira

AGRADECIMENTOS

A caminhada até esse momento não foi fácil, mas foi possível com a ajuda de muitas pessoas que passaram pela minha vida e contribuíram para a realização deste trabalho. Primeiramente, agradeço a Deus, pois sem Ele, nada é possível.

Agradeço aos meus pais, José Cícero e Josefa, com todo o meu amor e gratidão, por tudo que fizeram por mim ao longo da minha vida e pelo amor incondicional que recebi. Por serem meus admiradores e encorajadores, sempre apoiando e acreditando nos meus sonhos. E por todo sacrifício e esforço que fizeram para priorizar a minha educação e estudos. Sem os dois nada disso seria possível.

Ao meu irmão, Jackson, que é meu porto seguro. Por validar meus sentimentos, pela escuta e por sempre acreditar e me fazer acreditar na minha capacidade e nos meus sonhos. A minha cunhada, Thaylana, pelas doces palavras de confiança e incentivo ao longo dessa jornada.

Ao Welleson, meu amigo e namorado, por todo carinho, companheirismo e compreensão. Por ter estado do meu lado nessa fase tão importante da minha vida, trazendo leveza, otimismo e me recordando da força que tenho para continuar nos momentos difíceis. E por todo amor que nos une.

Agradeço aos meus demais familiares e amigos, por todo incentivo e, acima de tudo, pela compreensão e paciência com as minhas ausências nos últimos anos.

Agradeço as minhas amigas do ensino médio, Andressa e Glynny que sempre torceram por mim. Saber que percorremos caminhos semelhantes, me deixa ainda mais orgulhosa de nós. Em especial, Andressa, por sempre estar por perto oferecendo seu amor e apoio nessa fase da minha vida. Pelas risadas, pelas inúmeras e ricas conversas sobre as questões sociais, por me fazer enxergar o meu potencial, se importar com meus sentimentos e sempre me incentivar a seguir em frente. Sou grata pela nossa amizade.

Agradeço a Vivian, minha amiga e dupla de TCC, que foi meu grande encontro nesta caminhada de crescimento e amadurecimento. Com quem compartilhei todas as etapas, boas e ruins da graduação e da vida. E que esteve do meu lado nessa fase final, que sem uma discussõzinha sequer, me estendeu a mão na construção deste trabalho, onde compartilhamos nossos medos, inquietações, sofrimento, angústias, cansaço, tristezas, mas também a alegria e alívio com cada página que escrevemos. Agradeço pela amizade que construímos, por sua lealdade, afeto, compreensão,

conselhos, apoio, os bolos de cenoura com cobertura de chocolate e todo carinho que recebi em sua casa.

Agradeço a professora Rosa Prêdes, que fez parte da nossa história acadêmica, na sala de aula, com o acolhimento no Grupo de Pesquisa, os projetos de extensão, PIBIC e agora, na orientação do TCC. Agradeço pela disponibilidade, apoio, dedicação, orientações e confiança, que foram de suma importância para a construção deste trabalho.

Agradeço ao Professor Japson, e professora Yanna, por terem aceitado fazer parte da banca examinadora da nossa pesquisa, contribuindo para nossa formação.

Finalizo meus agradecimentos, feliz e orgulhosa do caminho que trilhei na Universidade Federal de Alagoas e da pessoa que me tornei no processo. Este trabalho representa o fim de um grande ciclo, de muito aprendizado, autoconhecimento, amor, dificuldades, tristezas e alegrias. Agradeço a todos que colaboraram de forma direta e indireta para que essa pesquisa fosse possível, sobretudo, aos que me incentivaram nessa fase final.

Jacksilane da Silva Santos

RESUMO

O Trabalho aqui apresentado tem como objeto de estudo a atuação das equipes multiprofissionais em serviços de saúde no contexto da crise sanitária do COVID-19 em 2020. Este trabalho teve como objetivo estudar os impactos da crise sanitária em 2020 para a atuação das equipes multiprofissionais em serviços de saúde e identificar os principais desafios para as condições de trabalho dos profissionais nesse contexto. Como metodologia da pesquisa utilizamos a pesquisa bibliográfica e documental, possibilitando a compreensão dos impactos econômicos e sociais da pandemia e das mudanças ocorridas no fazer profissional diante dos desafios que se colocaram para os profissionais de saúde no enfrentamento ao vírus. A partir da pesquisa foi possível constatar que a pandemia do coronavírus somente evidenciou a crise sanitária que o Sistema Único de Saúde brasileiro já vem enfrentando há muitos anos, causada pelo avanço do neoliberalismo, o subfinanciamento e, mais recentemente, pelo congelamento dos recursos destinados às políticas sociais. Outro ponto a ser destacado é o impacto negativo da pandemia para a saúde e a economia, considerando que a maior parte da população vive em situação de grande vulnerabilidade social, com altos índices de desemprego e em condições de vida degradantes, que foram ainda mais agravadas diante das medidas necessárias de isolamento social para o controle do contágio do vírus. A pesquisa revelou que, diante dos desafios encontrados, os profissionais das equipes de saúde tiveram de readequar suas atividades para dar continuidade aos atendimentos, mantendo o compromisso ético assumido por esses profissionais. Diante desse cenário, os profissionais de saúde que atuaram na linha de frente enfrentaram um desgaste físico e mental sem precedentes, devido à sobrecarga de trabalho, às altas taxas de mortalidade no cotidiano de trabalho, o racionamento de equipamentos de proteção individual e a falta de acesso à suprimentos essenciais ao atendimento dos usuários. Assim, ressaltamos a importância em discutir os impactos da pandemia para o sistema de saúde e para o trabalho dos profissionais da saúde, assim como sobre seus impactos socioeconômicos, seus efeitos no mercado de trabalho e na vida da população que serão sentidos a longo prazo.

Palavras-chave: Equipes multiprofissionais; Sistema Único de Saúde; Crise Sanitária; COVID-19; neoliberalismo.

ABSTRACT

The work presented here focuses on the study of the performance of multidisciplinary teams in health services in the context of the COVID-19 health crisis in 2020. The objective was to study the impact of the health crisis in 2020 on the performance of multidisciplinary teams in health services and to identify the main challenges faced by professionals in this context. The research methodology included bibliographic and documentary research, which allowed for an understanding of the economic and social impacts of the pandemic and the changes that occurred in the professional practice in response to the challenges faced by health professionals in the fight against the virus. The research showed that the coronavirus pandemic only highlighted the health crisis that the Brazilian Unified Health System has been facing for many years, caused by the advancement of neoliberalism, underfunding, and, more recently, the freezing of resources allocated to social policies. Another important point to highlight is the negative impact of the pandemic on health and the economy, considering that the majority of the population lives in a situation of great social vulnerability, with high unemployment rates and in degrading living conditions, which were further aggravated by the necessary measures of social isolation to control the spread of the virus. The research revealed that, in response to the challenges faced, health professionals had to adapt their activities to continue providing care, while maintaining their ethical commitment. Faced with this scenario, health professionals working on the front line experienced unprecedented physical and mental exhaustion due to the high workload, high mortality rates in their daily work, rationing of personal protective equipment, and lack of access to essential supplies to care for patients. Thus, it is important to discuss the impacts of the pandemic on the healthcare system and the work of healthcare professionals, as well as its socioeconomic effects, its effects on the job market, and the long-term effects on the population.

Keywords: Multidisciplinary teams; Brazilian Unified Health System; health crisis; COVID-19; neoliberalism.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Contexto em que os termos “epidemia”, “calamidade” e “catástrofe” surgem nos CEP.....	72
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Saúde
ANM – Academia Nacional de Medicina
ABMMD – Associação Brasileira de Médicas e Médicos pela Democracia
CAP – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CDSS – Comissão Sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CEP – Código de Ética Profissional
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CFM – Conselho Federal de Medicina
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CONFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CNS – Conferência Nacional da Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNDSS – Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social
CRP – Conselho Regional de Psicologia
CUT – Central Única dos Trabalhadores
DSS – Determinantes Sociais de Saúde
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EBSERH – Empresa de Serviços Hospitalares
EC – Emenda Constitucional
EPI – Equipamento de Proteção Individual
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FNCPS – Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde
FSESP – Fundação de Atendimento Especializado em Saúde Pública
HU – Hospital Universitário
IAP – Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IST – Infecção Sexualmente Transmissível
MP – Medida Provisória

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

OMS – Organização Mundial da Saúde

OS – Organizações Sociais

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PSF – Programa de Saúde da Família

PT – Partido dos Trabalhadores

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIMESP – Sindicato dos Médicos de São Paulo

SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TIC – Tecnologia da Informação e Comunicação

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto-Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	QUESTÃO SOCIAL, DEMANDAS SOCIAIS DA SAÚDE E CRISE SANITÁRIA NA PANDEMIA DO COVID-19	15
2.1	Questão social no capitalismo e Determinantes Sociais da Saúde.....	15
2.2	A Crise Sanitária no Brasil em 2020 na pandemia do COVID-19	25
3	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO CONTEXTO DA PANDEMIA NO BRASIL	31
3.1	O processo de institucionalização das demandas sociais da saúde no Brasil a partir da década de 1930 até a sua definição como direito social universal na Constituição de 1988	32
3.2	A regulamentação do SUS em 1990 e os desafios para sua consolidação como sistema universal nas décadas de 1990, 2000 e 2010	38
3.3	As consequências do ideário neoliberal para a política de saúde brasileira nos governos Temer e Bolsonaro	45
4	A ATUAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19 EM 2020 NO SUS	50
4.1	A importância do sistema de saúde público no contexto de pandemia e os desafios do SUS em 2020	50
4.2	Equipe multiprofissional e os desafios da COVID-19 para o trabalho em saúde.....	57
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
	REFERÊNCIAS.....	76

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa que aqui apresentamos como Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado *As Equipes Multiprofissionais em Serviços de Saúde no Contexto da Crise Sanitária do COVID-19 de 2020*, foi desenvolvida no âmbito da graduação em Serviço Social e foi um desdobramento de duas pesquisas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/UFAL/CNPq) nos anos de 2019-2020 e 2020-2021 realizadas pelas autoras: “Estudo sobre o Serviço Social na pandemia COVID-19 no Brasil: impactos nas relações de trabalho de assistentes sociais” e “Estudo sobre o Serviço Social na pandemia COVID-19 no Brasil: impactos na participação de assistentes sociais nas equipes multiprofissionais”. Em ambos os planos de trabalho, buscou-se recuperar o processo de institucionalização das demandas da saúde e investigar sobre o trabalho de assistentes sociais nas equipes multiprofissionais de serviços de saúde no contexto da pandemia do COVID-19 no Brasil.

Para dar continuidade a este estudo, nos propusemos a estudar os impactos da crise sanitária do COVID-19 em 2020 para a atuação das equipes multiprofissionais em serviços de saúde, buscando captar as mudanças na estrutura dos serviços de saúde na pandemia e identificar os desafios para as condições de trabalho dos profissionais nesse contexto. O interesse em discutir sobre os profissionais de saúde ganhou força a partir de nossa participação no projeto de extensão *Assessoria às/aos Assistentes Sociais atuantes no SUS e no SUAS em Alagoas no contexto da pandemia do novo coronavírus – COVID-19*, promovido pela Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas em 2020 e 2021, através do qual tivemos um primeiro contato com as demandas e desafios enfrentados pelos assistentes sociais do estado de Alagoas que atuaram na linha de frente no enfrentamento ao coronavírus e sobre a necessidade de atuar em equipe para prestar um atendimento de qualidade aos usuários. No entanto, devido à atualidade do tema e a limitação do conteúdo abordado nas fontes encontradas, não conseguimos aprofundar a análise a respeito da reestruturação dos serviços, sendo dada ênfase à atuação das equipes multiprofissionais neste contexto e os desafios que se colocaram para cada profissão.

Para o desenvolvimento desse estudo, utilizamos como metodologia a pesquisa bibliográfica, a partir da leitura e sistematização em forma de resumo de artigos, livros, dissertações de mestrado e teses de doutorado, buscando

contextualizar historicamente a política de saúde no Brasil e compreender os impactos econômicos e sociais da pandemia de COVID-19 e os desafios que se colocaram para os profissionais de saúde no enfrentamento ao vírus. Utilizamos também a pesquisa documental, analisando resoluções, leis, medidas provisórias e demais documentos publicados para compreender o direcionamento que o governo federal adotou durante o contexto de pandemia. Para a pesquisa a respeito das profissões utilizamos tanto a pesquisa bibliográfica quanto documental, buscando nos textos publicados nesse período que indicassem as alterações nas ações profissionais no período da pandemia e os principais desafios enfrentados, tendo como base principalmente as orientações emitidas pelas entidades representativas das categorias e os códigos de ética das profissões.

Este trabalho está estruturado em três seções. Na primeira seção, intitulada *Questão social, demandas sociais da saúde e crise sanitária da pandemia de COVID-19*, buscamos recuperar a concepção de “questão social” no capitalismo a partir da perspectiva de Marilda Iamamoto (2001) e José Paulo Netto (2001), analisando como o processo de acumulação capitalista, a intensificação do processo de exploração da força de trabalho e, conseqüentemente, a degradação das condições de vida e de trabalho do trabalhador vai impactar diretamente na qualidade de vida do trabalhador, fazendo surgir a concepção de Determinantes Sociais de Saúde. Neste momento, abordamos como o contexto da pandemia vai atingir a população mais vulnerável e impactar no sistema econômico e no mercado de trabalho, tendo em vista a necessidade de isolamento social da população e de paralisação das atividades para conter a propagação do vírus, e as medidas adotadas pelo governo federal.

Na segunda seção, intitulada *O Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da pandemia no Brasil*, retomamos o processo de institucionalização das demandas sociais da saúde no Brasil a partir de 1930 com o início da intervenção do Estado por meio de políticas sociais, tendo em vista o amadurecimento do modo de produção capitalista no país, e o surgimento de uma política pública de saúde, inicialmente restrita àqueles que tinham vínculos formais de trabalho, analisando o processo de construção desta política até a sua definição como direito social universal na Constituição Federal de 1988. Em seguida, contextualizamos a regulamentação do SUS na década de 1990 durante o governo de Fernando Collor e o início da privatização com o ideário neoliberal no Brasil, e as modificações e inovações ocorridas durante os governos petistas que se sucederam. Por fim, buscamos

entender como estava o SUS quando a pandemia da COVID-19 chega ao Brasil em 2020 após as contrarreformas ocorridas durante os governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro.

Na última seção discutimos sobre *A atuação das equipes multiprofissionais de saúde no enfrentamento à pandemia de COVID-19 em 2020 no SUS*, apresentando a importância do Sistema Único Brasileiro diante da situação pandêmica e a necessidade de equipes multiprofissionais atuando na linha de frente, analisando os desafios encarados por estes profissionais e as mudanças no fazer profissional para se adaptar a este novo cenário.

Esta pesquisa buscou contribuir para a categoria profissional, percebendo as modificações ocorridas na política de saúde e no campo do trabalho dos profissionais da saúde neste momento de pandemia e, conseqüentemente, analisar como esse contexto tem colaborado para a precarização do trabalho destes profissionais. Desse modo, ao apresentar os resultados desta pesquisa esperamos que novos questionamentos possam surgir e contribuir com reflexões necessárias da realidade.

2 QUESTÃO SOCIAL, DEMANDAS SOCIAIS DA SAÚDE E CRISE SANITÁRIA NA PANDEMIA DO COVID-19

Nesta seção, trataremos sobre algumas relações entre capitalismo, “questão social” e as demandas sociais relacionadas à saúde, o que poderá explicar a necessidade de políticas sociais nesta área, especialmente no contexto da pandemia de COVID-19. No primeiro item, buscou-se abordar a concepção de “questão social” no capitalismo a partir da perspectiva de Marilda Iamamoto (2001) e José Paulo Netto (2001), relacionando-a com os chamados Determinantes Sociais da Saúde, o que é fundamental para compreendê-los de forma mais concreta, levando em conta a organização social no modo de produção capitalista. No segundo item será abordado o contexto da crise sanitária de 2020 e seus impactos econômicos e sociais no Brasil. A COVID-19 trouxe diversos desdobramentos na saúde, na economia, na política e na sociedade. A velocidade de propagação da doença e a ineficiência dos sistemas de saúde para responderem adequadamente ao vírus provocaram uma crise sanitária que expõe a interdependência entre os setores sociais, econômicos e políticos.

2.1 Questão social no capitalismo e Determinantes Sociais da Saúde

Adotamos a concepção de “questão social”¹ que é fruto do desenvolvimento do modo de produção capitalista, tendo suas bases na contradição capital x trabalho, sendo ela produzida pela apropriação privada da riqueza socialmente produzida e pela exploração do trabalho. Iamamoto (2001, p. 11) defende a tese de que a “questão social” é “indissociável do processo de acumulação e dos efeitos que produz sobre o conjunto da classe trabalhadora, o que se encontra na base da exigência de políticas sociais públicas”.

Segundo Iamamoto (2001, p. 14), o surgimento da “questão social” se explica pelo processo de acumulação ou reprodução ampliada do capital, o que remete à incorporação de inovações tecnológicas no processo produtivo pelos capitalistas, tendo em vista o aumento da produtividade do trabalho e a diminuição do tempo de

¹ Ao longo deste trabalho utilizaremos a expressão “questão social” para demarcar um entendimento baseado na perspectiva histórico-crítica, em conformidade ao argumento de Netto (2001, p. 43) de que “a partir da segunda metade do século XIX, a expressão ‘questão social’ deixa de ser usada indistintamente por críticos sociais de diferentes espectros ideológicos – ela desliza, lenta, mas nitidamente, para o vocabulário próprio do pensamento conservador”.

trabalho socialmente necessário à produção de mercadorias. O objetivo do processo de produção capitalista é a obtenção de lucro, sendo este resultado da extração da mais-valia.

Sobre a mais-valia, Iamamoto apresenta que na lógica capitalista o objetivo é reduzir “[...] o tempo de trabalho socialmente necessário à produção das mercadorias, ou seja, o seu valor, ampliando simultaneamente o tempo de trabalho excedente ou mais-valia” (2001, p. 14). Para produzir esse excedente é necessário que o valor da mercadoria produzida seja maior que o valor das mercadorias usadas em sua produção, os meios de produção e a força de trabalho. Assim, uma parte corresponde ao valor da força de trabalho, o salário, e a outra parte a mais-valia, que é o lucro.

A diminuição desse tempo de trabalho socialmente necessário proporcionada pelo progresso tecnológico é mais uma forma de aumentar a extração de trabalho não pago dos trabalhadores e uma forma de produzir o chamado “exército industrial de reserva” (IAMAMOTO, 2001). Com o desenvolvimento do capitalismo e a busca incessante pela mais-valia, o capital não tem interesse em absorver toda a população trabalhadora disponível, assim ocorre o processo de formação de um *exército industrial de reserva* ou *superpopulação relativa*, trabalhadores que excedem as necessidades da produção e se tornam necessários de acordo com as necessidades do capital. “Assim, o processo de acumulação produz uma população relativamente supérflua e subsidiária às necessidades médias de seu aproveitamento pelo capital” (IAMAMOTO, 2001, p.14).

Para Iamamoto (2001, p.16-17), a “questão social” é compreendida como:

[...] conjunto das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção contraposto a apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. É indissociável da emergência do “trabalhador livre”, que depende da venda de sua força de trabalho como meio de satisfação de suas necessidades vitais. A “questão social” expressa, portanto, desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal.

Netto (2001), destaca cinco momentos importantes para compreender a “questão social” em seu processo histórico de desenvolvimento. No primeiro momento, o autor demarca que a expressão “questão social” começou a ser usada na

terceira década do século XIX para titular o fenômeno do pauperismo da classe trabalhadora, decorrente do processo de industrialização.

[...] tornou-se claro que se tratava de um processo novo, sem precedentes na história anterior conhecida. Com efeito, se não era inédita a desigualdade entre as várias camadas sociais, se vinha de muito longe a polarização entre ricos e pobres, se era antiquíssima a diferente apropriação e fruição dos bens sociais, era radicalmente nova a dinâmica da pobreza que então se generalizava (NETTO, 2001, p. 42).

A pobreza mencionada é diferente da experimentada nas sociedades pré-capitalistas. Se antes a pobreza estava ligada à escassez resultado do baixo desenvolvimento das forças produtivas, a que agora se instaurou está conectada a tendência de superação da escassez, ocorre mesmo quando há condições de eliminá-la, a escassez é socialmente produzida: “pela primeira vez na história registrada, a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas” (NETTO, 2001, p. 42, grifos do autor). O pauperismo designou-se pela expressão “questão social” devido aos seus desdobramentos sócio-políticos, à insatisfação dos trabalhadores, o que representava uma ameaça à ordem burguesa. Sendo assim, a “questão social” é inseparável do processo de produção capitalista e das consequências que gera sobre a classe trabalhadora.

