

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

JÚLIA SANTOS BARDINI

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A PANDEMIA DA COVID-19

FRANCA/SP – 2023

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

JÚLIA SANTOS BARDINI

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A PANDEMIA DA COVID-19

Trabalho de Conclusão de Curso sob orientação
da Profa. Fernanda de Oliveira Sarreta no curso
de Serviço Social da Faculdade de Ciências
Humanas e Sociais UNESP – Franca.

FRANCA/SP

2023

Dedico este trabalho a minha avó Nair, que não está mais presente neste plano espiritual, porém foi minha grande fonte de inspiração e força para que eu não desistisse do processo da graduação, sei que onde ela estiver ela está vibrando pelas minhas conquistas e orgulhosa da profissão que escolhi.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a minha mãe que me apoiou desde o primeiro momento que eu escolhi prestar vestibular para Serviço Social e que sempre aguçou meu senso de justiça social através da sua força diante de suas vivências enquanto mulher e mãe. Também agradeço ao meu pai que me deu o suporte necessário para minha permanência na universidade e sempre me incentiva a enxergar novas possibilidades no exercício profissional. Agradeço ao meu irmão por ser meu suporte dentro de casa e por me apoiar e aconselhar nos momentos difíceis e vibrar diante das minhas conquistas. Sou grata a todos meus familiares que acreditaram em mim e estenderam a mão para me ajudar no que eu precisasse.

Agradeço às minhas amigas e irmãs Legado e Mafalda que trilharam o período da graduação ao meu lado e dividiram sentimentos intensos que me amadureceram e ensinaram sobre ser mulher e amiga, obrigada por me acolherem no 623 e tornar especial cada pôr do sol na Francisco de Goya. Também sou grata a Matinê, Bipolar, Bic e Grade que foram parte do meu alicerce em Franca. Vocês tornaram a minha caminhada na universidade mais leve, doce e repleta de momentos inesquecíveis, vocês são família pra mim, sempre levarei cada ensinamento que tive diante de nossas aventuras em um lugar muito especial no meu coração. Aos meus amigos da República Infiltração, obrigada por cada momento de alegria (e caóticos) que vivenciei no lar de vocês.

Também sou grata aos meus amigos de Sertãozinho que puderam observar todo meu progresso ao entrar na faculdade e agora ao conquistar meu diploma. A turma do Méier faz parte da minha rede de apoio e me faz enxergar o melhor que tem da vida, só tenho a agradecer aos divos Gustavo, Donderi, Marcos, Vinicinhas, Saulo e Arthurzinha. Agradeço a minha irmã de alma Jéssica, que desde criança está ao meu lado e aflora meus melhores sentimentos e vivencia comigo os amargores e as delícias da nossa existência, sem seu apoio e ajuda eu não teria chegado até aqui, nossa conexão ultrapassa esse plano espiritual, espero que possamos compartilhar muitas conquistas lado a lado. Também sou grata ao Jean e Moara que mesmo distantes me conhecem e me acolhem de uma forma única e foram essenciais no meu período pré-vestibular.

Sou grata aos meus colegas de trabalho Ana, Miro e Stella que construíram minha visão acerca da profissão, vocês me acolheram e me orientaram da melhor forma na Casa da Juventude. Sou eternamente grata por tudo que vocês fazem e já fizeram por mim e tenho certeza de que grande parte da minha atuação profissional será baseada na admiração que tenho por vocês. Agradeço meu psicólogo Paulo que desde 2017 me dá forças e me faz acreditar que eu sou capaz de tudo aquilo que desejo, além disso sempre provoca as melhores reflexões que me tornam cada dia mais capaz de enfrentar meus medos e traumas.

Por fim, agradeço minha orientadora Fernanda, que além de ser minha professora na graduação foi minha orientadora de estágio e extensão. Durante a pandemia, nos momentos mais difíceis, sentia que compartilhávamos força e resistência para enfrentar a realidade que estávamos inseridas. Sem seu apoio e orientação, este trabalho não seria possível.

“Por um mundo onde sejamos
socialmente iguais, humanamente
diferentes e totalmente livres.”