Esse processo ocorre com a transição do capitalismo concorrencial para o estágio monopolista, fase em que o capitalismo atinge sua maturidade. O Capitalismo monopolista objetiva proporcionar o acréscimo dos lucros capitalistas através do controle dos mercados (NETTO, 1996, p.16), introduzindo uma nova dinâmica à economia capitalista, através da busca incessante pelo excedente, a preservação e o controle contínuos da força de trabalho.

Para atingir o seu objetivo primário – a maximização dos lucros pelo controle dos mercados –, Netto (1996, p. 20) destaca que a burguesia necessita de um mecanismo de intervenção extra-econômico; assim, há uma refuncionalização e redimensionamento do papel do Estado. O Estado, que era uma instância eminentemente política, assume também uma dimensão econômica: o Estado passa a gerir, junto com a burguesia, a produção capitalista para garantir os superlucros dos monopólios; é um instrumento de organização da economia, atuando como administrador dos ciclos de crise (NETTO, 1996).

Deste modo, o Estado irá operar para proporcionar as condições necessárias à acumulação e à valorização do capital. Dentre estas condições está a garantia da conservação física da força de trabalho ameaçada pela superexploração. O Estado deve assegurar a reprodução e manutenção da força de trabalho, ocupada e excedente, e controlar a sua permanência em determinados níveis de consumo e a sua disponibilidade para o trabalho (NETTO, 1996, p. 22). É neste momento que se dá a articulação entre as funções econômicas e políticas do Estado no capitalismo monopolista, tendo em vista que, para exercer o papel de “comitê executivo da burguesia”, ele tem de legitimar-se politicamente incorporando demandas da classe trabalhadora, por meio da institucionalização de direitos e garantias civis e sociais, abrindo uma brecha para que estes possam refletir nele seus interesses e suas reivindicações (NETTO, 1996).

Na segunda nota, Netto (2001) destaca que é a partir dos episódios políticos de 1848 que a expressão “questão social” passa a ser usada pelo pensamento conservador, perdendo seu caráter histórico, e é naturalizada, tanto pelo pensamento conservador laico como pelo convencional. No primeiro, ela é vista como uma questão ineliminável de toda e qualquer ordem social, que somente pode ser reduzida ou minimizada por meio de uma intervenção política limitada, enquanto o segundo, reconhece a gravitação da “questão social” e entende que apenas o seu agravamento contraria a vontade divina. Assim, em qualquer dos dois cenários, a “questão social” é transformada em objeto de ação moralizadora e o enfrentamento das suas manifestações deve ser função de um programa de reformas que preserve, antes de tudo e mais, a propriedade privada dos meios de produção (NETTO, 2001, p. 44). Logo, a “questão social” é desvinculada de qualquer ligação com o modo de produção capitalista.

Por outro lado, com a Revolução de 1848, o pensamento revolucionário chega à classe trabalhadora, o proletariado passa de classe em si a classe para si, passa a ter a consciência política de que a “questão social” pertence ao modo de produção capitalista: “a ‘questão social’ está necessariamente colada à sociedade burguesa: somente a supressão desta conduz a supressão daquela” (NETTO, 2001, p. 44-5).

Na mesma linha de pensamento, Iamamoto e Carvalho entendem que a “questão social” está ligada à formação de uma classe operária e de sua entrada no cenário político, do seu reconhecimento pelo estado e da implementação de políticas que levem em consideração as suas demandas (2006, p. 126). Esta passa a constituir-

se como consequência da contradição entre os interesses antagônicos da burguesia e do proletariado.

Ao passo em que o modo de produção capitalista se desenvolve, há uma intensificação do processo de exploração da força de trabalho e da degradação das condições de vida e trabalho do trabalhador, o que deu origem ao chamado pauperismo. Esta situação levou os trabalhadores a se mobilizarem para defender seus interesses, mostrando resistência às precárias condições de existência às quais eram submetidos por sua condição de trabalhador. Neste momento, o Estado é chamado a intervir nas expressões da “questão social”, institucionalizando algumas das demandas da classe trabalhadora por meio de políticas sociais, visando amenizar os conflitos entre trabalhador e capitalista.

Segundo Iamamoto e Carvalho (2006, p. 77):

A “questão social” não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção além da caridade e da repressão.

Nestas circunstâncias, as sequelas da “questão social” tornam-se objeto de intervenção do Estado. É só quando o Estado internaliza a “questão social” que surgem as políticas sociais para administrar suas expressões na sociedade, de modo a dar estabilidade ao sistema e assegurar as condições fundamentais para o desenvolvimento monopolista. No entanto, a intervenção estatal sobre a “questão social” se efetiva de forma fragmentada e parcial. As sequelas da “questão social” são percebidas como problemáticas sociais e assim enfrentadas, o Estado não intervém em sua essência. Isso porque

tomar a “questão social” como problemática configuradora de uma totalidade processual específica é remetê-la concretamente à relação capital/trabalho – o que significa, liminarmente, colocar em xeque a ordem burguesa (NETTO, 1996. p. 28).

Netto (1996) afirma que as políticas sociais são resultado da maturidade política e da capacidade de mobilização e organização da classe trabalhadora, que aparecem como resposta estratégica do Estado, ressaltando o seu caráter contraditório e sua funcionalidade ao capitalismo.

No terceiro ponto, Netto (2001) enfatiza que a dinâmica da “questão social” só foi explicada com precisão após a publicação do primeiro volume do livro *O Capital* de Karl Marx, em 1867, a partir da análise minuciosa do “processo de produção do capital” trazida pelo autor

A análise marxiana da ‘lei geral da acumulação capitalista’ [...] revela a anatomia da ‘questão social’, sua complexidade, seu caráter corolário (necessário) do desenvolvimento capitalista em todos os seus estágios. O desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a ‘questão social’ – diferentes estágios capitalistas produzem diferentes manifestações da ‘questão social’; esta não é uma sequela adjetiva ou transitória do regime do capital: sua existência e suas manifestações são indissociáveis da dinâmica específica do capital tornado potência social dominante. A ‘questão social’ é constitutiva do desenvolvimento do capitalismo. Não se suprime a primeira conservando-se o segundo (NETTO, 2001, p. 45).

Dessa forma, pode-se concluir que a gênese da “questão social” está ligada a dinâmica da sociedade capitalista e das consequências que ela produz. Apesar de Marx não utilizar a expressão “questão social”, por meio de sua obra é possível compreender que ela é determinada pelo traço próprio da relação capital versus trabalho – pela exploração do trabalho pelo capital. Ou seja, é o próprio sistema capitalista que ao acumular mais capital, produz mais exclusão e pobreza. Sendo assim, “da análise marxiana o que legitimamente fica interdito é, tão somente, qualquer ilusão acerca do alcance das reformas no interior do capitalismo” (NETTO, 2001, p.46).

Na quarta nota, Netto trata sobre a ideia de uma “nova questão social”. Segundo o autor, no período denominado como “as três décadas gloriosas” do capitalismo, com a construção do *Welfare State*, a “questão social” e suas manifestações pareciam ter ficado no passado, sendo um problema dos países “subdesenvolvidos”. A partir da década de 1970, com o esgotamento da onda longa expansiva e com a globalização e o neoliberalismo, constatou-se que o capitalismo não tem nenhum compromisso social, e a intelectualidade acadêmica descobriu uma “nova questão social” (NETTO, 2001, p. 47-8).

Na última nota, Netto vai defender a tese de que não há uma “nova questão social”, como tem sido colocado por alguns teóricos para se referir as diferentes manifestações da desigualdade que aparecem com a intensificação da exploração do trabalho, mas há o surgimento de novas expressões da “questão social”, e reafirma que a “questão social” é insuprimível na ordem do capital (2001, p. 48).

Iamamoto coloca que na atualidade a “questão social” passa por um forte processo de criminalização que atinge às classes mais pobres, vistas como uma ameaça. A autora destaca que há uma tendência à naturalização da “questão social” quando suas expressões se tornam objeto de intervenção de programas assistenciais focalizados de combate à pobreza, associados à repressão do Estado. Afirma ainda que

presencia-se hoje uma renovação da velha questão social, inscrita na própria natureza das relações sociais capitalistas, sob outras roupagens e novas condições sócio-históricas de sua produção/reprodução na sociedade contemporânea, aprofundando suas contradições (IAMAMOTO, 2001, p. 18).

Portanto, a “questão social” é uma categoria que expressa a contradição fundamental do modo de produção capitalista, a qual se baseia na produção e na posse da riqueza produzida socialmente: os trabalhadores produzem a riqueza, os capitalistas se apropriam dela. Assim, o trabalhador não usufrui da riqueza produzida. Segundo Ornell *et al.* (2020), uma “questão social” representa uma perspectiva de análise social, isso porque não há consenso sobre a base fundamental do problema social, ou seja, nem todos analisam que existe um conflito entre capital e trabalho.

Utilizando a categoria “questão social” nas análises sociais, fazemos a análise sob a ótica da situação em que se encontra a maior parte da população - aquela que só tem meios de garantir sua sobrevivência vendendo seu trabalho. Visa-se evidenciar as diferenças entre trabalhadores e capitalistas no acesso a direitos e condições de vida. É analisar a desigualdade e buscar formas de superá-la. É uma compreensão das causas da desigualdade e do que essa desigualdade produz na sociedade e na subjetividade humana.

Como toda categoria arrancada da realidade, Ornell *et al.* (2020) afirma que não vemos uma “questão social”, vemos suas expressões: desemprego, analfabetismo, fome, favelas, falta de leitos hospitalares, violência, abandono, etc. A “questão social”, portanto, nos é apresentada apenas em sua objetividade, sintetizando detalhadamente a ordem de prioridades do capital, onde o objetivo é a acumulação de capital, e não a oferta de condições de vida para toda a população. Nesse cenário de conflito entre a lógica do capital e a lógica do trabalho, a “questão social” representa não apenas a desigualdade, mas também a resistência e a luta dos trabalhadores. Nesse ínterim, percebe-se que a dinâmica social capitalista interfere diretamente na qualidade de vida do trabalhador.

O tema deste TCC, sobre a crise sanitária na pandemia de COVID-19 nos levou a uma discussão sobre os determinantes sociais da saúde e a “questão social”. Para isso, vamos destacar a concepção ampliada de saúde, desenvolvida somente na metade do século XX, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, definiu saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (BUSS, PELEGRINNI FILHO, 2007, p. 80). Portanto, a compreensão da saúde por meio do seu conceito ampliado é historicamente recente. Conforme Rios *et al* (2019), ela se desenvolveu em países da América Latina, em um contexto sócio-político de luta por direitos entre os anos 1970 e 1980, contrapondo-se às concepções de saúde centradas na doença.

O conceito de saúde como "não-doença" está enraizado na medicina há muito tempo, principalmente durante o fortalecimento do método científico. No início do século XIX, a racionalidade científica da compreensão da humanidade e dos fenômenos naturais ganhou força em detrimento de outras formas de conhecimento até então consideradas válidas. Essa abordagem enfatizou a compreensão dos aspectos biológicos das doenças e focou na identificação e análise de doenças e seus tratamentos correspondentes e deixando de lado o conceito de saúde, que era implicitamente entendido como o oposto lógico da doença, conduzindo a abordagens e práticas de tratamento limitadas ao nível individual

Há de se reconhecer que ele trouxe diversos avanços à sociedade e à própria ciência, como o aumento da expectativa de vida da população a partir do controle de doenças infecto-contagiosas. Entretanto, esse reducionismo biocêntrico apresentou uma série de limitações na proposição de respostas às questões que se manifestavam em contextos mais amplos, como as que circunscrevem a saúde em sua dimensão coletiva. Com o surgimento da saúde pública, que se estabelece como campo científico ao longo do século XX, o enfoque biomédico entra em tensão com enfoques sociopolíticos e ambientais, também considerados no entendimento do adoecer (RIOS *et al.*, 2019).

No Brasil da década de 1980, com o processo de luta e de definição constitucional de um sistema público de saúde, diversas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) foram realizadas, com destaque para a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília em 1986. Dentre os avanços trazidos pela 8ª Conferência, um dos mais importantes é o chamado Conceito Ampliado de Saúde, o qual define:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho,

transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986).

Ambos os conceitos trazem um novo direcionamento para a concepção do que é saúde, considerando os determinantes do processo saúde/doença e não somente a saúde no sentido estritamente biologicista, esvaziado de seu significado sociopolítico. Entende-se que a saúde está diretamente ligada ao modo de produção vigente e às transformações provocadas pela expansão do capitalismo na vida da população.

Como resultado desse processo, a Constituição Federal promulgada em 1988 trouxe o reconhecimento da saúde como um “direito de todos e dever do Estado, 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 sua promoção, proteção e recuperação” (artigo 196 da Constituição Federal de 1988).

Com a publicação da lei 8080 em 1990, a qual instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), reconhece-se como fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990).

Diante das discussões sobre o “social” no setor saúde, surge o conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Em 2005, a Organização Mundial da Saúde criou a Comissão Sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. De acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), estabelecida em 2006 no Brasil, os DSS são: “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A partir da discussão sobre a concepção de “questão social” na perspectiva histórico-crítica e da forma como esta se apresenta na sociedade capitalista,

entendemos que as desigualdades sociais entre classes é o principal fator determinante no processo saúde-doença, gerador de iniquidades em saúde.

De acordo com o documento “Diminuindo diferenças: A prática das políticas sobre Determinantes Sociais da Saúde” (OMS, 2011), as iniquidades em saúde são

disparidades injustas e evitáveis (ou remediáveis) nas condições de saúde de diferentes grupos populacionais. As iniquidades em saúde causam sofrimento desnecessário e são fruto de condições sociais adversas ou de políticas públicas que não estão dando certo. Essas iniquidades indicam a presença dos mesmos fatores que prejudicam o desenvolvimento, a sustentabilidade ambiental, o bem-estar das sociedades e a capacidade dessas de oferecer condições iguais para todos. As iniquidades em saúde são um problema em todos os países e refletem não só as disparidades de renda e riqueza, como também diferenças nas oportunidades dadas aos indivíduos com base em fatores como etnia e raça, classe, gênero, nível educacional, deficiências, orientação sexual e localização geográfica. Essas diferenças produzem graves consequências e representam uma forma de impacto que se chama “determinantes sociais da saúde”.

Para analisar como os DSS se expressam na realidade social, é importante compreender que os determinantes sociais estão associados às condições socioeconômicas, políticas, ambientais e culturais de uma sociedade, como também aos comportamentos individuais e as condições de vida e trabalho de seus membros (CNDSS, 2008).

Relacionar os Determinantes Sociais da Saúde com a “questão social” é fundamental para compreendê-los de forma mais concreta, levando em conta a organização social no modo de produção capitalista. A sociedade capitalista é estruturada por um sistema de distinção entre classes sociais baseado na capacidade de acúmulo de capital, na exploração de uma classe pela outra, pelo conflito fundamental entre capital e trabalho assalariado. Nesta sociedade, as questões econômicas, sociais e políticas acabam afetando diretamente a saúde, pois o crescimento econômico não representa um desenvolvimento social para todas as classes.

Sobre isso, Buss e Filho (2007, p. 82) apontam que:

As diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas.

Em síntese, a condição social de uma pessoa interfere diretamente na saúde deste indivíduo, uma vez que a posição que ele ocupa na sociedade influencia e

determina o seu ambiente de moradia, de trabalho, de convívio social e o acesso às políticas públicas. O contexto em que o indivíduo vai estar inserido também vai ser determinante para o desenvolvimento de hábitos como, por exemplo, o hábito de fumar, praticar exercícios etc., assim como para o acesso a serviços de prevenção e promoção da saúde.

Por este motivo, somente conhecendo a lógica da sociedade capitalista é que poderemos apreender os desdobramentos desta sociedade para a problemática da saúde. É a separação entre aqueles que detêm os meios de produção e os que vendem a sua força de trabalho que produz as desigualdades sociais e as múltiplas expressões da “questão social”, assim como as iniquidades em saúde.

2.2 A Crise Sanitária no Brasil em 2020 na pandemia do COVID-19

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) provocada pelo novo Coronavírus (COVID-19). No Brasil, o Ministério de Estado da Saúde, por meio da Portaria nº 188 de 3 de fevereiro de 2020, tornou pública a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN, recomendando, entre outras medidas para conter a disseminação do vírus, o isolamento social da população durante o período excepcional de surto da doença.

A COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus, trouxe diversos desdobramentos na saúde, na economia, na política e na sociedade. A velocidade de propagação da doença e a ineficiência dos sistemas de saúde para responderem adequadamente ao vírus provocaram uma crise sanitária que expõe a interdependência entre os setores sociais, econômicos e políticos.

O Grupo de Trabalho Saúde (GT saúde) define crise sanitária por meio de um conceito ampliado, que envolve os problemas diversos que o mundo enfrenta,

O conceito de crise sanitária surgiu por meio de uma análise da situação mundial, das consequências da crise ecológica e da desigualdade social, que é aprofundada com a crise. A maioria da população tem um nível de vida que está baixando em todos os sentidos, como a distribuição e tratamento da água ou a falta de trabalho que resulta em uma perda de dignidade. Isso causa muito mais doenças e problemas sanitários, que ainda são agravados pelas catástrofes climáticas (JÚNIA, 2016).

Na bibliografia consultada em 2020, o contexto da pandemia é abordado como uma crise sanitária com repercussão na saúde, na economia e nas relações sociais. No Brasil, o impacto da pandemia foi ainda pior, considerando a extrema desigualdade social e a distribuição da riqueza no país. A maior parte da população vive em situação de grande vulnerabilidade, com altos índices de desemprego, em condições de vida degradantes, e tem dificuldade para acessar serviços básicos. Nesse sentido, entendemos que a magnitude que a crise da COVID-19 alcançou no país é resultado da crise social e econômica que afeta o país há muito tempo.

Como ressalta Werneck e Carvalho (2020, p. 1),

No Brasil, os desafios são ainda maiores, pois pouco se sabe sobre as características de transmissão da COVID-19 num contexto de grande desigualdade social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, de acesso sistemático à água e em situação de aglomeração.

Lima *et al* (2020, p. 1) coloca que a pandemia da COVID-19 levou o mundo a uma crise sanitária e humanitária: “A pandemia nos coloca diante do espelho, que nos revela um mundo atravessado por muitas crises e carente de mudanças”. Características do mundo atual, como a globalização da economia que permitiu o aumento da circulação de pessoas e mercadorias em todo mundo, grande parte da população concentrada nas áreas urbanas, a pobreza, a baixa qualidade dos serviços de saúde, potencializaram os efeitos desta pandemia.

O vírus representou uma ameaça a todos os países, independente do estágio de desenvolvimento econômico e das condições sanitárias. No entanto, os autores destacam que “a desigual distribuição dos padrões epidemiológicos seria em função da distribuição desigual das condições socioeconômicas e dos meios de prevenção e tratamento de doenças” (LIMA *et al*, 2020, p.1). Isso significa dizer que a crise da COVID-19 atingiu os países em desenvolvimento de forma desproporcional.

Outra questão que se colocou nesse cenário foi o impacto da pandemia sob o sistema econômico e o mercado de trabalho. O fato da pandemia ter colocado a necessidade de isolamento social da população e de paralisação das atividades afetou o funcionamento da economia no mundo todo. O impacto do coronavírus sob a economia dos países em desenvolvimento foi ainda maior.

Segundo Ney e Gonçalves (2020, p. 2), nesse contexto reaparece um dilema no discurso político sobre as prioridades na crise sanitária: manter o funcionamento

das atividades produtivas para evitar o agravamento da crise econômica ou suspender o funcionamento de todos os setores não essenciais conforme orientam as autoridades de saúde para prevenir o aumento do número de morte? Assim, criou-se uma falsa oposição entre a economia e a saúde.

A primeira alternativa, que parte de uma visão economicista, tem como fundamento o cenário em que o Brasil se encontra há alguns anos, de aumento do desemprego, da informalidade, da pobreza e da desigualdade no país. Entende-se que parar a economia intensificará os efeitos da crise. A segunda, que tem uma abordagem social, coloca em questão a capacidade dos governos responderem com eficácia a um vírus de rápida propagação. Defende-se que “em uma crise sanitária, serão as medidas sanitárias que poderão debelá-la, e que a redução a uma questão econômica (em um sentido estrito de mercado) ocasionará perdas maiores em vida e para a própria economia no futuro” (NEY, GONÇALVES, 2020, p. 3).

As consequências da pandemia para o mercado de trabalho se apresentaram de diversas formas, seja pelo aumento do desemprego e o aprofundamento da precarização do trabalho, e, assim, o aumento da informalização do trabalho, da terceirização e da flexibilização das relações de trabalho; ou pela intensificação do trabalho para aqueles que permaneceram trabalhando presencialmente ou de forma remota; ou ainda pelo risco de contaminação para os trabalhadores que continuaram trabalhando nos setores considerados essenciais (BRIDI, 2020).

Esta crise sanitária chegou ao Brasil e encontrou um cenário de grave crise política e econômica, provocada principalmente pelos conflitos políticos que se sucederam desde o segundo mandato da presidenta Dilma Rousseff em 2014, seu impeachment em 2016, e seus desdobramentos que resultaram em recessão, desemprego e alterações profundas na regulação pública do trabalho (BRIDI, 2020, p. 142).

Como reflexo disso foi aprovada ainda durante o governo de Michel Temer a Lei nº 13.467/2017 da Reforma Trabalhista que trouxe mudanças na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), representando um grande retrocesso para o sistema protetivo do trabalho, “que adotou a bandeira da flexibilização de contratos de trabalho, da desregulamentação laboral e da responsabilização individual pelo desemprego” (BRIDI, 2020, p. 144). Como justificativa para tal medida, defendeu-se a necessidade de “modernização” da legislação para se adequar às “novas” configurações do mercado de trabalho flexível e desregulado, fazendo-se acreditar

que desta forma haveria um aumento no número de vagas de emprego e, consequentemente, provocaria uma ascensão econômica e social, resultando em maior qualidade de vida para o trabalhador.

No entanto, as medidas de flexibilização e desregulamentação das leis trabalhistas não foram capazes de diminuir o desemprego, pelo contrário, estas medidas têm provocado ainda mais desemprego e contribuído para a precarização do trabalho e a desproteção do trabalhador. Bridi (2020) reforça essa informação ao destacar que as taxas de desocupação e subutilização da mão de obra no país e o crescimento da informalidade demonstram a deterioração do mercado de trabalho, por conta do aumento do número de trabalhadores sem carteira assinada, trabalhadores autônomos e de diversas formas de trabalho ilegal. Percebe-se um mercado de trabalho com empregos mais desprotegidos e com leis mais flexíveis que beneficiam unicamente ao capital.

No governo de Jair Messias Bolsonaro, entre 2019 e 2022, marcado pelo ultraneoliberalismo², esses ataques se intensificaram, com o fim do Ministério do Trabalho, a Medida Provisória n. 873/2019 que buscou o desmonte da organização sindical e a Medida Provisória n. 881/2019, que amplificou a flexibilização do trabalho aumentando a exploração dos trabalhadores. As orientações políticas desenvolvidas pelo governo para enfrentar a crise do mundo do trabalho não trouxeram os resultados esperados. As políticas de ajuste fiscal e de contrarreformas trabalhista e previdenciária não cumpriram as promessas de potencializar a economia e gerar empregos. Foi nesse contexto precário que a pandemia da Covid -19 chegou ao Brasil, aprofundando ainda mais os problemas do mundo do trabalho.

A pandemia seguiu deteriorando o mercado de trabalho no Brasil, com as medidas necessárias de isolamento social para o controle do contágio do vírus houve uma diminuição da circulação de trabalhadores e consumidores, o que consequentemente comprometeu a demanda por produtos e oferta de trabalho em alguns setores. O setor mais afetado foi o do trabalho informal, visto que estes trabalhadores se encontram em situação de maior instabilidade no mercado de

² De acordo com Miranda (2020), “O chamado ultraliberalismo se trata de transformações qualitativas em relação ao liberalismo, entretanto, não no sentido de constituição de uma nova razão do mundo, mas sim para perpetuar a velha ordem e razão burguesa, solidificando-a em patamares ainda mais regressivos de expropriação e exploração da classe trabalhadora”.

trabalho, impossibilitados de realizar trabalho remoto e sem proteção das leis trabalhistas.

Sobre esse contexto, Bridi (2020) destaca que houve um aumento na taxa de desocupação, aliado à redução da criação de novas vagas de emprego, o que explica o aumento da população fora do mercado de trabalho e a elevada taxa de informalidade. Para tentar minimizar os impactos da pandemia, o governo aprovou algumas medidas como a Medida Provisória nº 927/2020, promulgada em 22 de março de 2020, que vai dispor sobre as medidas trabalhistas que poderão ser adotadas pelas instituições empregadoras “para preservação do emprego e da renda” enquanto durar a pandemia da COVID-19, e o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda, por meio da Medida Provisória nº 936/2020, que virou a lei nº 14.020/2020, com o objetivo de preservação do emprego e renda, garantindo a continuidade das atividades laborais e empresariais. Estas medidas afetaram diretamente as relações e a legislação trabalhista, provocando prejuízos na renda do trabalhador e deixando o questionamento de como ficarão as relações de trabalho com o fim da pandemia.

Outra medida foi a criação do Auxílio Emergencial, por meio da lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020, um benefício social temporário de R\$ 600,00 pago a quem preencher os requisitos necessários, com o propósito de amparar em suas necessidades básicas os trabalhadores informais que perderam sua renda com a suspensão das atividades econômicas por conta da quarentena e pessoas em situação de vulnerabilidade social. Entretanto, o programa apresentou falhas no processo de análise e distribuição, ignorando a desigualdade de acesso a meios digitais presente no Brasil (GONÇALVES, 2020).

Somado a esse problema, o Brasil também enfrentou uma crise econômica e social, evidenciada por Bridi (2020). O país que já enfrentava o desemprego, a precarização do trabalho, reformas trabalhistas e previdenciárias, teve seu cenário de crise agravado diante da situação pandêmica. A parcela da população que obtinha seu salário através de seus trabalhos em centros urbanos, onde havia uma grande concentração de pessoas, se viu sem renda; trabalhadores formais enfrentaram o medo do desemprego, o atraso no pagamento dos salários e novas modalidades de trabalho. Outra parcela da classe trabalhadora sem ganho fixo, se encontra em situação de miséria (BRIDI, 2020).

Ainda no governo Temer, foi sancionada a Emenda Constitucional nº 95/2016, que institui um novo regime fiscal, congelando por vinte anos os investimentos públicos em áreas como saúde, educação, assistência social, dentre outros, além de impactar na geração de emprego e renda, enfraquecendo assim as políticas sociais e intensificando o processo de privatização e exclusão social. Enquanto isso, os serviços públicos padecem com a falta de recursos, afetando assim o atendimento aos usuários e a qualidade dos serviços prestados.

Esta crise sanitária evidenciou ainda mais as desigualdades sociais e exibiu o descaso histórico que boa parte da classe trabalhadora enfrenta, sem acesso à educação, trabalho, alimentação, moradia, a uma estrutura básica de saneamento e sem acesso a atendimento hospitalar de qualidade para enfrentar a pandemia.

Conti (2020) defende que enfrentamos uma crise tripla: uma crise comportamental, sanitária e econômica causada pela Covid -19. O autor define que a crise sanitária representou a “possibilidade real e provável do colapso do sistema de saúde de todos os países do mundo cuja velocidade de propagação do vírus não for reduzida substancialmente” (CONTI, 2020, p. 23).

Esse colapso ocorreu por conta do *déficit* financeiro e, conseqüentemente, da falta de leitos para tratar os pacientes infectados com o vírus. Por se tratar de uma doença pouco conhecida pelos especialistas, demandou tempo para que fossem fabricadas medicações e vacinas para conter a propagação do vírus. A falta de conhecimento científico sobre o novo coronavírus, sua alta velocidade de transmissão e sua alta letalidade, provocou a morte de um grande contingente populacional, principalmente daqueles que viviam em situação de vulnerabilidade social e geraram indefinições sobre quais seriam as melhores estratégias a serem utilizadas para o enfrentamento da pandemia.

No Brasil, apesar do número elevado de mortes, o governo de Bolsonaro negou a gravidade da pandemia, optando abertamente por preservar a economia em detrimento da saúde dos brasileiros. Além dos problemas apresentados, o Brasil ainda enfrentou o negacionismo do presidente da república, caracterizando-se como um governo ultraneoliberal, ultraneoconservador e neofacista (MATOS, 2020). Matos (2020) argumenta que o posicionamento do governo federal sobre a pandemia do novo coronavírus foram conflitantes, atrasadas e atrapalhadas pelo próprio presidente. Em suas falas, mesmo diante do número de óbitos por COVID-19, o presidente minimizou a pandemia e ignorou as medidas de distanciamento social e o

uso de máscaras, criticou os governos estaduais a respeito das medidas adotadas para conter a propagação do vírus, desqualificou a ciência, defendeu o uso de um medicamento sem comprovação científica de sua eficácia e negou acordos referentes a compra de vacinas.

Além disso, as constantes trocas de ministros da saúde vistas no governo Bolsonaro, devido a discordância de opiniões quanto às medidas acatadas pela presidência, dificultaram a criação de estratégias e planejamentos para conter o avanço da pandemia no Brasil, conforme referenciado por Castro (2022). Deixando claro, que a prioridade do governante do país foi preservar a economia em detrimento da saúde dos brasileiros.

Nesse contexto de dificuldades e incertezas, as medidas anunciadas pelo Governo Federal foram ineficazes, uma vez que não conseguiram contemplar todos os trabalhadores, não foram suficientes para garantir a estabilidade no emprego por um longo período e não foram capazes de criar uma renda básica para atender às necessidades da população. Assim, os efeitos da pandemia no mercado de trabalho, na renda e qualidade de vida da população serão sentidos a longo prazo, contribuindo para degradação das condições sociais de reprodução da classe trabalhadora e reafirmando a insuficiência do modo de produção capitalista perante os problemas sociais. Na próxima seção recuperaremos o processo de surgimento do SUS e as principais mudanças nesta política ao longo dos governos, destacando os retrocessos nos anos que antecederam o contexto pandêmico.

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO CONTEXTO DA PANDEMIA NO BRASIL

Esta seção tem como objetivo, apresentar a construção do SUS no Brasil e sua atuação durante o período pandêmico em 2020. O novo coronavírus evidenciou a crise sanitária que o Brasil já vem enfrentando há muitos anos, deixando à mostra as deficiências no financiamento do SUS, sendo um obstáculo para ampliação e melhoria dos serviços públicos, o que afeta sua capacidade de resposta perante uma situação de pandemia. De modo geral, a pandemia evidenciou a estrutura desigual sob a qual se sustenta a sociedade no modelo capitalista e a negligência do Estado em garantir os direitos individuais e sociais da população garantidos por lei.

3.1 O processo de institucionalização das demandas sociais da saúde no Brasil a partir da década de 1930 até a sua definição como direito social universal na Constituição de 1988

Ao longo da conturbada história do acesso ao direito à saúde no Brasil, foi somente na década de 1930 que a saúde passou a ser tratada como questão política, tendo em vista o início da intervenção estatal no setor social. Em meio à conjuntura política e as transformações econômicas ocorridas na década de 1930, com o início do processo de industrialização e aceleração da urbanização com o crescimento da classe trabalhadora, dá-se os primeiros passos para o surgimento de políticas sociais nacionais (BEHRING, BOSCHETTI, 2009).

O surgimento das políticas públicas no Brasil ocorreu de forma diferenciada em relação aos países centrais, tendo em vista que sua origem está ligada ao movimento de ascensão do capitalismo e da luta de classes. A própria consolidação do capitalismo no país se deu de forma particular e retardatária, sendo marcada pelo colonialismo, pela economia de exportação e pelo escravismo. De acordo com Behring e Boschetti (2009, p. 77), a presença do trabalho escravo no país teve profundo impacto no surgimento do trabalho livre, bem como na criação de uma consciência e força política da classe trabalhadora no país. Neste sentido, o trabalho livre nasce com forte traço de paternalismo, mandonismo e coronelismo que impregna as relações sociais, de produção e, por consequência, as políticas públicas no país.

Se por um lado os direitos sociais no Brasil são fruto da luta da nascente classe trabalhadora, por outro, representam a tentativa de legitimidade política por parte das classes dominantes. A política social no Brasil tem suas bases ampliadas sobretudo a partir da Revolução de 1930. Durante o Governo de Getúlio Vargas, com a adoção de um novo projeto de desenvolvimento baseado na industrialização e urbanização, houve uma tentativa de regulamentação de um conjunto de legislações sociais e trabalhistas, com o intuito de amenizar as tensões decorrentes da luta de classes no país. Este período, que vai de 1930 a 1943, é considerado, portanto, como os anos de introdução da política social no país, com a regulação de acidentes de trabalho, aposentadorias e pensões, auxílio-doença, auxílio maternidade e seguro-desemprego (BEHRING, BOSCHETTI, 2009).

É a partir da década de 1930 que se fortalece o processo de institucionalização das demandas sociais pelo Estado por meio de políticas sociais, tendo em vista o

amadurecimento do modo de produção capitalista no país. Assim acontece com a saúde. Esta passa a ser responsabilidade do Estado, entretanto restrita àqueles que tinham vínculos formais de trabalho. Nesse período, a preocupação do Estado com a saúde do trabalhador, na verdade, estava ligada aos interesses econômicos da classe dominante em manter o trabalhador sadio para dar continuidade à produção.

A saúde já aparece entre as reivindicações dos trabalhadores desde o início de sua organização, nos últimos anos do século XIX. Somente no século XX, a saúde passa a ser entendida como expressão da “questão social” no Brasil. Surgem algumas iniciativas de organização no âmbito da saúde, a exemplo da Reforma Carlos Chagas, em 1923, que tentou reorganizar a oferta de serviços de saúde, ampliando o atendimento à saúde por parte do poder central. Nesse período também foram colocadas em evidência as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo adotadas algumas medidas que representaram o ponto inicial para a construção de um esquema previdenciário no Brasil, com destaque para a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) através da Lei Eloy Chaves, publicada em 1923 (BRAVO, 2006, p. 3).

A política de saúde de caráter nacional que se desenvolvia neste período estava organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária (BEHRING, BOSCHETTI, 2009; BRAVO, 2006). Até a década de 1960 o setor de saúde pública foi hegemônico e tinha como objetivo o desenvolvimento de condições sanitárias nas áreas urbanas e, ainda que de forma incipiente, nas áreas rurais. A medicina previdenciária, que tem como marco a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) na década de 1930, buscou atender a mais categorias profissionais com o intuito de amenizar possíveis reivindicações dos assalariados urbanos. Este modelo tinha uma orientação contencionista, ou seja, reduziu a oferta dos serviços prestados, preocupando-se mais com a acumulação de reservas financeiras (BEHRING, BOSCHETTI, 2009; BRAVO, 2006).

Os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) aos poucos foram substituindo as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). A partir dessa mudança, os institutos passam a atender agora aos trabalhadores de determinada categoria profissional e não mais aos trabalhadores de determinadas empresas como era feito nas CAPs (BEHRING, BOSCHETTI, 2009, p. 106-7). Entretanto, o direito à assistência ainda era destinado apenas aos trabalhadores formais urbanos e que tinham carteira assinada.

Segundo Bravo (2006), a política de saúde esboçada a partir de 1930 só veio a se concretizar no período de 1945 a 1950. Podemos destacar nesse período a promulgação da Constituição Federal de 1946, tida como uma das mais democráticas da história do Brasil, onde foram assegurados os direitos civis e políticos, e consolidou-se a Política Nacional de Saúde. Em 1948, com o Plano Salte, que buscou desenvolver os campos da Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, a Saúde foi colocada em evidência (BRAVO, 2006, p. 5), representando uma tentativa de incentivo ao investimento e aprimoramento desses setores da sociedade, não alcançando o objetivo proposto, consequentemente prejudicando a implementação do projeto (BRAVO, 2006).

Com base em Bravo (2006), a estrutura hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava elaborada a partir dos anos 1950, indo na direção da formação das empresas médicas ligada aos interesses capitalistas, pressionando para o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo a privatização. Entretanto, apesar da pressão esse campo não tinha tanto destaque, a medicina previdenciária só vai desbancar a saúde pública a partir de 1966. No período pós 1964 a democracia é abalada no Brasil, com a instauração da Ditadura Militar, nesse contexto a política de saúde é configurada para um modelo que privilegia o setor privado. O regime instaura uma nova configuração política e social, “uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo” (BRAVO, 2006, p. 6). Em face da “questão social”, o Estado vai intervir por meio do

binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2006, p.6).

Em 1966 continua o movimento de concentração do poder ditatorial do Estado, com a unificação da Previdência Social, através da junção dos IAPs, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que teve o objetivo de atender a dois interesses: promover o papel regulador do Estado e a exclusão dos trabalhadores do controle da Previdência Social.

O crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores (BRAVO, 2006, p.6).

No campo da saúde, Bravo (2006) afirma que no período de 1964 a 1974, esta política foi desenvolvida para favorecer o modelo do produtor privado, articulada à política econômica vigente, a saúde vai adotando características capitalistas. Nesse período ocorreu um incentivo e investimento público do Estado no setor privado, adotando-se um modelo que financia a expansão da atividade privada, preservando e estimulando o desenvolvimento de uma indústria de produção e serviços médicos e hospitalares, com recursos dos fundos previdenciários dos trabalhadores.

A partir de 1970, o bloco de poder modificou sua relação com a sociedade civil, pois não conseguiu consolidar sua hegemonia, com a crise estrutural do capitalismo e as dificuldades com o *déficit* público levando à redução do investimento social, principalmente porque ainda não há um sistema de saúde capaz de atender às necessidades da classe trabalhadora. Nesse contexto foi necessário alterar o modelo hegemônico médico-assistencial privatista, diante das reivindicações da sociedade e a emergência do movimento sanitário (BRAVO, 2006, p. 7).

Souza (2002), refere que, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) desenvolvia atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças quase exclusivamente com o apoio de estados e municípios, com ênfase na vacinação e no controle de endemias. Todos esses recursos foram desenvolvidos em uma base universal, ou seja, sem discriminação da população beneficiada. No campo da saúde, o Ministério da Saúde operava apenas hospitais especiais individuais, por exemplo, psiquiatria e tuberculose, além da atuação da Fundação de Atendimento Especializado em Saúde Pública (FSESP) em algumas áreas específicas, com ênfase no interior do norte e nordeste. Essa atividade, também chamada de assistência médico-hospitalar, era oferecida por alguns municípios e estados, e principalmente por instituições filantrópicas, a populações identificadas como carentes. A atuação do poder público nessa área se deu por meio do Instituto Nacional de Seguridade Social (INPS), posteriormente denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência Social e apoio social.

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Desta forma, o INAMPS aplicava nos estados, através de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existente (SOUZA, 2002, p. 12).

No final da década de 1980, o INAMPS implementou uma série de iniciativas que o aproximaram ainda mais da abrangência geral de sua base de clientes, entre as quais se destaca o fim da obrigatoriedade do cartão de convênio do INAMPS nos hospitais próprios e parceiros. Esse processo culminou na constituição do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), concretizado por meio da assinatura de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais. Assim, vemos que antes mesmo da aprovação da Lei 8.080/1990 (também conhecida como Lei Orgânica da Saúde) que instituiu o SUS, conforme evidenciado por Souza (2002), o Brasil começou a construir um sistema de saúde tendente à cobertura universal. A razão para isso foi, por um lado, a crescente crise financeira do modelo previdenciário de assistência médica e, por outro, a grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, dos centros universitários e dos setores organizados da sociedade, que formaram o "Movimento de Reforma Sanitária" em conexão com a democratização do país

Nos anos 1980, o processo de abertura democrática do país colocou os movimentos populares como protagonistas da política brasileira. Foi um período de grande mobilização popular política, mas também de profunda crise econômica. Na área da saúde destaca-se a presença do Movimento de Reforma Sanitária, que reuniu movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura, que questionava as decisões da política de saúde que favorecia aos interesses do setor privado e buscava um modelo de saúde universal e público. Como destaca Bravo:

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia (BRAVO, 2006, p.8).

Segundo Bravo (2006, p. 7), “a política social, no período de 1974 a 1979, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da ‘questão social’, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares”. No período que corresponde ao processo de redemocratização da sociedade brasileira, emerge na área da saúde o movimento de reforma sanitária. Este projeto defende a universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais pelo Estado, confrontando o projeto privatista

que buscava promover um processo de mercantilização das políticas sociais e transferir responsabilidades estatais para o setor privado.

Desse modo, a saúde enquanto um direito social no Brasil foi uma conquista do projeto da Reforma Sanitária, aliado à institucionalização de movimentos sociais na luta pela redemocratização do país. As principais propostas apresentadas por esse movimento foram:

a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2006, p. 9).

O movimento ganhou destaque nos anos 1970 e se fortaleceu com a abertura política na década seguinte. As medidas propostas pelo referido movimento foram incluídas na Constituição Federal de 1988 e resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8.080/1990.

O texto constitucional (Art. 196, 197, 198) estabelece que a saúde é dever do Estado, garantido por políticas sociais e econômicas, tendo em vista o acesso universal e igualitário, cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, organizada através da regionalização e hierarquização, de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e com a participação popular, e financiada com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988). Todavia, no art. 199, determina-se que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (BRASIL, 1988), isto abre as portas para que o setor privado instaure seu processo de mercantilização da saúde.

A Constituição Federal de 1988 mudou o acesso à saúde no Brasil, responsabilizando o Estado por prover uma política pública de saúde, tendo como base um entendimento ampliado do que é saúde, entendendo que o direito à saúde implica também na garantia de qualidade de vida, aliado a outros direitos sociais básicos. A seguir trataremos sobre a entrada do projeto neoliberal e seus impactos nos serviços e direitos conquistados para a saúde pública brasileira. Um projeto que ataca o que foi determinado pela Constituição Federal e as leis que regulamentam o SUS.