Rosa Luxemburgo

B246s Bardini, Júlia Santos
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A PANDEMIA DA COVID-19 /
Júlia Santos Bardini. -- Franca, 2023 50 p. : tabs., fotos

Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado - Serviço Social) -
Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências
Humanas e Sociais, Franca
Orientadora: Fernanda De Oliveira Sarreta

1. Serviço Social. 2. Política Pública. 3. Sistema Único de Saúde. 4.
Pandemia. 5. Saúde. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp.
Biblioteca da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca. Dados
fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

RESUMO

O tema sobre o Sistema Único de Saúde durante a pandemia da COVID-19 é relevante atualmente. Mesmo com a forte influência neoliberal sobre o SUS e suas diversas estratégias de favorecimento ao mercado privado, durante a pandemia pode-se afirmar a soberania do SUS e como ele atinge toda a população brasileira. A pandemia evidenciou a insustentabilidade de um sistema que cruelmente, junto a um desgoverno liderado por um presidente genocida, ceifou a vida de milhares de brasileiros. O estudo teve como objetivo refletir sobre a importância do SUS durante a pandemia da COVID-19 e os principais desafios enfrentados pelo sistema nesse contexto. Por meio da pesquisa qualitativa e histórica, através de estudo bibliográfico e documental que envolvem o SUS desde sua gênese até o período pandêmico com uma abordagem intersetorial envolvendo saúde e Serviço Social. Os resultados mostram a construção de um sistema de saúde mais justo e eficiente, público e universal, que sofre os impactos da precarização como política pública e atinge a população usuária dos serviços durante a pandemia.

Palavras Chave: Política Pública. Sistema Único de Saúde. Serviço Social. Pandemia.

ABSTRACT

The theme about the Unified Health System during the COVID-19 pandemic is currently relevant. Despite the strong neoliberal influence on SUS and its various strategies favoring the private market, the pandemic showcased the sovereignty of SUS and its impact on the entire Brazilian population. The pandemic revealed the unsustainability of a system that, together with a government led by a genocidal president, tragically claimed the lives of thousands of Brazilians. This study seeks to deepen the understanding of the importance of SUS during the pandemic and identify the main challenges faced by the system in this context. It also proposes solutions to contribute to the construction of a fairer and more efficient healthcare system. Through qualitative and historical research, including an intersectional approach involving health and social work, this study will explore the issues surrounding SUS from its inception to the pandemic period. The expected outcome is a reflection on the universal public health service to demonstrate the impacts of the precariousness of this policy on the population using the services during the pandemic.

Keywords: Pandemic, Public Policy, Social Work, Unified Health System.

LISTAS DE SIGLAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

APS – Atenção Primária à Saúde

ASCOM – Assessoria de Comunicação do Cartão Nacional

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COES – Centro de Operações de Emergência em Saúde

Cofin – Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

EC – Emenda Constitucional

ENESSO – Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social

EPI – Equipamento de Proteção Individual

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NRF – Novo Regime Fiscal

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEC – Proposta de Emenda Constitucional

PIB – Produto Interno Bruto

PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNI - Programa Nacional de Imunizações

PT – Partido dos Trabalhadores

SasiSUS – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO.....	14
1.1 Criação do SUS e sua finalidade.....	14
1.2 Enfrentamentos do Sistema único de Saúde frente as políticas neoliberais.....	21
2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.....	28
2.1 Pandemia da COVID-19.....	28
2.2 Relação entre população afetada pela Covid-19 e atendimento do SUS durante a pandemia.....	35
CONCLUSÃO.....	44
REFERÊNCIAS.....	47

INTRODUÇÃO

Neste trabalho de conclusão de curso, será abordado a importância do SUS durante a pandemia e como ele atinge toda a população brasileira. O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo responsável por garantir o acesso universal, integral e gratuito à saúde para toda a população brasileira.

Desde sua oficialização, em 1990, o SUS tem sido um importante instrumento de promoção da saúde e de redução das desigualdades sociais no país. No entanto, o sistema enfrenta diversos desafios, como a falta de recursos, a precarização do trabalho dos profissionais de saúde e a falta de investimentos em infraestrutura e equipamentos. Além do mais, o sistema também sofre com disputas de interesses políticos e econômicos.

Com a chegada da pandemia de COVID-19, o SUS se tornou ainda mais essencial para a população brasileira. A pandemia trouxe à tona as desigualdades sociais e econômicas do país, evidenciando a importância de um sistema público de saúde forte e eficiente. Nesse contexto, o Serviço Social tem um papel fundamental na garantia do acesso à saúde e na promoção da qualidade de vida da população usuária do SUS.

A pesquisa realizada neste trabalho tem como objetivo apontar o processo de sucateamento do SUS e como essas mudanças significativas advindas de propostas de governos com bases neoliberais impactam na qualidade de vida dos cidadãos, especialmente a população usuária do serviço público de saúde no período de pandemia.

A pesquisa realizada neste trabalho tem como objetivo responder à seguinte pergunta de pesquisa: "Qual a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) durante a pandemia da COVID-19 e como ele atinge toda a população brasileira?". A partir dessa pergunta, será possível identificar os principais desafios enfrentados pelo SUS no período de pandemia e propor soluções que possam contribuir para a construção de um sistema de saúde mais acessível e universal.

A justificativa da pesquisa reside na relevância do Serviço Social como agente promotor da saúde e garantidor do acesso aos serviços de saúde para a população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). O Serviço Social, enquanto profissão que atua na interface entre as políticas públicas e as demandas sociais, desempenha um papel crucial na garantia dos direitos sociais e na promoção da qualidade de vida da população, especialmente em momentos de crise, como a pandemia da COVID-19.

Nesse sentido, a pesquisa proposta tem como objetivo aprofundar a compreensão da importância do SUS durante a pandemia da COVID-19 na perspectiva do Serviço Social.

Pretende-se, assim, identificar os principais desafios enfrentados pelo sistema nesse contexto e, a partir disso, propor soluções que possam contribuir para a construção de um sistema de saúde mais justo e eficiente.

A importância do Serviço Social na garantia do acesso à saúde para a população usuária do SUS é inegável, pois, além de atuar na resolução das demandas sociais, tem como objetivo promover a autonomia dos usuários, bem como fomentar a participação social e a defesa dos direitos sociais, especialmente em momentos de crise.

Dessa forma, a pesquisa proposta apresenta-se como uma contribuição relevante para o campo de estudo da saúde pública, na medida em que busca identificar as problemáticas que afetam o acesso à saúde da população usuária desde o período pré Constituição Federal de 1988 até o SUS durante a pandemia da COVID-19. Com isso, espera-se fomentar discussões e debates que possam levar à reflexão do modelo universalizador de saúde proposto.

Para isso, será realizada uma revisão bibliográfica atualizada sobre livros, artigos, periódicos, legislações e demais produções acadêmicas que contemplam o tema da pesquisa. A pesquisa nas ciências humanas tem como objetivo alcançar a compreensão e explicar as dinâmicas das relações sociais. A partir da perspectiva dialética é possível compreender as relações entre mundo natural e social vivenciadas pelos sujeitos em questão (MINAYO, 2001). A pesquisa será realizada com autores que tratam da temática de saúde pública não somente do Serviço Social, mas de outras áreas também.

A metodologia dessa pesquisa bibliográfica será qualitativa, assim a análise se concentrará em procedimentos básicos, tais como: estudos do tema de maneira histórica do SUS, da política de saúde e de assistência social e intersectorialidade, da pandemia da Covid-19 e temas afins; reflexões e sistematização de informações. A perspectiva histórica terá grande relevância, visto que a mesma é objeto de estudo para as ciências sociais (MINAYO, 2001).

A fim de construir mudanças significativas na qualidade de vida dos cidadãos evidenciados nesta pesquisa, sendo eles a população usuária do serviço público de saúde no período de pandemia através da indagação que motiva o profissional a questionar a realidade e buscar conhecimentos aprofundados para as respostas dos problemas enfrentados não só pela categoria profissional do Serviço Social (BOURGUIGNON, 2007). Será realizada a revisão bibliográfica atualizada sobre livros, artigos, periódicos, legislações e demais produções acadêmicas que contemplam o tema da pesquisa. Assim esta pesquisa tem caráter exploratório e conta com a perspectiva do materialismo histórico dialético.

A pesquisa nas ciências humanas tem como objetivo alcançar a compreensão e explicar as dinâmicas das relações sociais. A partir da perspectiva dialética é possível compreender as relações entre mundo natural e social vivenciadas pelos sujeitos em questão (MINAYO, 2001). Para obter a noção de totalidade do assunto é preciso uma análise interdisciplinar entre saúde e Serviço Social, para abranger aspectos simultâneos e sucessivos dos fenômenos (MINAYO, 2001).

Dessa forma, o estudo será realizado com autores que tratam da temática de saúde pública não somente do Serviço Social. Além disso, a criticidade é fator essencial para a pesquisa na área das ciências humanas, assim como explicita Deslandes (2001) sobre o motivo pelo qual a pesquisa deve ser crítica: “[...] porque devemos estabelecer um diálogo reflexivo entre a teoria e o objeto de investigação por nós escolhido;” (p.33).