3.2 A regulamentação do SUS em 1990 e os desafios para sua consolidação como sistema universal nas décadas de 1990, 2000 e 2010

Após a promulgação da nova Constituição federal, em 1988, e já durante o governo de Fernando Collor (1990-1992), foi sancionada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990). Esta lei regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), que é composto pelo conjunto de ações e serviços de saúde provido por órgãos e instituições públicas, em nível federal, estadual e municipal, de administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. À iniciativa privada é permitida participação nesse sistema de forma complementar, de acordo com um contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às instituições filantrópicas e as sem fins lucrativos.

A regulamentação da saúde apenas se efetivou após a promulgação da Lei nº 8.142, no mesmo ano, que veio para complementar a primeira, tendo em vista que, por conta da divergência de interesses, houve cortes no texto de vinte e cinco itens desta legislação, especialmente naqueles que tratavam sobre o financiamento e o controle da política de saúde, indicando a dificuldade que as políticas sociais têm de se legitimar no Brasil (PEREIRA, 2002, p. 42).

Isso se agrava com a implantação do ideário neoliberal no Brasil, nos anos 1990, foram introduzidas medidas de disciplina fiscal e privatização de serviços estatais, reduzindo os gastos sociais do país e transferindo o controle estatal para a introdução dessas iniciativas privadas. A estabilidade econômica passa a ser mais importante do que as necessidades sociais. Mesmo com os direitos sociais assegurados na Constituição Federal de 1988 como dever do Estado, o aparelho estatal favorece na gestão da Seguridade Social o projeto privado, tendo consequências para a política de saúde diante dos ataques às propostas do Movimento Sanitarista que batalha por uma saúde pública e universal. Nesse cenário, os princípios da universalidade e incondicionalidade são afetados, uma vez que são negadas as condições materiais e políticas para sua realização (PEREIRA, 2002).

Nesse sentido, com a ofensiva neoliberal a partir dos anos de 1990, o SUS previsto constitucionalmente nunca pôde ser efetivado plenamente. A saúde passa a sofrer forte interferência da lógica privada, ficando o SUS, um sistema que pretende

ser universal, destinado àqueles que não podem acessar os serviços de saúde no mercado, levando a um processo de desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social pelo Estado.

O objetivo central do projeto de Reforma Sanitária era garantir que o Estado atuasse em função da sociedade, com um Estado democrático e de direito, responsável pela política de saúde (BRAVO, 2013), mas não é isso que vem acontecendo. O SUS enfrenta obstáculos políticos e econômicos desde a sua implantação que refletem na sua estrutura atual e com a política neoliberal no Brasil, que defende a não intervenção do Estado na economia e a redução da intervenção do Estado no campo social, vamos assistindo o desenvolvimento do projeto privatista, que tem como interesse a “contenção de gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com a isenção de responsabilidade do poder central e a focalização” (BRAVO, 2013, p.177).

Segundo Bravo e Matos (2004, apud. BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018), o projeto de privatizações inseridos no âmbito das políticas públicas tem seu início no período da ditadura civil militar, sendo orientado pelo mercado com o intuito de gerar lucros. Na saúde se insere atrelado ao capital internacional, por meio de complexos industriais e financeiros médicos, hospitalares, farmacêuticos e de insumos, gerando prejuízos à população que acaba sendo obrigada a adquirir esses serviços pagando por consultas ou aderindo à convênios privados de saúde, o que caracteriza a substituição do Estado como provedor desse serviço, salientando o sistema capitalista em sua forma neoliberal com a política do Estado mínimo.

Em 1995, Fernando Henrique Cardoso (FHC) assumiu a presidência aprofundando e ampliando as propostas neoliberais iniciadas no governo de Fernando Collor. A proposta principal do governo é reduzir o investimento do Estado nos segmentos sociais encarregando a responsabilidade para o setor privado. Para realizar essas mudanças utilizou o documento Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, proposta elaborada pelo ministro da Administração e Reforma do Estado. Na saúde essa proposta provocou graves consequências para os princípios constitucionais do SUS, como destaca Bravo (2006):

A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a

utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos (2006, p.14).

Em 2003, o ex-sindicalista Luiz Inácio Lula da Silva foi eleito por meio do Partido dos Trabalhadores (PT). O governo Lula foi inovador no que se refere a proteção social durante os seus dois mandatos, atuando nos determinantes sociais da saúde através de políticas públicas, com destaque para o Projeto Fome Zero, Programa Bolsa Família, a Política nacional de habitação e o Plano Plurianual, Programa Minha Casa, Minha Vida e o Programa Mais Saúde (MENICUCCI, 2011).

[...] houve o reconhecimento da gravidade dos problemas sociais e mereceram especial atenção o combate à fome e à miséria; o combate ao racismo e às desigualdades raciais; aprofundamento dos avanços na área de saúde e de assistência social; o crescimento da taxa de cobertura da previdência social; a promoção do desenvolvimento nacional; a implementação de uma política de desenvolvimento urbano; e contínua melhoria da qualidade do ensino (MENICUCCI, 2011, p. 528).

Conforme Bravo (2006), não houve avanços na consolidação de um sistema de proteção social baseado no conceito de Seguridade Social, “[...] a política macroeconômica do antigo governo foi mantida e as políticas sociais estão fragmentadas e subordinadas à lógica econômica” (2006, p.15). Mas, nesse período, houve um maior investimento em políticas voltadas para os determinantes sociais da saúde, como meio ambiente, renda, trabalho, saneamento, alimentação e educação (MENICUCCI, 2011), apesar de não serem identificadas alterações radicais na lógica de implementação e condução da Política de Saúde. No entanto, são inegáveis os avanços vistos neste governo, com a expansão e fortalecimento da política de atenção básica, do financiamento público na área da saúde e a criação de propostas inovadoras. Como afirma Menicucci (2011, p. 531), “pode-se dizer que o Brasil se tornou um pouco mais saudável pela via das políticas econômicas e sociais”.

Menicucci (2011) destaca ainda que as ações desenvolvidas no âmbito da saúde sofreram mudanças no que diz respeito à gestão e aplicação de recursos. Mas, o plano governamental do Presidente também dava continuidade a programas anteriormente desenvolvidos pelo Governo FHC, como o Programa de Saúde da Família - PSF, “o reforço da atenção básica, o aprimoramento das relações intergovernamentais, a ampliação do acesso e a garantia da integralidade da assistência” (MENICUCCI, 2011, p. 524), como também projetos mais inovadores como a Política de Saúde Bucal, por meio do Programa Brasil Sorridente, que teve

grande destaque por ser uma inovação na abrangência de saúde bucal, com o objetivo de expandir o cuidado odontológico de forma mais universal. Outras ações importantes são: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU e o Programa Farmácia Popular, que expandiu significativamente o acesso a medicamentos a preços populares.

Além disso, foi possível observar o desenvolvimento do Programa Saúde da Família com o aumento no número de equipes de saúde, a ampliação dos recursos na Atenção Básica e a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dando destaque à Reforma Psiquiátrica (MENICUCCI, 2011, p.525).

Ainda em sua pesquisa, a autora evidencia as ações voltadas para grupos específicos, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004-2007); o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas ao Programa DST/AIDS; ações para a saúde do trabalhador através da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST); ações relativas à saúde dos quilombolas, dos indígenas, dos assentados e dos negros. Além disso, aprovou-se, em 2003, o Estatuto do Idoso, com um capítulo direcionado para a saúde objetivando-se suprir o processo asilar e atuar na promoção e recuperação da saúde do idoso (MENICUCCI, 2011, p. 525).

Uma ação de destaque do primeiro mandato foi o Pacto em Defesa do SUS, que constituía um movimento de repolitização do SUS, através de uma estratégia de mobilização social para buscar um financiamento compatível com as necessidades da saúde, materializando-se na Emenda Constitucional nº 29/2000, sendo aprovada pelo Congresso Nacional.

As transferências dos recursos federais também foram modificadas, passando a ser divididas em seis grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde), reduzindo drasticamente a fragmentação dos recursos e respondendo a críticas históricas dos gestores estaduais e municipais e buscando consolidar maior autonomia dos entes federados na gestão dos recursos (MENICUCCI, 2011, p. 526).

Bravo (2006) também aponta as inovações desse governo, mas destaca que a gestão foi marcada por continuidades. Como inovações, a autora cita, por exemplo: a defesa da concepção de Reforma Sanitária esquecida nos anos noventa; a escolha de profissionais adequados com os ideais do Projeto de Reforma Sanitária; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde com a criação das

Secretarias de Gestão Estratégica e Participativa – em defesa do controle social – e de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; a convocação e realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Com relação aos aspectos que refletem essa continuidade da política, a autora faz referência a focalização, a precarização, terceirização dos recursos humanos, desfinanciamento e a falta de ações para viabilizar a concepção de Seguridade Social. “Continua-se com as políticas focais em detrimento da lógica do direito e da Seguridade Social” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 16).

Sobre o desfinanciamento da política de saúde, Bravo (2006) afirma que a saúde enfrentou problemas de financiamento como,

[...] proposta de desvinculação do CPMF da receita do setor saúde; utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o superávit primário das contas públicas; decisão do Presidente da República, orientado pelos Ministros do Planejamento e da Fazenda de ampliar o conteúdo das “ações de serviços de saúde” incluindo gastos com saneamento e segurança alimentar o que ocasionou a redução de 5 bilhões dos recursos destinados ao SUS (BRAVO, 2006, p. 19).

No segundo mandato do presidente Lula (2007-2011), houve poucas inovações, dando continuidade aos programas criados no primeiro mandato, além de aperfeiçoar os aspectos básicos do SUS, com ênfase no fomento à pesquisa e desenvolvimento tecnológico para a produção de hemoderivados, medicamentos, equipamentos e vacinas. A prioridade do Ministério da Saúde continua sendo a expansão da estratégia Saúde da Família, com a criação de novas equipes e em 2008 com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs).

Com a nomeação de José Gomes Temporão para assumir o Ministério da Saúde, sujeito que participou do projeto de Reforma Sanitária, em seu discurso de posse o ministro reconheceu a tensão entre o ideário reformista e o projeto que se encontrava ainda em construção (BRAVO; MENEZES, 2011). Em sua gestão temas polêmicos foram debatidos, como a legalização do aborto, sendo considerado um problema de saúde pública; as restrições de publicidade de bebidas alcoólicas; a necessidade de fiscalizar as farmácias.

Entretanto, o ministro não sobrelevou questões centrais do movimento sanitário como, a concepção da Seguridade Social, a Política de Recursos Humanos e

Educação na Saúde e a Saúde do Trabalhador. Pelo contrário, apresentou propostas contrárias ao Projeto, como a adoção de um novo modelo jurídico-institucional para os hospitais públicos, criando-se as Fundações Estatais de Direito Privado (BRAVO; MENEZES, 2011).

A criação das Fundações Estatais de Direito Privado, prevê, através de contratos de gestão e repasse de recursos públicos ao setor privado, maior autonomia gerencial, financeira e orçamentária para as fundações desenvolverem ações nas áreas de educação, assistência social, saúde, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, desporto, comunicação social, entre outras (BRAVO; MENEZES, 2011). Ao fim de seu governo, foi criada uma Medida Provisória nº 520/2010, que autoriza o poder executivo a criar a Empresa de Serviços Hospitalares (EBSERH), que visa reorganizar os Hospitais Universitários Federais em articulação com o Ministério da Educação.

Diante do que foi exposto fica evidente que a disputa entre os dois projetos na saúde continuou no governo Lula, as expectativas de fortalecer o Movimento Sanitário não se concretizaram, o neoliberalismo teve espaço nessa gestão e as políticas sociais seguiram a lógica neoliberal, focalizadas. Na saúde, as medidas privatistas e contrarreformistas avançaram durante o governo.

Algumas propostas procuraram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não houve vontade política e financiamento para viabilizá-las. O que se percebe é a continuidade das políticas focais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização da Seguridade Social a articulação com o mercado (BRAVO; MENEZES, 2011, p.21).

Na saúde, a expectativa de que o governo fortalecesse o projeto de Reforma Sanitária não se concretizou, pois manteve a polarização entre os dois projetos de saúde, o projeto de Reforma Sanitária e o projeto privatista, onde visa a saúde articulada ao mercado.

No dia 01 de janeiro de 2011, o Brasil tem a sua primeira presidente mulher, Dilma Rousseff, em continuidade aos governos de aliança entre o PT e os segmentos conservadores do país, o que logo se mostrará um problema para a manutenção deste governo. Na saúde a presidente destaca que a consolidação do SUS é uma das prioridades do seu governo, mas como destaca Bravo e Menezes (2011) o maior entrave para isso acontecer é o crescimento dos “novos” modelos de gestão do SUS, que na verdade privatiza a saúde como as Organizações Sociais (OSs), Organizações

da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado e os problemas que estas ocasionam para os trabalhadores da saúde e usuários. Modelos que foram desenvolvidos em governos anteriores, demonstrando a subordinação da saúde pública às exigências macroeconômicas do capital.

[...] política de saúde é fortemente impactada com os ajustes da política macroeconômica estabelecida, nos dois mandatos de Lula e, sequencialmente, nos dois de Dilma Rousseff. As orientações desse tipo de política vêm rompendo com o caráter universal do sistema público de saúde, bem como facilitando a privatização e terceirização dos serviços de saúde [...] (MARTINS, 2014, p. 108).

Algumas medidas da Presidente da República foram a criação da Rede Cegonha em 2011, que envolve os cuidados desde a gestação até os primeiros anos de vida da criança; a prevenção, tratamento, reabilitação e cuidado as mulheres acometidas pelos cânceres de mama e de colo de útero. Ampliou-se o programa “Farmácia Popular”, ofertando medicamentos de hipertensão e diabetes, em parceria com farmácias privadas. Outro ponto é a construção e reformas das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) em todo o Brasil. A mobilização contra a dengue e o enfrentamento contra as drogas, seguindo as diretrizes da luta antimanicomial (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 23).

Dando continuidade à Medida Provisória nº 520/2010, o governo de Dilma Rousseff reinseriu-a como Projeto de Lei nº 1.749/11, que criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação, com um discurso de reestruturar os serviços hospitalares, que segue a lógica de privatização dos serviços públicos, pois a empresa contratava funcionários através do regime da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) e contrato temporário de no máximo dois anos. A finalidade da empresa era implantar a lógica do mercado com a rotatividade de funcionários, a desvinculação dos Hospitais Universitários (HU) e a regressão da autonomia universitária (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 23). Um modelo de gestão que segue as normas neoliberais e fortalecem o processo de contrarreforma do Estado e favorecendo o do setor privado, que vem se apropriando cada vez mais do fundo público.

As contrarreformas na Política de Saúde [...] não vem ocorrendo na forma de um movimento explícito e amplo, muito pelo contrário, para burlar as possíveis resistências vêm se constituindo de modo fragmentado, experimental e se espalhando paulatina e continuamente no interior do sistema (SOARES, 2010, p. 56).

Ainda no Governo Dilma foi lançado o “Programa Mais Médicos”, instituído através da Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, que tinha como objetivo principal solucionar o problema da escassez de médicos nos municípios do interior do país e em regiões de difícil acesso, ampliando o acesso a atendimento de qualidade para as populações desassistidas, melhorando assim o atendimento ofertado aos usuários do Sistema Único de Saúde e fortalecendo a prestação de serviços na Atenção Básica em saúde (BRASIL, 2013).

Em 2016 o mandato da presidente foi interrompido por um processo de impeachment, quando se iniciou o governo neoliberal de Michel Temer, que segue intensificando o projeto privatista na política de saúde, a privatização e a destruição da proposta original do projeto de reforma sanitária. De acordo com o Memorando da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS, 2016), foram reveladas as ações parlamentares, judiciais e midiáticas que culminaram no impeachment de Dilma Rousseff da Presidência da República em 12 de maio de 2016, demonstrando a fragilidade da democracia burguesa e o esgotamento de sua funcionalidade tentando superar a crise que o capital atravessa. No próximo subitem detalharemos alguns aspectos deste retrocesso político no governo federal.

3.3 As consequências do ideário neoliberal para a política de saúde brasileira nos governos Temer e Bolsonaro

Em 31 de agosto de 2016, Michel Temer, que representa os setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade brasileira, tomou posse da presidência do Brasil, após a saída da presidente Dilma Rousseff, mediante processo de *impeachment*, considerado por muitos como um golpe de estado protagonizado pelo parlamento brasileiro. Documentos que detalham as ações do novo governo (“Ponte para o Futuro” e “Encruzilhada Social”) apontam para a aceleração e intensificação de medidas que promovem o colapso do Estado brasileiro e criam uma nova fase de contramedidas, estruturas de reforma que violam os direitos dos trabalhadores (FNCPS, 2016).

Com a nomeação do deputado federal Ricardo Barros para o Ministério da Saúde, o compromisso do governo com o setor privado de saúde tornou-se cada vez mais evidente, como evidenciado pela aproximação após a campanha de seu deputado com o Grupo Aliança: “contato contínuo com o setor privado de saúde e

comunidades, como se fossem efetivamente comitês assessores que direcionam a administração das políticas” (SOARES, 2018) e também por meio de suas falas, que incluíam afirmações como: “[...] eu sou o ministro da saúde, eu não sou o ministro do SUS”.

Ainda em suas declarações iniciais, o Ministro da Saúde Ricardo Barros afirma abertamente à imprensa a necessidade de rever o tamanho do SUS. Tal estratégia é reveladora da direção das alterações implementadas pelo governo Temer e, ao mesmo tempo, do momento do Estado brasileiro e seus vínculos com o capital nacional e internacional (SOARES, 2018). O governo de Temer atendeu à necessidade de responder às demandas neoliberais urgentes por capital à medida que a natureza conciliatória de classes dos governos do PT enfraquecia. Assim, o primeiro passo deste governo, que dará continuidade às novas reformas, é a criação da Emenda Constitucional 95/2016, que introduziu um novo regime tributário no quadro do orçamento financeiro e da segurança social da União, definindo que as despesas do orçamento do estado sejam limitadas à flutuação da inflação por vinte anos, o que indica o sufocamento econômico de toda política social.

As principais mudanças em programas do Ministério da Saúde e iniciativas governamentais que contribuíram para o desmonte do SUS no Governo Temer iniciaram-se com a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, que foi sistematizada no Ofício nº 60 (2017) da Secretaria de Atenção à Saúde e teve o intuito de reagir à perda de usuários dos planos de saúde, propondo então, planos de saúde que possam atingir a todas as camadas sociais. A proposta está dividida em três: Plano Simplificado, Plano Ambulatorial+Hospitalar e Plano em Regime Misto de Pagamento, sendo que o principal ponto desse retrocesso são as restrições de cobertura, que ferem diretamente à integralidade da assistência (SILVA *et al.*, 2021).

O governo Temer continuou priorizando o projeto capitalista da sociedade brasileira, concretizado de forma mais efetiva para a classe trabalhadora por meio da mercantilização da saúde, da reprodução social e dos recursos necessários à vida. Com ênfase na saúde, formulou propostas com segmentos da classe dominante contrários à democracia constitucional e à política de saúde. O governo apostou na “cultura da crise” (MOTA, 2017) como fator ideológico para justificar o emprego do setor privado na medida em que algumas empresas privadas de saúde são vistas expandindo e diversificando ou mesmo fundindo-se com os grandes bancos (SILVA, 2018).

De acordo com Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), quando Temer assume o poder, há um processo de aceleração e intensificação do desmonte do Estado no Brasil, gerando contrarreformas na estrutura do Estado, atacando os direitos trabalhistas, bem como as políticas públicas, como por exemplo a política de saúde, que tem sido um grande campo de interesses econômico, visando a geração de lucros, tratando-se de um governo ilegítimo sob o preceito de uma restauração conservadora de um projeto político “ultraneoliberal”.

De acordo com Calheiros (2006, apud. BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018), o PMDB cria um projeto chamado de “Agenda Brasil” que propõe à saúde uma maior desvinculação das Receitas da União, a cobrança de consultas e exames no SUS de acordo com a renda do cidadão, tendo sido o projeto não realizado por sua repercussão negativa.

Outro documento importante, que contribui para o processo de privatização da saúde, também elaborado pelo PMDB, é o “Travessia Social”, considerado uma expressão do documento “Uma Ponte para o Futuro”, que propõe medidas para a saúde centradas na articulação do SUS com outras instâncias governamentais, a implantação de um Cartão de Saúde para todo cidadão brasileiro desde o nascimento para ter maior controle sob os gastos com os serviços oferecidos, e a melhoria da gestão e da qualidade dos serviços através da participação do setor privado, com o foco no gerencialismo, pois considera a má gestão como principal problema do SUS e incentiva a aquisição de planos de saúde privados (FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES, 2016).