Assim como evidenciado por Minayo (2001), o processo da construção da pesquisa implica uma reunião de técnicas, que são compostas não apenas do saber teórico, mas são ligadas ao pensamento empírico e análise da realidade. Toda pesquisa se inicia com uma indagação, por meio dela é possível resgatar suas problemáticas passadas para compreender o contexto atual e apresentar conclusões que sejam aplicadas ao presente. (MINAYO, 2001. p.15)

A partir da análise dessas produções, será possível identificar as principais problemáticas que envolvem o SUS desde sua gênese até o período pandêmico através de uma abordagem histórica e qualitativa de forma intersetorial, visto que a pesquisa qualitativa é uma abordagem que busca compreender a complexidade dos fenômenos sociais, culturais e políticos, levando em consideração as perspectivas dos sujeitos envolvidos (MINAYO, 2001). Já a abordagem histórica permite compreender as transformações sociais, políticas e econômicas que influenciaram a construção do SUS ao longo do tempo.

Diante da análise dos dados coletados, será possível refletir sobre o SUS a fim de demonstrar os impactos da precarização dessa política pública que atinge a população usuária dos serviços de saúde durante a pandemia.

A pesquisa também abordará as problemáticas das parcerias entre o setor público e privado na garantia do acesso à saúde. Além disso, será tratado sobre a importância do Serviço Social na promoção da saúde e na garantia do acesso universal aos serviços de saúde. Por fim, a pesquisa apresentará conclusões e recomendações que possam contribuir para a melhoria do SUS e para a promoção da saúde da população brasileira.

1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

1.1 Criação do SUS e sua finalidade

Após a conquista constitucional de 1988, tendo o direito à saúde garantido na Seguridade Social ao lado da Assistência Social e da Previdência Social, mas especificamente no capítulo “Da Ordem Social” em que se encontra o *Artigo 196 da Constituição Federal* “A saúde é 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” houve a consolidação do acesso universal à saúde através do SUS na década de 90.

A implementação de um Sistema Único de Saúde tem sua importância ao garantir não apenas o tratamento ou prevenção de doenças, mas sim a melhora na qualidade de vida por meio de políticas sociais e econômicas. Além disso, a gestão e implementação das políticas que garantem o serviço devem partir de ações participativas e municipalizadas, para que cada região e população tenham seus interesses e necessidades atendidas visto que cada região tem necessidades específicas devido as demandas presentes no território.

A ausência da percepção da saúde como direito faz parte do percurso histórico brasileiro e pode ser relacionado com seu modo de produção baseado no extrativismo, herança do colonialismo europeu imposto por uma elite dominante. Paim (2007) cita em sua tese que os direitos conquistados no país, ao longo de sua construção, são vistos como privilégios e não como direitos universais (TEIXEIRA, 1985, p.91 *apud* PAIM, 2007, p.97). Sendo, que esses mesmos direitos são conquistados a partir de reivindicações populistas e através da concepção de como a saúde impacta na execução do trabalho, tornando explícito o interesse do capital na execução do trabalho e na manutenção da mão de obra, não necessariamente na qualidade de vida do trabalhador.

A saúde após a Constituição Federal de 1988 traz uma perspectiva marcante na seguridade social, trazendo afirmação e extensão de direitos sociais, dando destaque para:

a universalização; a concepção de direito social e dever do Estado; o estatuto de política pública à assistência social; a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais, com destaque para os conselhos e conferências. (CFESS, 2010, p.17)

Anteriormente à criação do Sistema Único de Saúde, o Estado financiava massivamente os “seguros de saúde” em que era estimulado as empresas a contratarem esses

serviços privados a seus funcionários, as instituições aderiram ao projeto recebiam desconto fiscal no imposto de renda (PAIM, 2007. p. 17) , ao ampliar o serviço público de saúde esse setor privado foi prejudicado. Para romper com o aspecto privado e o acesso universal à saúde, cria-se a Reforma Sanitária, que tem caráter democrático, visto que sua elaboração se iniciou em 1986, um ano após a reconquista democrática posterior ao período ditatorial.