O Governo Temer, segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), reproduziu sua própria tática de gestão no âmbito da saúde, acelerando o desmonte das políticas públicas e universais a partir do congelamento de recursos por vinte anos, caracterizando a perda de recursos em R\$ 654 bilhões de reais pelo SUS, em conjunto com as proposições de planos de saúde acessíveis, articulando o setor privado à saúde, o que de acordo com Mota (1995, apud. BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018), tem gerado a cultura política da crise fazendo com que se acredite nas propostas de ajuste e de retiradas de direitos de forma inevitável. Com relação aos planos de saúde acessíveis, algumas entidades têm se posicionado de forma a contrariar suas existências, tais como o Conselho Nacional de Saúde, que considera tal ação como um retrocesso, subvertendo o papel do Estado e ferindo a integralidade da assistência. (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Conforme Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), o governo Temer tem se caracterizado pela sua articulação com o setor empresarial da saúde, visando alterar a política de saúde com o objetivo de criar um sistema de saúde para o Brasil, defendendo uma rede integrada entre o setor público e privado, fazendo com que, basicamente, os empresários tenham banca nos processos de gestão do SUS.

Com a eleição de Jair Messias Bolsonaro para a presidência em 2018, o neoliberalismo e o processo de contrarreformas continuam ganhando espaço no Brasil. Bravo e Menezes (2021) definem que esse governo “representa a radicalização e ofensiva da política ultraneoliberal, com fortes ataques aos direitos sociais e às liberdades democráticas” (2021, p. 145).

A situação do SUS continua sendo crítica, pois essa gestão segue os passos da anterior, aprofundando ainda mais o processo de desmonte do SUS, favorecendo e incentivando a privatização. Tanto que, em seu programa de governo intitulado “O caminho da prosperidade. Brasil acima de tudo. Deus acima de todos”, defende-se a “privatização em geral como forma de alcançar a eficiência econômica, bem-estar, distribuição de renda e o equilíbrio das contas públicas” (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 199).

Seguindo esse raciocínio, o primeiro ministro da saúde de Bolsonaro, Luíz Henrique Mandetta, que tem relação com o setor privado, em seu discurso de posse defende o SUS e seus princípios constitucionais, mas faz a defesa de um setor privado forte e solidário e não define maiores investimentos para a política de saúde, afirmando que o Ministério da Saúde tem um orçamento muito grande (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020). A princípio, propõe o fortalecimento das Santas Casas e a reestruturação dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro. Bravo, Pelaez e Menezes (2020) chamam à atenção que essas ideias remetem a lógica da gestão pública a ineficiência, em comparação a eficiência do setor privado e filantrópico.

Outras medidas apresentadas pelo ministro foram: a tentativa de revisão da política de saúde Indígena, com a justificativa de combater os gastos elevados da política; a nova estrutura do Ministério da Saúde que passou a ser dividida em duas secretarias, a primeira na Atenção Primária a Saúde e a segunda na Tecnologia da Informação – departamento de saúde digital, que incentiva a teleconsultoria, telediagnóstico, tele-educação. A secretária de Gestão Estratégica e Participativa foi extinta e suas atribuições repassadas para um departamento ligado à Secretaria Executiva. A Secretaria de Atenção à Saúde também passou por mudanças,

priorizando a especialização e a criação de um Departamento de Certificação e Articulação com hospitais filantrópicos e privados, estabelecendo a contratualização com o setor privado. Assim como a reestruturação do Departamento de ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis), AIDS e Hepatites Virais, que passou a se chamar Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, juntando ao departamento doenças como hanseníase e tuberculose.

Segundo Bravo e Menezes (2021), todas essas mudanças não foram discutidas com a sociedade e nem com o Conselho Nacional de Saúde, ignorando as perdas que tais mudanças poderiam provocar, demonstrando que o governo não tem interesse em fortalecer a participação social nas tomadas de decisões. Outro exemplo disso foi o Decreto nº 9.759/2019, que acaba com diversos conselhos e colegiados da administração pública federal, estabelecendo novas diretrizes para estes, ignorando que esses “conselhos e colegiados são espaços políticos de participação social e exercício do poder popular, que objetivam aproximar a população do poder decisório sobre políticas” (BRAVO e MENEZES, 2021, p.146).

Em relação à Política de Saúde Mental, as medidas do governo foram marcadas pelo retrocesso, com a redução da relevância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e fortalecendo as Comunidades Terapêuticas; a liberação da compra de eletrochoque; fortalecimento dos manicômios; a desconsideração da política de redução de danos, medidas que apagam os avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica brasileira e a luta do Movimento antimanicomial (BRAVO; PELAZ; MENEZES, 2020).

Outra medida implementada pelo governo Bolsonaro foi a reformulação do Programa Mais Médicos, uma das principais bandeiras do governo de Dilma Rousseff criado em 2013, anunciado em 01 de agosto de 2019 sua substituição pelo Programa Médicos pelo Brasil, com o discurso de torná-lo “mais técnico e menos político”. Segundo Bravo e Menezes, “o que de fato aconteceu foi o desmonte do mesmo com a saída dos médicos cubanos deixando amplas regiões do país descobertas de assistência médica” (BRAVO e MENEZES, 2021, p. 4).

A EC nº 95/2016 foi mantida e a única movimentação do governo para ampliar o orçamento na área da saúde foi em 2020, com a pandemia do coronavírus, após o Decreto de Calamidade Pública que estabeleceu a possibilidade de furar o teto de gastos.

Diante do que foi exposto, fica evidente que nos governos Temer e Bolsonaro o neoliberalismo ganhou ainda mais espaço. O projeto neoliberal trata as políticas públicas dentro de uma perspectiva econômica, em sua capacidade de gerar lucro e movimentar a economia do país, propondo que os serviços oferecidos sejam administrados pelo setor privado. Neste sentido, a política de saúde nos governos abordados foi marcada por contrarreformas, pelo sucateamento do SUS com a falta de financiamento e com o fortalecimento do projeto privatista. Dessa forma a concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde proposto pelo movimento de Reforma Sanitária estão cada vez mais ameaçados e distantes.

Após analisar as mudanças ocorridas na política de saúde nos anos que antecederam à pandemia e compreendendo como estava o SUS quando a pandemia chega ao Brasil em 2020, trataremos a seguir sobre a importância do sistema público de saúde brasileiro no enfrentamento a COVID-19 e a atuação das equipes multiprofissionais de saúde diante dos desafios encontrados.

4 A ATUAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19 EM 2020 NO SUS

Esta seção busca evidenciar a ação das equipes multiprofissionais frente a pandemia da COVID-19, na medida em que o sistema de saúde brasileiro foi desafiado a atender às demandas da crise sanitária, o que impactou diretamente no trabalho de vários profissionais da saúde, o que inclui assistentes sociais.

4.1 A importância do sistema de saúde público no contexto de pandemia e os desafios do SUS em 2020

Embora as doenças infecciosas tenham surgido em diferentes momentos da história, a globalização facilitou a disseminação de patógenos nos últimos anos, levando a pandemias globais. Isso aumenta a complexidade do controle de infecções que têm impactos políticos, econômicos e psicossociais significativos e levam a desafios urgentes de saúde pública, exemplos recentes são os surtos de HIV, Ebola, Zika e H1N1 e o mais recente COVID-19.

O novo coronavírus, causador da doença COVID-19, identificado na China no final de 2019 conforme descrito por Ornell *et al.* (2020), tem alto potencial infeccioso

e sua incidência aumentou exponencialmente. Devido a sua disseminação generalizada foi reconhecido como vírus causador de uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Informações duvidosas e até falsas sobre fatores relacionados à propagação do vírus, período de incubação, abrangência geográfica, número de pessoas infectadas e a taxa real de mortalidade levaram a uma sensação de insegurança e medo na população.

A situação foi agravada por medidas de controle inadequadas e pela falta de mecanismos de tratamento eficazes. Essas incertezas tiveram implicações em vários setores, impactando diretamente no cotidiano e na saúde mental das pessoas. Durante as pandemias, a saúde mental tende a ser afetada em mais pessoas do que as próprias infecções, retrata Ornell *et al.* (2020). Situações epidêmicas similares anteriormente, mostraram que os efeitos na saúde mental podem durar mais e ser mais abrangentes do que a própria epidemia, se levarmos em conta como eles repercutem em diferentes contextos, abrangendo não só a economia, como também o psicológico. Diante disso, nota-se a extrema necessidade da atuação das equipes multidisciplinares, que respondem à necessidade de assistência integral às pessoas acometidas pela doença e pelas sequelas deixadas por ela.

A COVID-19 foi divulgada na sociedade como uma doença democrática. A interpretação médica continua sendo a de que as taxas de infecção, assim como situações graves e óbitos, costumam ser características de grupos com maior risco de infecção e desenvolvimento da doença, que em sua maioria, são pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade social (SILVA, RUIZ, 2012).

No entanto, outros públicos também foram gravemente contaminados. Se ninguém está imune à infecção por COVID-19 e às possíveis complicações, as condições para enfrentá-la são desiguais para diferentes grupos populacionais conforme Silva e Ruiz (2012), que ainda reforça que a população negra é a que mais sofre com doenças que aumentam a gravidade da Covid. O isolamento social foi uma medida pouco eficaz para quem não tem renda ou mora em pequenas áreas com aglomerações frequentes, com destaque para o fenômeno epidêmico: violência doméstica. Mulheres, crianças e jovens são suas maiores vítimas.

A forma como uma organização de saúde é gerida, determina a especificidade dos seus serviços, o número e a especialização dos profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares e a forma como se desenvolvem os processos de trabalho. Sendo assim, de acordo com Silva e Santos (2012), pode-se dizer que

devido à própria natureza humana e à rápida mudança de suas necessidades no curso do adoecimento da saúde, os indivíduos pressionam os serviços de saúde a buscarem novas formas de atendê-los.

Peduzzi (1998) enfatizou que os serviços de saúde que têm como estratégia a estrutura de equipes em sua organização devem considerar a quebra da divisão dos processos de trabalho, permitindo que cada equipe organize e planeje seu trabalho, bem como no trabalho diário. Em relação à composição da equipe de saúde, Matumoto *et al.* (2005) refere que as equipes não se dão pela simples existência de diferentes categorias profissionais, mas pela interação efetiva de diferentes disciplinas e saberes, como elemento de integração.

No entanto, Scharaiber *et al.* (1999) ressalta que um fator importante a ser considerado nessas equipes é que os membros que as constituem trazem autonomia técnica, a desigualdade de poder de suas ocupações, o que cria uma situação de poder que leva a tensões internas, principalmente por parte de alguns profissionais.

Por estar terciário da economia, o trabalho na saúde se diferencia dos demais, pelo fato de lidar direta ou indiretamente com a vida humana nas mais diversas situações, e, nesse caso, qualquer falha pode incorrer em fragilidades graves ou em erros fatais. (SILVA E SANTOS, 2012).

Outra característica do trabalho em saúde mencionada por Calomé (2005) apud Peduzzi (2001), é que seu desenvolvimento se deve principalmente à existência de diversas categorias profissionais que compõem uma equipe multidisciplinar de saúde. A razão para isso é que as expectativas deste trabalho surgem do ponto de vista de que é necessário atender às necessidades do paciente individual e também do coletivo, portanto, é formada a prática do trabalho na coletividade.

Com relação à atuação do SUS diante da pandemia, ficaram evidentes múltiplos problemas que o sistema de saúde brasileiro enfrenta há muitos anos. Ao mesmo tempo, destacou a importância dos princípios da universalidade e centralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) no combate ao vírus no país. Diante disso, no atual cenário enfrentando a pandemia da COVID-19, é importante destacar suas principais fragilidades e fortalezas.

Os sistemas universais de saúde como os conhecemos hoje são recentes na história e foram estabelecidos como tal em meados do século XX, essencialmente após a Segunda Guerra Mundial, em países como Grã-Bretanha, França, Alemanha, Canadá, Suécia, depois Espanha e após o SUS no Brasil (GIOVANELLA *et al.*, 2008).

Em geral, o papel dos sistemas de saúde é resolver os problemas de saúde dos indivíduos, comunidades e países e contribuir para a melhoria da saúde. Mais abstratamente, eles podem ser entendidos como uma resposta social organizada à saúde da população.

No caso da pandemia da COVID-19, é plausível que todos os sistemas tenham ficado sob enorme estresse, pois a sociedade deve responder rapidamente como nunca foi necessário a criar um arranjo equilibrado entre as necessidades coletivas e individuais. Em sua pesquisa Bousquat *et al.* (2021) afirma que ficou claro que a melhor forma de responder a essas novas necessidades é a ação governamental clara e inequívoca a pandemia da COVID-19 e seu enfrentamento no Brasil e em outros países.

Desenvolvendo sua institucionalização de acordo com os princípios e diretrizes definidos na Carta Magna, nesses mais de 30 anos, o SUS criou um modelo de governança no Brasil capaz de conciliar a participação comunitária com a governança descentralizada por meio de conselhos de saúde e conferências, criando comitês intergovernamentais que reúnem pessoas, integrantes deste sistema na esfera federal, estadual e municipal e financiamento tripartite, sendo que oneram os orçamentos da União, estados e prefeituras nas condições da lei, respeitando a autonomia garantida pela constituição e unidades federativas. Nessas questões administrativas, estabeleceram um *modus operandi*, o que significava tomar decisões que afetam todo o sistema, por consenso, por evidência científica (BOUSQUAT *et al.*, 2021).

O modelo de governança, republicano e democrático, vem inspirando o delineamento de outros sistemas nacionais, como os de segurança pública e de assistência social. Segundo esse modelo, os entes federativos dispõem de autonomia, exercendo as competências que a Constituição lhes atribui (BOUSQUAT *et al.*, 2021, p. 19).

Portanto, cabe ao governo federal direcionar o SUS em nível nacional, o que inclui planejar, coordenar, executar e avaliar as ações e operações que afetam a nação, como em casos de epidemias e pandemias. São muitos os desafios que o SUS enfrenta neste momento, e todos eles parecem urgentes. Eles vão desde a definição de modelos de atenção a padrões de gestão, implantação de sistemas de informação em saúde, falta de carreiras nacionais, interfederais e multiprofissionais para os profissionais do sistema, e vários outros (BOUSQUAT *et al.*, 2021).

Esses desafios, embora crônicos, foram exacerbados pela pandemia COVID-19, exigindo uma reinvenção e inovação quase imediata do SUS, principalmente conectividade, capilaridade e integração de serviços e intervenções de saúde. Os atributos desejáveis da resiliência do sistema de saúde segundo Fridell *et al.*, (2020) são financiamento adequado, boas redes de saúde, bom desempenho da força de trabalho, bons sistemas de informação, acesso equitativo à tecnologia de saúde e um forte sistema de liderança, coordenação, governança e regulamentação. A gestão da pandemia no Brasil evidenciou importantes fragilidades nos processos de coordenação e regulação do governo federal em termos de proteção dos interesses da sociedade.

De acordo com Bousquat *et al.* (2021), é fundamental que o governo federal restaure financeiramente o quanto antes nosso sistema universal de saúde e acabe com as restrições de sua capacidade de cumprir integralmente seus princípios e diretrizes constitucionais. A crise causada pela pandemia não pode ser resolvida sem o SUS, que mesmo com recursos insuficientes alcançou resultados importantíssimos salvando milhares de vidas brasileiras.

Diante disso a saúde coletiva no Brasil, permanece limitada às suas difíceis referências à ciência política e entendimentos de teorias políticas que não são mais aplicáveis de acordo com Merhy *et al.* (2022). Nesse contexto, há grandes questionamentos sobre a construção de um diálogo para criar novas realidades socializantes na pandemia, a partir do conceito básico de que “não há como voltar ao mundo de antes” e que temos a oportunidade de dismantelar o paradigma de governança existente em um país que não é *res publica* nem nacional, mesmo que essas novas realidades sejam mal percebidas ou negadas, ou sequer ponham questões importantes para muitas formas de pensar nascidas nos coletivos sociais brasileiros.

A introdução e expansão do SUS permitiu que o Brasil passasse de uma lógica de acesso limitado para uma lógica de acesso integral e universal aos serviços de saúde (MERHY *et al.*, 2022). No entanto, embora esse cenário de extensão dos direitos civis a toda a população tenha sido um avanço significativo e inédito na história brasileira, não foi isento de controvérsias e permanece inacabado. Nos últimos anos, intensificou-se o debate internacional sobre as diferentes abordagens da universalidade da saúde, que se polarizou em direção a propostas de um sistema universal e de saúde universal.

O conceito de universalidade foi, portanto, esvaziado de seu significado original ainda afirma Merhy *et al.* (2022, p.5), um direito universal à saúde para empoderar o setor privado na prestação de seguros e serviços de saúde e o próprio conceito é uma clara tentativa de confundir e capturar a subjetividade. Por outro lado, os sistemas universais consideram a saúde como resultado de vários outros subsistemas importantes, como educação, moradia, trabalho etc.

Há fortes evidências de que os sistemas públicos gerais financiados por impostos, organizados em áreas de rede central em interação com outros serviços de saúde e trabalhando em equipes multidisciplinares, têm melhores resultados de saúde e custos mais baixos. O objetivo de destruir o SUS como um sistema universal, unificado e de qualidade, é oferecer um sistema público de baixa qualidade destinado apenas a quem não pode pagar e em nenhum caso traz lucro ao mercado da saúde. Não é à toa que os detentores de capital da saúde do Brasil tiveram fortunas recordes em 2020 e entusiasmo pelo capital estrangeiro. Sem dúvida, através do conceito de seguridade social, avançamos muito na implementação do sistema público de saúde, relata Merhy *et al.* (2022). No entanto, no Brasil, esse modelo tem se caracterizado como um sistema híbrido que combina direitos decorrentes e dependentes do trabalho (previdência) com direitos gerais (saúde) e facultativos (assistência).

A COVID-19 deve ser vista como uma profunda desconstrutora, que desacomoda nossas certezas incessantemente [...] Com isso, possibilitar a abertura para a construção de um “mundo outro”, no qual a vida em sua multiplicidade é o comum de todos e o único equivalente geral para qualquer posicionamento ético no agir em saúde (MERHY *et al.*, 2022, p.12).

O desenvolvimento do SUS é inegável, mas os esforços anti-SUS continuam os mesmos em governos autoritários, chegando a negar direitos constitucionais. A pandemia aprofunda a discussão sobre a situação do mercado, revelando as razões por trás dos cenários descritos. Os conceitos de nação e estado-nação são completamente separados e as estruturas que eram pré-requisitos do SUS deixam de existir, o que reforça as ameaças à construção do SUS como uma política de estado a serviço de todas as vidas. A pandemia permitiu, assim, que narrativas conservadoras e autoritárias encontrassem terreno fértil para sua disseminação, embora essas histórias sempre tenham existido ao lado de práticas mais cautelosas e focadas na vida dos usuários, elas são bastante marginais em cenários como o atual (MERHY *et al.*, 2022).

Merhy *et al.* (2022, p. 7) destaca alguns exemplos dessas medidas conservadoras e autoritárias durante a pandemia, como médicos que prescreveram tratamentos sem comprovação científica e que apresentavam risco para a saúde do sujeito; equipes de saúde mental resgatando o debate da terapia eletroconvulsiva; as equipes de saúde que deixaram de desenvolver ações gerais de prevenção, pré-natal, cuidado de usuários com condições crônicas ou agudas não Covid-19 e tratamentos odontológicos; e a diminuição de visitas domiciliares.

Pode-se dizer que a pandemia da COVID-19 desmobilizou as redes de proteção e controle social e criou um ambiente favorável para processos decisórios autoritários e centralizadores, sem a responsabilidade justificada pela urgência da saúde. Esse empobrecimento das redes de apoio teve duas consequências: os usuários ficaram vulneráveis aos serviços e muitas equipes perderam a capacidade de trabalho. Diante da pandemia, estamos presenciando um sistema de saúde esgotado e enfraquecido, embora nos últimos 25 anos tenhamos construído uma rede com um profundo conhecimento das conexões locais e um registro consistente e indiscutível no atendimento à comunidade (MERHY *et al.*, 2022).

Comunidades atordoadas recebem informações conflitantes: por um lado sobre distanciamento social, uso de máscaras e medidas de higiene das mãos; por outro lado, negam a pandemia, recusam a vacinação e acreditam em tratamentos ineficazes principalmente por meio de fake news (MERHY *et al.*, 2022).

Tais tensões cercam as equipes, já degradadas por seu papel na crise sanitária, em um círculo vicioso que aumenta sua eliminação e todas as consequências para seus usuários/cidadãos. Ao mesmo tempo, o tratamento em diversas regiões continuou limitado ou suspenso. No entanto, esse foco apenas no número de leitos hospitalares e de terapia intensiva e centros terciários especializados é extremamente limitado, pois a falta de vigilância desencadeia infecção comunitária que culmina em filas hospitalares (MERHY *et al.*, 2022).

Segundo Merhy *et al.* (2022), essas ações não atingiram os resultados esperados, as altas taxas de mortalidade estiveram acompanhadas de um expressivo número de pessoas recuperadas, mas que muitas vezes apresentaram sequelas graves. Os profissionais da saúde se encontraram em um estado de exaustão, convivendo com as consequências da COVID-19 e o sofrimento mental causado por esse contexto. A autora ainda reforça uma revolução violenta em valores tão dominantes em um cenário pandêmico relacionado ao avanço do desmonte das

políticas sociais no Brasil. O novo panorama mundial apresentou novas questões e exigências analíticas para a saúde pública brasileira, campo de saberes e práticas que moldam nosso sistema de saúde desde a década de 1970.

Vimos neste item que a população e o SUS foram atingidos pela pandemia frente às fragilidades que já enfrentavam devido a estrutura social e econômica do Brasil, e a importância do Sistema Único de Saúde para atender a demanda que surgiu. A partir disso, introduzimos sobre o processo de adoecimento causado nos profissionais de saúde tendo em vista a quantidade de pessoas infectadas pela COVID-19 e o excesso de trabalho. A seguir, trataremos sobre as equipes multiprofissionais de saúde, buscando identificar os desafios para as condições de trabalho dos profissionais no contexto da pandemia para responder à problemática central deste trabalho: Quais os impactos da crise sanitária em 2020 para a atuação das equipes multiprofissionais em serviços de saúde?

4.2 Equipe multiprofissional e os desafios da COVID-19 para o trabalho em saúde

Neste último item do nosso trabalho abordaremos sobre a atuação das equipes multiprofissionais de saúde e os desafios encontrados no enfrentamento a COVID-19, analisando também o compromisso ético assumido por esses profissionais. Discutiremos sobre as dificuldades enfrentadas pelas principais profissões de saúde, buscando apoio para isso nas pesquisas publicadas por LUZ e MACHADO JÚNIOR (2022) e QUADROS *et al.* (2020) sobre a enfermagem; VIEIRA *et al.* (2021), MORAIS *et al.* (2020), RODRIGUES, TEIXEIRA e LINS (2021), LIMA *et al.* (2020) sobre a psicologia; SILVA *et al.* (2020) sobre a terapia ocupacional; BOTTURA *et al.* (2021), PAZ *et al.* (2020), DE OLIVEIRA *et al.* (2022), GASTALDI *et al.* (2021) sobre a fisioterapia; e nas publicações feitas pelo CFESS e CRESS para tratar sobre o Serviço Social. Esta pesquisa foi iniciada na experiência de iniciação científica no ciclo (2019-2020) e foi continuada na pesquisa para o TCC, tanto na pesquisa bibliográfica quanto na documental sobre as profissões que estavam debatendo e regulando suas ações para o período pandêmico, através especialmente de seus conselhos profissionais, tendo como referência seus códigos de ética.

Iniciaremos a exposição dos resultados da pesquisa com um resgate sobre o debate acerca da concepção de equipe multiprofissional e de como a pandemia

impactou no cotidiano de trabalho e na saúde das equipes de saúde que atuaram no atendimento aos infectados e tiveram de lidar com o medo do desconhecido e a sobrecarga de trabalho.

O trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais conforme define Peduzzi (2001). Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação.

No Brasil, a pandemia da COVID-19 chegou em um momento em que o governo federal vinha reduzindo significativamente o financiamento e, até mesmo inviabilizando diferentes programas e políticas de proteção social, deixando ainda mais vulneráveis aqueles que já estavam em risco, e, por outro lado, evidenciando as desigualdades estruturais que historicamente caracterizam a realidade nacional. Diante desse contexto, foi necessária uma árdua atuação das equipes multiprofissionais, compostas por enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e assistentes sociais, tendo como objetivo uma assistência integral e de qualidade, visando atender as necessidades de saúde da população acometida pela situação da pandemia. Entretanto, o trabalho árduo destes profissionais expôs e intensificou um outro grande problema: o desgaste físico e psicológico dos profissionais de saúde.

O cotidiano do trabalho das equipes de saúde é caracterizado por muitos obstáculos, garantir o acesso oportuno e com recursos adequados aos cuidados e assistência de qualidade para todos os cidadãos é um enorme desafio. Profissionais de saúde que realizam suas atividades de forma correta e com protocolos adequados melhoram os resultados positivos dos pacientes, conforme Luz e Júnior (2022). Os profissionais de saúde que atuam em hospitais têm atividades caracterizadas por maior comprometimento profissional, pois tomar decisões críticas em um curto período de tempo pode ter efeitos significativos nos pacientes (SILVA E CAMELO, 2014).

De acordo com Teixeira *et al.* (2020), o principal problema de saúde que afetou os profissionais de saúde que atuam na linha de frente, foi o medo de contaminação, por conta da maior exposição com o vírus diante da necessidade de prestar assistência aos pacientes sintomáticos ou diagnosticados com COVID-19 e a falta de

equipamentos necessários para a proteção, demonstrando a vulnerabilidade e o risco aos quais os profissionais podem enfrentar.

Os autores também destacam o sentimento de exaustão físico e mental, ansiedade, estresse, preocupação e depressão entre os profissionais durante o período da pandemia, devido ao aumento da carga de trabalho, convivências com altas taxas de mortalidade, o racionamento de equipamentos de proteção individual, a falta de acesso a respiradores e a outros suprimentos essenciais à saúde. Problemas que não afetam apenas a atenção, o entendimento e capacidade de atenção dos profissionais de saúde, mas também podem ter um efeito em longo prazo em seu bem-estar de uma forma geral (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

A pandemia provocou mudanças nos serviços de saúde que acabaram refletindo na atuação profissional e na relação multiprofissional, pois essas mudanças alteraram a maneira que a atuação e a assistência aos pacientes eram realizadas, exigindo a readequação das atuações profissionais por conta das restrições necessárias para conter a propagação do vírus e manter a segurança dos profissionais de saúde.

Souza *et al.* (2021) destacam que diante da necessidade de diminuir o contato físico e evitar aglomeração nas enfermarias, a realização efetiva da assistência profissional e a realização de intervenções articuladas em equipe foram afetadas. A estratégia adotada foi a atuação remota e acompanhar os usuários por meio de prontuário eletrônico e a discussão multiprofissional foi afetada, já que as visitas multiprofissionais foram suspensas. Mas os autores também destacam que apesar das dificuldades a atuação multiprofissional é muito importante nesse contexto,

[...] A discussão dos casos entre os profissionais componentes da equipe foi tão eficaz a ponto de promover a cura e alta de todos os pacientes tratados, impedindo a contaminação cruzada entre os pacientes suspeitos durante a internação e protegeu a própria equipe de uma possível infecção pelo vírus SARS-CoV-2 (DING *et al.*, 2020 apud SOUZA *et al.*, 2021)

Diante disso, percebe-se a necessidade dos gestores a manutenção da saúde e segurança dos trabalhadores, a partir da implementação de medidas de controle para minimizar ou até mesmo extinguir os riscos existentes no processo de trabalho durante a pandemia. Além de protocolos e recomendações, faz-se necessário abrir um espaço para diálogo com os profissionais no ambiente de trabalho proporcionando condições mínimas para a atuação, com adequado dimensionamento de pessoal,

estrutura física preparada, insumos suficientes, apoio da gerência e capacitações frequentes. Os trabalhadores precisam estar instrumentalizados, partindo de um planejamento institucional que ofereça capacitações contínuas, para lidar com a excepcionalidade que o contexto de pandemia oferece.

Com o objetivo de proteger efetivamente os trabalhadores, a Agência Nacional de Saúde (ANVISA) publicou um memorando técnico sobre medidas preventivas voltadas aos serviços de saúde que promovam a biossegurança dos trabalhadores, este documento inclui a obrigação das instituições de fornecer equipamentos de proteção individual, reorganizar os serviços e processos de trabalho para minimizar a propagação do vírus e tratar adequadamente os pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19. Para tal, os serviços devem preparar o seu pessoal e proporcionar formação contínua sobre todas as medidas preventivas relacionadas ao combate à pandemia, segundo Quadros *et al.* (2020), não adianta simplesmente fornecer equipamentos de proteção individual, é preciso ensinar os profissionais a se vestir e despir, pois este último é o de maior risco de contaminação. Portanto, os serviços de saúde tiveram um papel importante nesse cenário, pois eles também devem fornecer um ambiente aberto, espaço de acolhimento não julgador e não punitivo para o trabalhador relatar quando houver um acidente de trabalho ou risco de infecção viral ou apresentar sintomas respiratórios. Nesse sentido, os trabalhadores devem ser ensinados a avaliar sua própria saúde e procurar sinais de infecção.

Considerando a importância da equipe multiprofissional no cuidado à saúde dos usuários torna-se essencial discutir sobre a atuação profissional no atual contexto, e reconhecendo a contribuição de cada profissional que compõe esta equipe, dentro da especificidade de sua área de conhecimento, no processo de atendimento aos usuários do SUS e sua família, apresentaremos a seguir os principais pontos identificados na pesquisa bibliográfica e documental relacionados ao trabalho das principais profissões e as dificuldades enfrentadas frente à pandemia.

Desde o início da pandemia a participação dos profissionais de enfermagem têm sido peça-chave na condução realizada pelos diferentes sistemas de saúde em todo o mundo. Utilizando de sua competência técnica, estes profissionais têm se desdobrado para atender os *pacientes*³ de forma a oferecer um atendimento

³ Na literatura consultada sobre as profissões da saúde é utilizado o termo “paciente”, que reforça a lógica biomédica e dificulta a visão de direito à saúde. No entanto, no âmbito do Serviço Social a saúde

empático, humano e de qualidade. Atuam direta e indiretamente por meio dos procedimentos realizados, coordenando o grupo de profissionais e os diversos recursos envolvidos. A necessidade de desenvolver atividades de enfermagem assistenciais e gerenciais é definida como requisito básico do enfermeiro, isso requer assumir o papel de líder para garantir a qualidade da assistência, para alinhar os objetivos da instituição com as necessidades da equipe, afirma Cardoso *et al.* (2011).

Portanto, a liderança de enfermagem, ou a falta dela, tem um impacto significativo para a qualidade do cuidado oferecido ao paciente (LUZ e MACHADO JÚNIOR, 2022). Nesse contexto, falar sobre uma situação de risco causada pela pandemia, procedimentos que anteriormente seriam feitos de forma mais segura e tiveram que ser adaptados para a situação pandêmica caracteriza uma das dificuldades encontradas pelas equipes de enfermagem.

Os profissionais da enfermagem têm enfrentado rotineiramente precarização no processo de trabalho e inúmeros problemas no sistema de saúde, como falta de infraestrutura para o atendimento, escassez de insumos, dimensionamento inadequado de pessoal, falta de EPI, jornadas extensas, sobrecarga de trabalho, baixos salários e falta de capacitação, entre outros. Além disso, a categoria continua sendo a única profissão da saúde que não tem carga horária da jornada de trabalho definida legalmente. No Brasil, a maioria desses problemas já existiam, entretanto agravaram-se durante a pandemia. (QUADROS *et al.*, 2020).

Inúmeras reclamações sobre a falta de condições adequadas de trabalho e, sobretudo, a falta de equipamentos de proteção individual, fato que vem adoecendo os profissionais. Nos controles realizados pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), foi identificada a falta de atendimento de mais de 13 mil profissionais durante a pandemia, segundo Quadros *et al.* (2020). A falta de pessoal de enfermagem nas unidades de saúde brasileiras era um problema já existente antes da pandemia, porém, foi agravado pela saída de vários profissionais que estavam contaminados no início da pandemia por falta de treinamento e preparo para enfrentá-la.

De acordo com o Observatório de Enfermagem do Cofen, em 5 de maio de 2020, houve 10.000 notificações de equipe de enfermagem suspeita ou confirmada, um aumento significativo em relação ao levantamento de 27 de abril de 2020. Entre eles, 88 morreram, 215 foram hospitalizados e 9.778 ficaram em quarentena. A taxa de letalidade profissional foi de 2,44%. O número de licenças médicas mais que

é percebida enquanto uma política universal e um direito social de todo cidadão, neste sentido referenciando-os como “usuários de serviços de saúde”.

dobrou em oito dias, enquanto o número de mortos aumentou acentuadamente (QUADROS *et al.*, 2020).

Como parte da equipe multidisciplinar a psicologia também encontrou seus desafios no cenário pandêmico. Em um contexto como esse o trabalho do psicólogo é fundamental, “pois oferece à população intervenções adequadas, realizadas a partir de um acolhimento que busca apoio para os envolvidos, identificando as demandas sociais e áreas comprometidas” (VIEIRA *et al.*, 2021), lidando assim com o processo de adoecimento mental que o contexto de emergência causa. É importante destacar que no Código de Ética Profissional está entre os deveres fundamentais da profissão “prestar serviços profissionais em situações de calamidade pública ou de emergência, sem visar benefício pessoal” (CFP, 2005).

Com o contexto da pandemia as medidas de isolamento, quarentena e distanciamento social se fizeram necessárias para conter a disseminação do vírus, mas, em contrapartida, essas medidas acabam intensificando outros problemas significativos para a saúde mental da população, como raiva, culpa, preocupação, solidão, frustração, desamparo, o medo da morte e o adoecer de entes queridos. Além dos problemas de insônia, estresse, depressão, ansiedade, sintomas obsessivos compulsivos, sobrecarga, exaustão e fadiga (VIEIRA *et al.*, 2021).

Dessa forma, a pandemia do coronavírus evidenciou não só as preocupações com a saúde física da população, como também o sofrimento mental intenso que tem afligido a população e os profissionais de saúde que atuam na linha de frente, o que acaba gerando uma sobrecarga para os psicólogos, diante do aumento da demanda referente aos efeitos negativos do coronavírus na saúde mental da população (MORAIS *et al.*, 2020).

No ambiente hospitalar esse profissional busca minimizar os efeitos na saúde mental que a doença e o processo de hospitalização geram no paciente e na família. E como parte do seu papel na atuação multiprofissional, muitas vezes tem o papel de ser o intermediário entre o paciente, família e equipe. A respeito do papel do profissional da psicologia hospitalar estar centrado em torno dessa “tríade”, que engloba paciente, profissionais da saúde e familiares, o psicólogo no ambiente hospitalar tem como função facilitar a comunicação entre as partes e assim possibilitar com que todas as pessoas inseridas neste processo possam lidar de modo mais saudável com suas emoções e com as experiências vivenciadas na hospitalização (RODRIGUES, TEIXEIRA, LINS, 2021, p.6).

Diante da reestruturação dos serviços hospitalares e os novos fluxos adotados por conta da pandemia, os serviços de psicologia hospitalar também precisaram passar por uma reorganização para realizar suas atribuições, perante a necessidade de distanciamento social e onde os familiares acompanham o tratamento dos internos por outros meios (RODRIGUES, TEIXEIRA, LINS, 2021).

Sendo assim, a psicologia nesta conjuntura veio a contribuir e aparecer de novas formas, o atendimento psicológico sofreu mudanças, onde o uso da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) foi o principal instrumento dos profissionais, como uma forma de evitar o contágio do vírus e atender as demandas da população que busca cuidados (MORAIS *et al.*, 2020).

O atendimento psicológico enquanto modalidade de intervenção sofreu adaptações diante do contexto pandêmico este atendimento foi realizado também via ligação telefônica, contudo, apenas para pacientes que estavam em regime de isolamento, devido o diagnóstico por COVID-19 confirmado ou suspeitos. Os demais pacientes internados eram atendidos presencialmente, estando o(a) psicólogo(a) devidamente paramentado com os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) apropriados (RODRIGUES, TEIXEIRA, LINS, 2021, p. 6).

Como forma de lidar com essa nova realidade o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2020) precisou fazer mudanças em suas resoluções a respeito do atendimento on-line, para que os profissionais da psicologia fizessem esse tipo de atendimento, sendo necessário o cadastro na plataforma E-psi vinculado a seu Conselho Regional de Psicologia (CRP).

Em 2018, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) emitiu a resolução nº 11 de 11 de maio de 2018, que regulamenta a utilização das tecnologias de comunicação para atendimentos psicológicos. Nela, em seu artigo 7º, era vedado o atendimento psicológico a pacientes em casos de urgência e emergência. Contudo, em 2020, o CFP publicou a resolução nº 4, de 11 de março de 2020, acerca dos atendimentos psicológicos através das tecnologias de informação durante a pandemia da COVID-19, no qual suspendeu alguns artigos da resolução nº 11 de maio de 2018, como o artigo 7º, permitindo que pacientes em casos de urgência e emergência pudessem ser atendidos por essas tecnologias (RODRIGUES, TEIXEIRA, LINS, 2021, p. 6).

Em relação às famílias dos pacientes, foi necessário suspender as visitas presenciais, o que abalou a saúde mental do paciente e da família. A solução encontrada foi o atendimento psicológico e visitas familiares de forma remota, por

meio de aplicativos móveis que possibilitaram contato virtual por chamadas de áudio e vídeo (RODRIGUES, TEIXEIRA, LINS, 2021). Lima *et al.* (2020) descrevem que os profissionais da psicologia entravam em contato com a família e apresentavam o serviço que se estendia a todos os membros da família que precisassem de suporte psicológico através do número de telefone fornecido.

Lima *et al.* (2020) destaca em sua pesquisa também que foi ofertado suporte psicológico aos funcionários por meio de atendimento online e do plantão psicológico, através da procura direta por iniciativa do próprio colaborador ou pelo preenchimento de um pré-cadastro. Diante de todo sofrimento físico e emocional, ações reconfortantes e cuidados com a saúde mental são necessários para a equipe que ficou exposta a todas as incertezas que a COVID-19 provocou.

A terapia ocupacional também enfrentou seus desafios. Silva *et al.* (2020), em sua pesquisa destaca as dificuldades que os terapeutas ocupacionais enfrentaram no ambiente hospitalar, relacionadas à assistência prestada aos profissionais, diante do contexto da pandemia. Os profissionais tiveram que desenvolver ações para controlar as diversas situações de emergência e criar condições que facilitassem o trabalho e, sobretudo, o regresso e permanência dos profissionais em diferentes locais, assim como atividades para coordenar o retorno ao trabalho, diante do absenteísmo e problemas de saúde mental entre os funcionários que foram contaminados pelo vírus.

Devido ao alto risco de infecção neste complexo hospitalar, a terapia ocupacional é preferida para realizar procedimentos remotamente por meio de telefone ou comunicação por meio de mensagens eletrônicas e vídeos. Além de atender os trabalhadores, os terapeutas ocupacionais enfrentaram outros desafios durante a pandemia. Estes referem-se, em particular, à interrupção ou despriorização de pacientes com outras condições que os serviços normalmente lidariam e ao apoio aos familiares de pacientes isolados para manter contato e conexões durante a hospitalização, todo esse contexto exige inovação e agilidade.

A fisioterapia foi outra profissão que fez parte linha de frente, contribuindo com a equipe multiprofissional, profissionais que atuam “em todos os níveis de atenção à saúde, [...], prestam suporte nas fases aguda e tardia da doença, desde a assistência ventilatória até a reabilitação” (Bottura *et al.*, 2021, p.161). Um trabalho que auxilia o paciente na prevenção e reabilitação das sequelas provocadas pelo vírus, possibilitando condições de manter suas atividades diárias e seu bem-estar.

O Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, em sua Resolução nº 424/2013, determina que é dever fundamental da profissão, “colocar seus serviços profissionais à disposição da comunidade em caso de guerra, catástrofe, epidemia ou crise social, sem pleitear vantagem pessoal incompatível com o princípio de bioética de justiça” (COFFITO, 2013). E reintegra que nesse contexto de calamidade a negativa de assistência ou abandono de pacientes em estado grave, sem uma justificativa plausível, poderá acarretar responsabilidade ética, civil e profissional, “é proibido ao fisioterapeuta, abandonar o cliente/paciente/usuário em meio a tratamento, sem a garantia de continuidade de assistência, salvo por motivo relevante” (COFFITO, 2013).

Diante das recomendações dos órgãos de saúde para conter a disseminação do vírus, foi recomendado a suspensão de atendimentos ambulatoriais. Para continuar prestando atendimento aos pacientes, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional publicou a Resolução nº 516/2020, que autoriza o atendimento não presencial nas modalidades, teleconsulta, teleconsultoria e telemonitoramento.

Os conselhos profissionais da fisioterapia no Brasil, com o intuito de reduzir a infecção pelo novo Coronavírus, liberaram os serviços de teleconsultas, teleconsultoria e telemonitoramento como ferramentas aplicáveis e reprodutíveis para permitir a supervisão e atenção aos pacientes que necessitam de intervenção clínica. Dessa forma, o contato com o paciente só deve acontecer quando a realização de exame físico ou aplicação de técnicas específicas for necessária (PAZ *et al.*, 2020, p.100).

Na atuação multiprofissional, o papel da fisioterapia é fundamental, pois sua atuação junto com os pacientes vai da fase mais precoce da doença, até os níveis mais graves e no pós COVID-19, contribuindo com a equipe em todas as etapas da doença. Com destaque na assistência respiratória qualificada durante a fase aguda da doença, assim como nas intervenções de reabilitação durante hospitalização (PAZ *et al.*, 2020, p.101).