O modelo de saúde pública existente anteriormente ao SUS era acessado apenas por aqueles que contribuem com a previdência, sendo assim aqueles que não tinham suas contribuições previdenciárias regulamentadas não tinham acesso aos serviços. Paim (2007) define esse momento da seguinte forma:

O sistema de saúde era formado por um Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social, cuja provisão de serviços se dava por meio de institutos de aposentadoria e pensões divididos por categoria ocupacional (p. ex., bancários, ferroviários etc.), cada um com diferentes serviços e níveis de cobertura. As pessoas com empregos esporádicos tinham uma oferta inadequada de serviços, composta por serviços públicos, filantrópicos ou serviços de saúde privados pagos do próprio bolso. (p.17)

É possível refletir que a parte que mais necessitava do acesso aos serviços de saúde, como as pessoas desempregadas ou inseridas em trabalhos precários e informais e em situação de vulnerabilidade econômica e social, ficavam distantes das políticas de saúde e dependiam de hospitais universitários e instituições filantrópicas, já que os mesmos não contribuem com a previdência. (DANTAS, 2020, p. 164 *apud* MATHIAS, 2018). É necessário ressaltar que a movimentação por um sistema público de saúde iniciou suas discussões por meio da classe trabalhadora, dando enfoque para o movimento sindical (PAIM *et al*, 2011). Um dos motivos pelo qual a reforma de saúde pública brasileira sofreu mudanças foi em razão da crise econômica tida na previdência social, em que a parte pública era financiada integralmente pelo Estado.

A Cartilha “SUS: A saúde do Brasil”, elaborada pelo ministério da saúde em 2011 nos traz algumas comparações pré e pós à constituição de 1988. Após a construção da Constituição Federal de 1988, o financiamento da saúde passou a ser 20% da esfera privada e 80% pública, além disso, anteriormente apenas 30 milhões de brasileiros tinham acesso aos serviços de saúde, através da reforma, mais de 152 milhões de cidadãos puderam utilizar o serviço integralmente. Um destaque importante a ser feito é em relação ao significado de saúde enquanto direito, anteriormente, sinônimo de saúde era tido como “ausência de doença” e após a implementação como direito, se torna “qualidade de vida” (Ministério da Saúde, 2011, p. 8).

Na conjuntura em que foi apresentado o modelo de saúde pública, após a redemocratização e criação da constituição, houve a preocupação da não estatização total dos serviços, para que assim o setor privado ainda tivesse suas garantias de mercado, por isso para abranger o interesse da classe dominante e da classe trabalhadora, foi necessário uma coligação de forças para a criação do sistema, assumindo “um limite de respeito à ordem e às regras do jogo democrático que expressaria um compromisso entre as classes pelo não golpe (burguesia) e por um caminho pacífico para o socialismo (trabalhadores) (DANTAS, 2017).”

Acontece, que após alguns anos em vigência, a estatização total do sistema passou de ser o ponto central da discussão sobre financiamento do SUS, demonstrando que não havia como o sistema realizar suas funcionalidades sem a co-participação do sistema privado. A proposta se inverteu no processo de financiamento do SUS e no lugar de receber uma complementação do setor privado abriu uma brecha para que o privado fosse beneficiado pelos investimentos e o SUS fosse sucateado, característica que foi assistida nos tempos de ditadura quando o Estado “patrocinou” a iniciativa privada em diversos setores, como construção civil e saúde. (DANTAS, 2020, p. 171) Outro ponto a ser discutido, foi a ineficiência do Estado em gerenciar os limites do incentivo privado. (DANTAS, 2020, p. 173). Além disso, com a expansão do mercado e privilégios cedidos a bancos e empresariado, pelos governos petistas, demonstrou o avanço da iniciativa privada e o detrimento do público.

A Reforma Sanitária teve sua elaboração na 8ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília em 1986, em que o lema principal foi “Saúde é um direito de todos e dever do Estado” (CNS, 1986). Entre as principais pautas estavam “saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde.” (PAIM, 2007).

Segundo Abrasco (1985 *apud* PAIM, 2007) foi entendido entre os presentes na CNS que havia uma onda neo-liberal sendo disseminada pelos seguros de saúde privados além do interesse de bancos que pudessem barrar a garantia de direito à saúde, por isso era necessário ter a saúde como um ponto de vista político a fim de garantir a saúde como qualidade de vida. Dessa forma representantes sindicais, partidos políticos, igrejas e sociedade civil participaram ativamente para que a garantia do direito à saúde fosse conquistado.

A Conferência proporcionou a criação de elementos teóricos, científicos e técnicos, sendo assim a “a questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.” (BRAVO, [s.d.], p.9). Um dos aspectos a ser abordado pela Reforma Sanitária foi a garantia e universalização das políticas sociais, a fim de reforçar que os determinantes sociais

influenciam diretamente na saúde física do trabalhador. Desta forma é possível entender a necessidade e importância da intersectorialidade construída dentro do SUS, para a promoção e garantia de direitos dos sujeitos atendidos (CFESS, 2010, p.19).