Diante do desafio imposto pela COVID -19 foi necessário reaprender estratégias de oxigenioterapia e aplicação de ventilação não invasiva, conhecidas por serem eficazes para evitar intubação e, portanto, recomendadas como primeira opção, mas agora sob o risco de dispersão de aerossóis no ambiente e grande potencial de contaminação. Nesse sentido, houve a recomendação de “equilibrar riscos e benefícios”, refere Gastaldi *et al.* (2021).

Em seu estudo De Oliveira *et al.* (2022) reforça os desafios na atuação da fisioterapia no ambiente hospitalar durante a assistência aos pacientes contaminados pelo vírus, destacando a maior integração desses profissionais com a equipe multiprofissional, assim como a necessidade de mais estudo e treinamento por parte da categoria, por se tratar de uma doença desconhecida, “[...] necessidade de dedicar um maior tempo para estudar sobre a patologia, tendo em vista se tratar de uma doença ainda pouco compreendida” (2022, p.6). Assim como a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) por conta da necessidade de ter contato direto com o paciente.

Outro ponto foi à carga de trabalho exaustiva para suprir a demanda nos serviços de saúde, Bottura *et al.* (2021), também expõe essa necessidade, destacando a contratação de profissionais em regime emergencial para atender a demanda, “tendo em vista a legislação em vigor RDC-7, que define a necessidade de um fisioterapeuta para cada 10 leitos de UTI e uma cobertura de 18 horas diárias” (2021, p.161).

Por fim, os autores destacam o relato dos profissionais em testemunhar experiências altamente dolorosas de pacientes, diante de alguns procedimentos invasivos e a insegurança nos atendimentos de pacientes infectados, diante da falta de evidências científicas sobre a doença e sua transmissão e a baixa disponibilidade de EPIs (DE OLIVEIRA *et al.*, 2022).

No que se refere a medicina, o Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou em 16 de abril de 2020 o Parecer nº 04/2020 no qual estabelece critérios e condições para a prescrição de cloroquina e de hidroxiclороquina em pacientes com diagnóstico de COVID-19. O documento determina que cabe ao médico junto com o paciente determinar o tratamento mais adequado, mesmo com o posicionamento contrário da Organização Mundial de Saúde e as pesquisas científicas que comprovam a ineficiência e os riscos colaterais dos medicamentos. O próprio parecer apresenta essa afirmação.

[...] sendo o médico obrigado a relatar ao doente que não existe até o momento nenhum trabalho que comprove o benefício do uso da droga para o tratamento da COVID 19, explicando os efeitos colaterais possíveis, obtendo o consentimento livre e esclarecido do paciente ou dos familiares, quando for o caso (CFM, 2020, p.6-7)

Entendemos que, ao publicar tal orientação, a entidade representativa da categoria dos médicos foi conivente com as falas equivocadas do presidente Jair Bolsonaro que defendeu o uso desses medicamentos contra a COVID-19, ao determinar a autonomia médica e ao livrar os mesmos de infrações éticas ao defender o uso de medicações sem comprovação científica. Vale destacar que os dois primeiros ministros que passaram pelo Ministério da Saúde na gestão de Bolsonaro, Luiz Henrique Mandetta e Nelson Teich, são médicos e deixaram o cargo por discordarem dos posicionamentos e práticas defendidas pelo presidente frente à pandemia, principalmente no que se refere ao uso da cloroquina, conforme reportagem publicada pelo G1 (2021).

Com esse posicionamento o CFM provocou uma insatisfação no meio médico, entre profissionais, pesquisadores e entidades médicas que criticaram e foram contra a omissão do Conselho de não condenar a prescrição desses medicamentos, como a Associação Brasileira de Médicas e Médicos pela Democracia (ABMMD), a Academia Nacional de Medicina (ANM) e o Sindicato dos Médicos de São Paulo (Simesp), que emitiram notas reafirmando a falta de evidências científicas que comprovem a eficácia de tais medicamentos.

Considerando as determinações estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e as normativas publicadas pelos órgãos governamentais, como a Lei Federal nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) publicaram recomendações visando orientar aos assistentes sociais e às instituições empregadoras destes profissionais, seja ela pública ou privada, sobre o trabalho profissional diante da pandemia Coronavírus – COVID-19.

O conteúdo das notas publicadas aborda, em geral, medidas de prevenção e contenção de riscos à saúde da categoria e das/os usuárias/os dos serviços, e ressalta que devem ser garantidas as condições éticas e técnicas do exercício profissional do/a assistente social, em consonância com a Resolução CFESS 493/2006.

É importante situar que está previsto no Código de Ética do/a Assistente Social em seu artigo 3º, alínea d, que é dever do/a assistente social “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades” (CFESS, 2012). Portanto, a atuação profissional

nesse contexto totalmente novo se faz essencial para garantir que a população tenha acesso a benefícios e serviços.

Baracho e Silva (2020) destacam a importância da dimensão sócio-pedagógica do Serviço Social nesse contexto. O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010) apresentando os Parâmetros para Atuação de Assistente Sociais na Política de Saúde, destaca as ações socioeducativas como eixo central da atividade do assistente social, também denominada de educação em saúde. Conforme descreve o CFESS:

O seu enfoque abrange diversos aspectos: informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades tendo por objetivo a democratização da mesma e as necessárias modificações; análise dos determinantes sociais das situações apresentadas pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela equipe (com relação à rede de serviços, perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural dos usuários); análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular (2010, p. 55).

De acordo com Bravo e Matos (2006, apud MATOS, 2020, p. 3), o objetivo da atuação assistente social na saúde é “a identificação os aspectos econômicos, políticos, culturais, sociais que atravessam o processo saúde-doença, para assim mobilizar recursos para o seu enfrentamento”, articulado a uma prática educativa que contribua para a emancipação da classe trabalhadora.

O CFESS destaca que os assistentes sociais detêm autonomia profissional para decidir a forma de atendimento mais adequada para cada situação, desde que respeitando as orientações de prevenção estabelecidas pelo Ministério da Saúde, e prezando sempre pela qualidade dos serviços ofertados e a garantia dos princípios ético-profissionais, sobretudo no que se refere ao sigilo profissional (CFESS, 2020a).

Em relação aos atendimentos de “portas fechadas” para garantia do sigilo, como previsto na Resolução CFESS 493/2006, o CFESS abre a possibilidade de flexibilização durante o período de pandemia, visando minimizar os riscos à saúde de profissional e usuário. Recomendou-se que as visitas domiciliares sejam suspensas ou substituídas por outra forma de atendimento (CFESS, 2020a, 2020b).

Destaca-se que, no atual cenário é fundamental que o espaço de trabalho disponha de internet e telefone, para que as/os profissionais possam, excepcionalmente, acessar aos usuários/as de forma remota. Na impossibilidade do atendimento remoto, orientamos que sejam privilegiadas as intervenções individuais, sendo respeitados os protocolos de prevenção à contaminação por coronavírus (CRESS 11º Região, 2020, p. 5).

As orientações publicadas pelos CRESS chamam a atenção das instituições empregadoras para que cumpram as orientações das autoridades de saúde no que se refere à disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) nos locais de trabalho, liberação dos profissionais que se enquadram no grupo de risco, e para que haja uma reorganização do trabalho ou, se possível, adotem formas alternativas de trabalho não presencial em caso de serviços não essenciais.

Os CRESS também alertaram para estarem atentos às atribuições privativas e competências profissionais regulamentadas pela Lei Federal nº 8.662/93, para que não se submetam a requisições que não são compatíveis à profissão.

A defesa da profissão é dever profissional, e diante de requisições institucionais que sejam incompatíveis com as atribuições privativas e competências profissionais descritas na Lei 8662/1993, o Assistente Social deve apresentar à instituição as normas da profissão, acentuando o porquê não pode se submeter a tais requisições, e evidenciando as atividades que são compatíveis com suas atribuições e competências profissionais que exerce e pode exercer na prestação de serviços à população usuária do serviço (CRESS 9º Região, 2020, p. 8).

Outro ponto a ser analisado é o impacto no mercado de trabalho profissional dos assistentes sociais. Os assistentes sociais no campo da saúde têm sido um segmento da categoria cujas atividades foram ampliadas desde o início da pandemia. Em consequência da emergência de saúde pública decorrente do novo Coronavírus, vários estados brasileiros têm convocado novas contratações, principalmente para profissionais da área da saúde. Vários governos estaduais, a exemplo de Pernambuco, criaram iniciativas emergenciais nunca vistas antes, como os hospitais de campanha, convocando profissionais de saúde e criando assim uma "linha de frente" no combate à doença (SALES *et al*, 2020). De acordo com Matos (2020), o Serviço Social nos hospitais de campanha tem um contributo fundamental na vida dos usuários, sobretudo com referências relacionadas com o acolhimento dos familiares dos doentes e a garantia da socialização das informações sobre o tratamento do usuário.

Além das novas contratações, outra questão que tem impactado no mercado de trabalho dos assistentes sociais são as novas formas de trabalho propostas para esse período de pandemia a partir das legislações publicadas pelo Governo Federal. A Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, estabelece medidas que deverão ser adotados em âmbito nacional para conter a proliferação da COVID-19, as quais estão previstas no artigo 3º desta lei, indicando que estas, quando adotadas, deverão

resguardar o exercício e o funcionamento de serviços públicos e atividades essenciais, definidos através do Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020.

Em 22 de março de 2020 foi publicada a Medida Provisória nº 9271, que vai dispor sobre as medidas trabalhistas que poderão ser adotadas pelas instituições empregadoras “para preservação do emprego e da renda” enquanto durar a pandemia da COVID-19. Esta MP, na verdade, tem por objetivo atenuar o impacto negativo que o isolamento social terá sobre a economia brasileira. Com base no artigo 3º, os empregadores poderão adotar as seguintes medidas:

I - o teletrabalho; II - a antecipação de férias individuais; III - a concessão de férias coletivas; IV - o aproveitamento e a antecipação de feriados; V - o banco de horas; VI - a suspensão de exigências administrativas em segurança e saúde no trabalho; VII - o direcionamento do trabalhador para qualificação; e VIII - o diferimento do recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS (BRASIL, 2020c).

Em nota, o CFESS, entendendo a excepcionalidade deste momento, posicionou-se da seguinte forma:

compreendemos que algumas atividades podem ser realizadas nas modalidades teletrabalho, videoconferência e on-line, para que nossas atividades não sofram descontinuidade. Contudo, entendemos que avaliação social para concessão de benefícios sociais, bem como estudo social e parecer social, não devem entrar no rol dos procedimentos que podem ser executados à distância. Isso, porque a avaliação resultante dessas atividades depende da análise de elementos e circunstâncias concretas da realidade social, que não podem ser inferidos por meio da análise documental, dependendo também de outros procedimentos técnicos que devem ser operacionalizados (CFESS, 2020b, p.4).

Ainda que seja necessário adotar estas novas formas de trabalho para dar continuidade as atividades em tempos de pandemia, notamos que, estas novas formas de trabalho aparecem como um desafio para o trabalho do assistente social, uma vez que o contato direto com o indivíduo e com o meio no qual está inserido é fundamental para a identificação das demandas e para a intervenção profissional. Do mesmo modo, há de se considerar que o uso da tecnologia como ferramenta de trabalho no atendimento ao público usuário, que em geral é uma população vulnerabilizada e não tem acesso às condições mínimas de subsistência, assim como à bens tecnológicos, se coloca como uma dificuldade e limita o trabalho do assistente social.

Como vimos nesta exposição sobre os debates e posicionamentos das profissões de saúde durante a pandemia da COVID-19, os aspectos técnicos e éticos estiveram sempre articulados, além das questões relativas às condições e relações de trabalho. Vamos ressaltar agora alguns aspectos sobre os códigos de ética das profissões da saúde (CEP).

Um estudo realizado por Souza *et al.* (2021) identificou quais profissões elencadas pela Portaria 639/2020 - que dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde", voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19) (BRASIL, 2020e) - mencionam em seus CEP termos relacionados à situação atual de pandemia. Das profissões analisadas, apresentaram em seu código de ética conteúdo que pode ser relacionado à COVID-19: enfermagem, farmácia, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

Quadro 1. Contexto em que os termos “epidemia”, “calamidade” e “catástrofe” surgem nos CEP

Código de Ética Profissional	Capítulo	Artigo	Inciso	Texto
Enfermagem ²⁵	II e III	Artigos 49 e 76	-	Disponibilizar assistência de Enfermagem à coletividade em casos de emergência, epidemia, catástrofe e desastre, sem pleitear vantagens pessoais, quando convocado. Negar assistência de enfermagem em situações de urgência, emergência, epidemia, desastre e catástrofe, desde que não ofereça risco à integridade física do profissional.
Farmácia ¹⁵	II	Art. 11 – O farmacêutico, durante o tempo em que permanecer inscrito em um Conselho Regional de Farmácia, independentemente de estar ou não no exercício efetivo da profissão, deve:	II	Colocar seus serviços profissionais à disposição das autoridades constituídas, se solicitado, em caso de conflito social interno, catástrofe ou epidemia, independentemente de haver ou não remuneração ou vantagem pessoal.
Fisioterapia ¹⁶	II	Art. 9º – Constituem-se deveres fundamentais do fisioterapeuta, segundo sua área e atribuição específica:	V	Colocar seus serviços profissionais à disposição da comunidade em caso de guerra, catástrofe, epidemia ou crise social, sem pleitear vantagem pessoal incompatível com o princípio de bioética de justiça.
Fonoaudiologia ¹⁷	IV	Art. 7º – Consistem em infrações éticas gerais do fonoaudiólogo:	XIV	Exigir vantagens pessoais e profissionais ao disponibilizar seus serviços fonoaudiológicos à comunidade em casos de emergência, epidemia e catástrofe.

Quadro1. Continuação

Código de Ética Profissional	Capítulo	Artigo	Inciso	Texto
Psicologia ²⁰	I	Art. 1º – São deveres fundamentais dos psicólogos:	d)	Prestar serviços profissionais em situações de calamidade pública ou de emergência, sem visar benefício pessoal.
Serviço Social ²¹	II	Art. 3º – São deveres do(a) assistente social:	d)	Participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades.
Terapia Ocupacional ²⁴	II	Artigo 9º – Constituem-se deveres fundamentais do terapeuta ocupacional, segundo sua área e atribuição específica:	V	Colocar seus serviços profissionais à disposição da comunidade em caso de guerra, catástrofe, epidemia ou crise social, sem pleitear vantagem pessoal incompatível com o princípio de bioética de justiça.

Fonte: Souza *et al.* (2021)⁴

Destacam-se nos textos o dever e a responsabilidade do profissional em ofertar seu trabalho à sociedade sem exigência de benefício próprio. De modo mais específico, os códigos de fonoaudiologia e enfermagem definem como infração, respectivamente, a exigência de vantagens pessoais e a negação de assistência nessas situações. Um dado importante a se observar é que nada há no Código de Ética Médica sobre o dever de a categoria prestar assistência médica em situações de calamidade pública ou epidemias.

A pesquisa permitiu identificar que os profissionais de saúde precisaram readequar sua atuação tanto individualmente, quanto no coletivo, na equipe multiprofissional, diante das restrições impostas pela pandemia da COVID-19, que provocou limitações e vulnerabilidades no âmbito profissional e pessoal desses profissionais. Mas mesmo com tantas adversidades, fica claro que o profissional precisa respeitar e seguir as atribuições específicas da profissão, se concentrando na sua área de atuação para que não ocorra uma sobrecarga e consequente cobrança por parte da instituição e da população por algo que não lhe compete. E para proteger e garantir que isso aconteça o Código de Ética Profissional e os Conselhos Federais e Regionais continuam sendo referências para o trabalho profissional nesse contexto cheio de incertezas. Como destaca Matos:

Mesmo em uma situação de calamidade, de uma pandemia, não se pode referendar o discurso de que todos/as devem fazer tudo. Mesmo nessas

⁴ Tabela comitês de ética profissional. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/rzrvdH6m9DwXnP6QvH5kCTG/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

situações devemos nos ater a aquilo que temos competência. Isso resguarda nosso agir profissional e rema contra a sua desprofissionalização (2020, p.3-4).

Diante do que exposto, e considerando a complexidade da pandemia da COVID-19, constata-se que o impacto causado na saúde do indivíduo acometido pela doença, independente da gravidade dos sintomas, requer um olhar multiprofissional, de forma a prover uma assistência integral ao usuário e familiares, permitindo aos profissionais terem uma visão mais ampla perante a situação e pensar coletivamente estratégias para acelerar o processo de recuperação do usuário e para controle da disseminação do vírus.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como finalidade estudar os impactos da crise sanitária em 2020 para a atuação das equipes multiprofissionais em serviços de saúde diante das demandas e dos desafios que o atual cenário trouxe para a organização do trabalho em todos os níveis de atenção da saúde no sistema de saúde brasileiro.

A pandemia da COVID-19, que atinge o Brasil e o mundo, gerou um grande impacto na vida de toda população. Partindo do entendimento de que a saúde está diretamente ligada à forma como a sociedade está organizada e ao modo de produção vigente, e tendo como base a concepção de Determinantes Sociais da Saúde, foi possível constatar que a população que vive em situação de grande vulnerabilidade social esteve mais exposta à contaminação pelo vírus, tendo em vista as condições de vida e trabalho às quais estão submetidas, dificultando a aplicação das medidas de higiene e de distanciamento social necessárias para conter a contaminação pelo vírus.

A partir da análise social realizada percebemos enquanto fator agravante e determinante para o contágio a dificuldade de acesso à saúde e à saneamento básico, e, sobretudo, a necessidade de permanecerem trabalhando em vínculos de empregos precários e na informalidade para prover o sustento de suas famílias, o que contribuiu para a disseminação do coronavírus no Brasil. Dessa forma, as pessoas mais afetadas pelos impactos sociais e econômicos da pandemia são aquelas que há muito tempo já enfrentam as sequelas da desigualdade social existente no Brasil.

Como vimos nesse estudo, o coronavírus escancarou os múltiplos problemas que o sistema de saúde brasileiro vem enfrentando há muitos anos. Desde a introdução do modelo neoliberal no Brasil, o SUS vem sofrendo um processo de desmonte que se tornou mais evidente nos últimos anos. Ao mesmo tempo, a pandemia mostrou a importância dos pilares da universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) no combate ao vírus no país. O SUS, apesar de todas as adversidades, principalmente no que se refere ao seu financiamento, é a política pública mais bem estruturada do país. Apesar das contrarreformas implementadas nos últimos anos pelos governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro, o SUS demonstrou o nível de eficácia de suas ações e sua capacidade de dar respostas diante de uma pandemia global.

Considerando que nesse cenário a efetivação das políticas sociais, especialmente dos serviços de saúde, é essencial para a população, um grande número de profissionais integrou a linha de frente no combate à pandemia do novo Coronavírus no Brasil. A pesquisa destacou a atuação dos profissionais de saúde que atuaram na linha de frente, enfrentando um contexto totalmente novo e cheio de incertezas e desafios, sofrendo com um desgaste físico e mental sem precedentes. Constatamos que os principais fatores que afetaram a saúde física e emocional destes trabalhadores foram: o risco de contaminação, as condições precárias de trabalho, longas jornadas de trabalho, falta de treinamento adequado, escassez de equipamentos de proteção, o medo de contaminar colegas e familiares, além de lidar diariamente com a morte. Esses profissionais precisaram rever e reinventar sua atuação profissional e a forma como se relacionam com os usuários, equipe e família para continuar prestando a assistência necessária à sociedade.

Diante de tudo que foi discutido na pesquisa, fica evidente que o combate da COVID- 19 não se resume apenas à saúde, pois a gravidade da situação envolve múltiplas determinações econômicas, políticas e sociais que mobilizam diversas outras áreas de políticas sociais, uma vez que suas consequências refletiram em todas as esferas da organização da sociedade, sendo necessário a articulação das políticas públicas para conter os danos. Assim como a importância de fortalecer o SUS e preparar os serviços e os profissionais de saúde em casos de pandemias.

Por fim, ressaltamos a importância em discutir os impactos da pandemia para o sistema de saúde e para o trabalho dos profissionais da saúde, assim como sobre seus impactos socioeconômicos, seus efeitos no mercado de trabalho e na vida da população que serão sentidos a longo prazo. Ainda há um longo caminho a ser percorrido, visto que as reflexões colocadas nesta pesquisa ainda são iniciais e diariamente surgem novos indicadores e novos questionamentos a respeito desta temática, havendo muitos pontos a serem aprofundados acerca da pandemia e da vida pós-pandemia.

REFERÊNCIAS

- ABNMD. **NOTA da ABNMD sobre a recomendação do uso da Cloroquina no protocolo do Ministério da Saúde**. 16 de abr. de 2020. Disponível em: <https://abnmd.com.br/wp-content/uploads/2020/12/16maio20cloroquina.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2023.
- ABRAMIDES, M. B. C.; CABRAL, M. do S. R. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. **São Paulo em Perspectiva**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 3-10, mar. 2003. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/P87NC7ZMqpyimgR9t3gBG8yh/?lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2022.
- ANVISA. **Nota técnica nº 04/2020** - GVIMS/GGTES/ANVISA - Orientações para os serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) – atualizada em 25/02/2021 . Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf. Acesso em: 02 jun.2023.
- ANJOS FILHO, N. C. dos; SOUZA, A. M. P. de. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 21, n. 60, p. 63-76, 25 ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YkCPK8N7DMfyNcG8G63L9MP/?lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2022.
- AROUCA, A. S. da S. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1986. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde,1987.
- BARACHO, G. A. de L.; SILVA, M.J. da. Serviço Social e pandemia: interfaces entre educação em saúde e educação ambiental. In: 1ºSIMPÓSIO UFF DE POLÍTICA SOCIAL, 1, 2020, Rio de Janeiro. **Anais do 1ºSimpósio UFF de política social**. Rio de Janeiro: Autografia, 2020. p. 270-279. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/21723>. Acesso em: 13 set. 2022.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: Fundamentos e História**. São Paulo: Cortez, 6. ed., 2009.
- BERTI, C.; HOCHHEGGER, B. The challenges imposed by COVID-19 on the management of diagnostic centers. **Radiologia Brasileira**, v. 54, n. 5, p. 318-320, out. 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rb/a/8LYKMYNgqCjtbMM86yv8nLF/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Mas%2C%20além%20da%20tecnologia%2C%20foi,dos%20serviços%20de%20medicina%20diagnóstica>. Acesso em: 13 set. 2022.

BORBA, P. L. de O. *et al.* Desafios práticos e reflexivos para os cursos de graduação em terapia ocupacional em tempos de pandemia. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 1103-1115, nov. 2020. Editora Cubo. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/Xb7sYYYpBM8grCQSCDnN3dD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2022.

BOTTURA, C. *et al.* Atuação do serviço de fisioterapia nas unidades de terapia intensiva no contexto da pandemia de COVID-19. **Revista Qualidade HC**, v.2, p.160-167, 2021. Disponível em:

<https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/449/449.pdf>. Acesso em: 28 de jan. 2023.

BOUSQUAT, A. *et al.* Pandemia de COVID-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista Usp**, São Paulo, v. 128, n. 128, p. 13-26, mar. 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/185393>. Acesso em: 06 out. 2022.

BRASIL. **Código de Ética do/a Assistente Social e Lei 8.662/93** (10ª edição, revista e atualizada). Brasília: CFESS, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 02 fev. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília (DF), 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 04 nov. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília (DF), 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Brasília (DF), 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em: 19 fev. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.982, de 02 de abril de 2020**. Brasília (DF), 2020a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13982.htm. Acesso em: 26 mar. 2023.

BRASIL. **Lei nº 14.020, de 06 de julho de 2020**. Brasília (DF), 2020b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L14020.htm. Acesso em: 26 mar.2023.

BRASIL. **Medida Provisória 927, de 22 de março de 2020**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2020c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv927.htm#:~:text=MPV%20927&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20medidas%20trabalhistas,%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias. Acesso em: 26 mar. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2020d. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 30 mar. 2023.

BRASIL. O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). **PORTARIA Nº 639, DE 31 DE MARÇO DE 2020**. Brasília (DF), 2020e. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0639_02_04_2020.html. Acesso em: 27 maio de 2022.

BRASIL. **Parâmetros para Atuação de Assistente Sociais na Política de Saúde**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2010.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 07 maio 2022.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, 2006. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo. Acesso em: 30 maio 2023.

BRAVO, M. I. S. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011, p. 15-28.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Saúde na atual conjuntura, a pandemia do coronavírus e as lutas da frente nacional contra a privatização da saúde. In: **Rev. Humanidades e Inovação**, v. 8, n. 35, 2021.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. In: **Rev. SER Social Estado, democracia e saúde**. Brasília, v. 22, n. 46, jan/jun, 2020.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. **As contrarreformas na política de saúde do governo Temer**. Vitória: Argum, v.10, n.1, p. 9-23, jan/abr, 2018.

BRIDI, M. A. **A pandemia COVID-19: crise e deterioração do mercado de trabalho no Brasil**. Estudos Avançados, 34(100), 2020, p.141-166. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/ea/a/3MfRK5yDnzN9HsMzH5bCfqD/?lang=pt#:~:text=A%20pandemia%20da%20Covid%2D19,\(PNAD\)%20realizada%20pelo%20IBGE](https://www.scielo.br/j/ea/a/3MfRK5yDnzN9HsMzH5bCfqD/?lang=pt#:~:text=A%20pandemia%20da%20Covid%2D19,(PNAD)%20realizada%20pelo%20IBGE). Acesso em: 09 jan. 2022.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARDOSO, M. L. A. P.; RAMOS, L. H.; D'INNOCENZO, M. **Liderança Coaching: um modelo de referência para o exercício do enfermeiro-líder no contexto hospitalar**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45 (3), 2011.

CASTRO, J. **Veja a lista de ministros que deixaram o governo Bolsonaro para disputar as eleições**. 2022. Disponível em: <https://www.jota.info/eleicoes/veja-a-lista-de-ministros-que-deixaram-o-governo-bolsonaro-para-disputar-as-eleicoes-31032022>. Acesso em: 07 out. 2022.

CFM. **Parecer CFM nº 4/2020**. Brasília, 16 de abril de 2020. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4>. Acesso em: 14 abr. 2023.

CNDSS. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 1-124.

COFFITO. **Resolução Coffito nº 424, de 8 de julho de 2013**. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2346#:~:text=Artigo%201%C2%BA%E2%80%9393%20O%20C%C3%B3digo%20de,prerrogativas%20assegurados%20pelo%20ordenamento%20jur%C3%ADico. Acesso em: 28 jan.2023.

CNS. **O SUS**. 2009. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus.html. Acesso em: 16 nov. 2022.

CONTI, T. V. **Crise Tripla do COVID-19: um olhar econômico sobre políticas públicas de combate à pandemia**. 2020. Disponível em: <http://thomasvconti.com.br/pubs/coronavirus/>. Acesso em: 09 jan. 2022.

COSTA, A. M.; RIZZOTTO, M. L. F.; LOBATO, L. de V. C. Na pandemia da COVID-19, o Brasil enxerga o SUS. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 44, n. 125, p. 289-296, jun. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012500>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PbzsnQF5MdD8fgbhmbVJf9r/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 set. 2022.

CUNHA, T. G. S. et al. Atuação da equipe multiprofissional em saúde, no cenário da pandemia por Covid 19. **Health Residencies Journal - Hrj**, [S.L.], v. 1, n. 2, p. 1-22, 9 maio 2020. Fundacao de Ensino e Pesquisa em Ciencias da Saude. <http://dx.doi.org/10.51723/hrj.v1i2.37>. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/37>. Acesso em: 13 out. 2022.

DAVIDOVICH, L.; MATTOS JUNIOR, R. B. **Nota conjunta da Academia Brasileira de Ciências e da Academia Nacional de Medicina sobre o uso da cloroquina e da hidroxicloroquina no tratamento da COVID-19**. Rio de Janeiro, 12 de abril de 2020. Disponível em: <http://www.abc.org.br/wp-content/uploads/2020/04/NOTA-DA->

[ABC-E-DA-ANM-SOBRE-O-USO-DA-CLOROQUINA-E-HIDROXICLOROQUINA-NO-TRATAMENTO-DO-COVID.pdf](#). Acesso em: 21 abr. 2023.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Nota política: “O ilegítimo governo Temer e os ataques ao Sistema Único de Saúde”**. Ago. 2016. Disponível em: <https://www.contraprivatizacao.com.br/2016/08/1049.html>. Acesso em: 02 jun. 2023.

FRIDEL, S. *et al.* The loneliness pandemic: Loneliness and other concomitants of depression, anxiety and their comorbidity during the COVID-19 outbreak. **Pubmed Central**, v. 275, n. 1, p. 109-111, out. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7330569/>. Acesso em: 16 set. 2022.

FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES. **Travessia Social**. Brasília (DF), 2016.

Mandetta, Teich e Pazuello: veja como ministros de Bolsonaro enfrentaram o 1º ano da pandemia de Covid. **G1**, 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/03/15/mandetta-teich-e-pazuello-veja-como-ministros-de-bolsonaro-enfrentaram-o-1o-ano-da-pandemia-de-covid.ghtml>. Acesso em: 16 abr. 2023.

GASTALDI, A. C. *et al.* Fisioterapia e os desafios da COVID-19. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 28, n. 1, p. 1-2, mar. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/00000028012021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/hkDNtprKDV5YwYMzsKJxtSc/?lang=pt>. Acesso em: 05 set. 2022.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 521-523, set. 2008. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v24s1/05.pdf. Acesso em: 05 set. 2022.

GONÇALVES, S. Fila por auxílio de R\$ 600 expõe falhas que prejudicam os mais pobres. **A Gazeta**, Vitória, 06 de maio de 2022. Disponível em: <https://www.agazeta.com.br/es/economia/fila-por-auxilio-de-r-600-expoe-falhas-que-prejudicam-os-mais-pobres-0520>. Acesso em: 05 jun. 2023.

HUMEREZ, D. C. de *et al.* Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia COVID-19: ação do conselho federal de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 25, p. 1-10, 28 maio 2020. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.74115>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/74115>. Acesso em: 13 out. 2022.

IAMAMOTO, M. V. **A questão social no capitalismo**. Temporalis, Brasília, ano 2, nº 3, p. 9-32, 2001.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 19 ed. São Paulo: Cortez, 2006, p. 127-240.

JÚNIA, R. **Crise sanitária atinge pessoas em todo o mundo**. EPSJV/Fiocruz, 2016. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/crise-sanitaria-atinge-pessoas-em-todo-o-mundo>. Acesso em: 09 jan. 2023.

LIMA, M. J. V. *et al.* A esperança venceu o medo: psicologia hospitalar na crise do COVID-19. **Cadernos ESP-Revista Científica da Escola de Saúde do Ceará**, v. 14. n. 1, p.100-108, 2020.

LIMA, N. T.; BUSS, P. M., PAES-SOUSA, R. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, 2020.

LUZ, S. R. C.; MACHADO JÚNIOR, C. A percepção de enfermeiros gestores sobre as dificuldades do exercício da liderança no âmbito hospitalar do serviço público. **Research, Society And Development**, v. 11, n. 5, p. 1-10, 11 abr. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28277>. Acesso em: 05 set. 2022.

MARTINS, P. P. **A institucionalização das demandas sociais através da política de saúde no Brasil e a inserção do Serviço Social**. 2014. 116 p. Dissertação de mestrado, FSSO-UFAL, Maceió, AL, 2014.

MATOS, M. C. A pandemia da COVID-19 e o trabalho de assistentes sociais na saúde. In. LOLE, A.; STAMPA, I.; GOMES, R. L. R; (Org.) **Para além da Quarentena: reflexões sobre Crise e Pandemia**. Mórula Editorial: Rio de Janeiro, 2020. p. 237 - 249.

MATUMOTO, S. *et al.* O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 262-268, abr. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692005000200020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/PGjPwn7cPWft3WVkgbvScJz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 set. 2022.

MERHY, E. E. *et al.* Pandemia, Sistema Único de Saúde (SUS) e Saúde Coletiva: com-posições e aberturas para mundos outros. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, p. 1-15, jan. 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KMp7tmkyd5zFzY4SHMY6LsD/>. Acesso em: 23 maio 2022.

MENICUCCI, T. M. G. **A política de saúde no governo Lula**. São Paulo, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZJ3pn4hRCRDMCVhSV9fvngL/?lang=pt>. Acesso em: 09 jan. 2023.

MIRANDA, J. E. B. **O ultraliberalismo enquanto categoria conceitual**. 2020. Disponível em: <https://lavrpalavra.com/2020/12/02/o-ultraliberalismo-enquanto-categoria-conceitual/>. Acesso em: 02 dez. 2022.

MOLINO, M. *et al.* **Wellbeing costs of technology use during COVID-19 remote working: An investigation using the italian translation of the technostress creators scale.** Sustainability, 12(15), 5911, 2020.
<https://doi.org/10.3390/su12155911>.

MORAIS, C. P. T. de *et al.* **Impacto da pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde que trabalham na linha de frente da COVID-19 e o papel da psicoterapia.** Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 1, p. 1660-1668, 2021.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90.** São Paulo: Cortez, 1995. 125 p. Disponível em:
<http://www.unirio.br/cchs/ess/Members/renata.gomes/2020.1/estagio-supervisionado-ii/Bibliografia/complementar/docsity-mota-ana-elizabete-cultura-da-crise-e-seguridade-social-um-estudo-sobre-as-tendencias-da-previdencia-e-da-assistencia.pdf/view>. Acesso em: 07 nov. 2022.

MOTA, A. E. **O mito da assistência social: ensaios sobre estado política e sociedade.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2017. 256 p.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social.** 2 ed. São Paulo: Cortez, p. 15-48, 1996.

NETTO, J. P. **Cinco notas a propósito da “questão social”.** Temporalis, Brasília, ano 2, nº 3, p. 41-9, 2001.

NEY, M. S.; GONÇALVES, C. A. G. **A bipolaridade da crise sanitária: sofismas economicistas é impactos sociais na pandemia do coronavírus.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, V. 30(2), 2020.

OMS. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde.** Rio de Janeiro: OMS; 2011.

ORNELL, F. *et al.* Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Debates em Psiquiatria.** Associação Brasileira de Psiquiatria, v. 10, n. 2, p. 12-16, 30 jun. 2020. Disponível em:
<https://revistardp.org.br/revista/article/view/35>. Acesso em: 05 out. 2022.

PAZ, L. E. S. *et al.* COVID-19: a importância da fisioterapia na recuperação da saúde do trabalhador. **Rev Bras Med Trab.**, v. 19, n. 1, 2021. Disponível em:
<https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v19n1a13.pdf>. Acesso em: 28 jan.2023.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzt/?lang=pt>. Acesso em: 05 set. 2022.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** 1998. 270 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998. Disponível

em:

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiHvvK5l4n-AhUJBrkGHSHMCVEQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Frepositorio.unicamp.br%2FBusca%2FDownload%3FcodigoArquivo%3D455515&usg=AOvVaw0dV3HZO4ofP5d6Eatrt919>. Acesso em: 07 nov. 2022.

PEIXOTO, A. de L. A.; VASCONCELOS, E. F. de; BENTIVI, D. R. C. COVID-19 e os Desafios Postos à Atuação Profissional em Psicologia Organizacional e do Trabalho: uma análise de experiências de psicólogos gestores. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 40, p. 1-18, nov. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003244195>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/4zhgMbKwz7jh4fFGzjdqR6R/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2022.

PEREIRA, P. A. P. **A saúde no sistema de seguridade brasileiro**. In: Ser Social. Brasília: UnB, nº 10, 2002. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7276/1/ARTIGO_SaudeSistemaSeguridade.pdf. Acesso em: 26 nov. 2019.

QUADROS, A. de *et al.* **Desafios da enfermagem brasileira no combate da COVID-19**. *Enfermagem em Foco*, v. 11, n. 1, p. 79-83, jun. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3748/807>. Acesso em: 16 set. 2022.

RIBEIRO, M. L. de B. **O Conselho Federal de Medicina e a COVID-19**. 2021. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/o-conselho-federal-de-medicina-e-a-covid-19/>. Acesso em: 14 abr. 2023.

RIOS, D. R. da S.; SOUSA, D. A. B. de; CAPUTO, M. C. Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista: o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 1-20, 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Y5JFvLzLD3H8sWGLHgc9ZJz/?lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2022.

RODRIGUES, J. V. dos S.; TEIXEIRA, A. C. M.; LINS, A. C. de A. de A. **Intervenções em psicologia hospitalar durante a pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão integrativa da literatura**. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 12, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20288>. Acesso em: 25 jan. 2023.

ROSÁRIO, C. A.; BAPTISTA, T. W. de F.; MATTA, G. C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 44, n. 124, p. 17-31, mar. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012401>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xmZCCHhzYYd7CwZfnsVnTQp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 out. 2022.

SALES, A. L. F. *et al.* A atuação de profissionais do Serviço Social em um hospital de campanha na cidade do Recife. In: 1º SIMPÓSIO UFF DE POLÍTICA SOCIAL, 1., 2020, Rio de Janeiro. **Anais do 1º Simpósio UFF de política social**. Rio de Janeiro: Autografia, 2020. p. 31-39. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/21723>. Acesso em: 13 set. 2022.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TvtKzPc3nZQTskgqLyDL9hv/?lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2022.

SILVA, A. I. A aceleração das contrarreformas no SUS e a transferência de valor ao setor privado pelo governo Temer. **Argumentum**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 51-56, 28 jun. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19497>. Acesso em: 16 out. 2022.

SILVA, C. M. *et al.* COVID-19 pandemic, emergency remote teaching and Nursing Now: challenges for nursing education. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 1-7, 2021a. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200248>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/yHrLzPVB7ZwpDN3QH3FnQkG/?lang=en>. Acesso em: 13 set. 2022.

SILVA, I. M. da *et al.* Trabalho da Equipe Multiprofissional no contexto da COVID-19: diversos olhares, um só objetivo. **Research, Society And Development**, v. 10, n. 3, p. 1-11, 25 mar. 2021b. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13439>. Acesso em: 13 out. 2022.

SILVA, J. J. L.; CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. dos. Política de Saúde e Desmonte do SUS no Governo Temer. **Ser Social**, [S.L.], v. 23, n. 48, p. 191-210, 22 jan. 2021. Biblioteca Central da UNB. <http://dx.doi.org/10.26512/sersocial.v23i48.29324>. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/29324. Acesso em: 06 out. 2022.

SILVA, L. A.; SANTOS, J. N. Concepções e práticas do trabalho e gestão de equipes multidisciplinares em saúde. **Revista de Ciências da Administração**, p. 155-168, 2012. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/2175-8077.2012v14n34p155>. Acesso em: 16 set. 2022.

SILVA, T. N. R. da *et al.* Terapia Ocupacional nos tempos da COVID-19: desafios para o cuidado aos trabalhadores do contexto hospitalar. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [S.L.], v. 31, n. 1-3, p. 1-4, 20 dez. 2020. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v31i1-3pi-iv>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/185540>. Acesso em: 13 set. 2022.

SILVA, V. L. dos S.; CAMELO, S. H. H. **A competência da liderança em enfermagem: conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder.** Revista Enfermagem UERJ, 21(4), 533-539, out.-dez. 2013. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v21n4/v21n4a19.pdf>. Acesso em: 13 set. 2022.

SILVA, W. M. F. da; RUIZ, J. L. de S. A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. 1-8, nov. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/5LqczYMjknqZXGfXfckxTK/?lang=pt>. Acesso em: 05 set. 2022.

SIMESP. **Simesp repudia ação do CFM de endossar o uso de cloroquina mesmo sem comprovação científica.** 24 de abr. de 2020. Disponível em: <https://simesp.org.br/noticiassimesp/simesp-repudia-acao-do-cfm-de-endossar-o-uso-de-cloroquina-mesmo-sem-comprovacao-cientifica/>. Acesso em: 21 abr. 2023.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o sus hoje: impactos e demandas ao serviço social.** Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010, 209p. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9499>. Acesso em: 16 set. 2022.

SOARES, R. C. Governo Temer e a contrarreforma na Política de Saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 24-32, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19496>. Acesso em: 15 nov. 2022.

SOUZA, R. R. de. **O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 45 p.

SOUZA, T. P. de; AVENDANO, C. G.; GOMES, E. COVID-19: o que dizem os códigos de ética profissional?. **Revista Bioética**, [S.L.], v. 29, n. 2, p. 295-303, jun. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422021292467>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/rzrvdH6m9DwXnP6QvH5kCTG/?lang=pt>. Acesso em: 16 out. 2022.

SOUZA, W. S. de et al. **Vivência da Equipe Multiprofissional de Saúde no enfrentamento da COVID-19 em Serviços de Internação Hospitalar.** Research, Society and Development, v. 10, nº. 4, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14048>. Acesso em: 21 fev. 2023.

TEIXEIRA, C. F. de S. et al. **A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19.** Ciência saúde coletiva, 10p, set. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Acesso em: 21 fev. 2023.

TIPOS DE REVISÃO DE LITERATURA. Botucatu: Biblioteca Prof. Paulo de Carvalho Mattos, 2015. 9 p. Disponível em: <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

VIANA, C. de O. *et al.* **Atuação do fisioterapeuta intensivista durante a pandemia de COVID-19: desafios e modificações na prática clínica.** Revista Pesquisa em Fisioterapia, v. 12, 2022. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/4282>. Acesso em 28 jan.2023.

VIEIRA, M. F. *et al.* **O Papel da Psicologia Frente à Pandemia do COVID-19.** Revista em saúde, v. 2, n. 1, 2021.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. **A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada.** Cadernos de Saúde Pública, 2020.