Diante dos itens apresentados somados ao processo redemocratizador que se iniciava nesse período, houve reforços por meio de aparatos jurídicos a necessidade da universalização de políticas públicas, já que o país vivenciava uma crise econômica advinda das políticas do período ditatorial.

O país vivia uma imensa desigualdade social e com a necessidade de elaborar uma nova constituição foi indispensável acoplar os interesses da classe trabalhadora ao novo conjunto de leis do país. (BRAVO, [s.d.], p.10). Neste período de redemocratização a frente das ciências humanas tomou partido nas decisões sobre direitos humanos e políticas públicas, dentre elas o Serviço Social se destaca, visto que os movimentos não se isolam, pelo contrário, eles se complementam. Algumas pautas do Serviço Social e da Saúde se complementam neste período, por exemplo: “Estado, direitos sociais, prática institucional e políticas públicas.” (KRUGER, 2010, p.127). Além disso, ao lado da consolidação da política pública de saúde em 1988 através da Carta constitucional, também acompanhou o SUS a Assistência Social e Previdência, formando então o tripé da Seguridade Pública (IAMAMOTO, 2013, p.123). A Reforma Sanitária esboça um movimento societário, assim como explica Tania Kruger (2010, p.128), foi um momento recheado de contradições políticas, porém visava a garantia de um direito fundamental. A autora traz em seu artigo uma citação de Sergio Arouca (1987, p.36):

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema, político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como a violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo. (KRUGER, Tania, 2010, p.128 *apud* AROUCA, Sergio, 1987, p.36)

A partir da reflexão proposta por Arouca, é possível compreender que para a efetivação de direitos no âmbito da saúde requer condições objetivas de vida – como educação, saúde, trabalho – para que sejam concretizadas de forma qualitativa e quantitativa as ações em prol da saúde. Essa perspectiva amplia a compreensão da saúde não apenas como ausência de doenças, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

Nesse sentido, o Serviço Social desempenha um papel fundamental na promoção da saúde, pois atua na garantia do acesso aos direitos sociais e na melhoria das condições de vida da população. Por meio de ações de acolhimento, escuta qualificada, orientação e encaminhamento, os profissionais de Serviço Social contribuem para a efetivação dos direitos no âmbito da saúde.

Além disso, é importante considerar a interdisciplinaridade como uma prática fundamental no trabalho do Serviço Social em saúde. A colaboração com outras áreas, como a medicina, enfermagem, psicologia, entre outras, permite uma abordagem mais completa e integral dos problemas de saúde, considerando não apenas os aspectos biológicos, mas também os sociais, culturais e econômicos.

A Reforma Sanitária é composta pela participação da sociedade civil, evidenciando as demandas mais importantes dos usuários da saúde e como a sociedade estava politicamente organizada no período pós ditadura, mostrando que a reforma sanitária não se trata apenas de um segmento de política pública de caráter universal, mas também se trata sobre poder de decisão (NOGUEIRA E MIOTO, s.d, p.8-9). Assim, escutar as demandas propostas por esse segmento é importante para definir políticas que acessem as reais necessidades daqueles que utilizarão do serviço.

Desta forma pode-se interpretar a importância do Serviço Social, que tem contribuído para a construção de uma concepção ampliada de saúde, que considera não apenas a ausência de doenças, mas também as condições de vida, trabalho, moradia, lazer, alimentação, entre outros aspectos que interferem na saúde física e mental da população.

O trabalho do assistente social no SUS é pautado em uma perspectiva crítica e reflexiva, que busca compreender a complexidade da realidade social e seus determinantes através da escuta qualificada das demandas dos usuários do SUS para assim trabalhar na elaboração e implementação de políticas públicas de saúde, na organização e gestão de serviços de saúde, na articulação com outros setores e na promoção da participação e controle social.

O conceito de controle social na Reforma Sanitária tem um caráter diferente do conhecido na década de 60, antes tinha-se a percepção de que o estado controla seus cidadãos através do “sanitarismo campanhista” por meio do autoritarismo e discriminação da população a fim de combater endemias, porém esse conceito sofre mudanças na década de 80 e “passou a significar o controle da sociedade organizada sobre o Estado, exercido por meio de instrumentos democráticos, tais como os Conselhos e as Conferências de Saúde e outros mais.” (NOGUEIRA E MIOTO, [s.d.], p.9). Sendo possível compreender a importância da

participação popular neste movimento e como ele foi essencial para a construção das políticas públicas na esfera da saúde.

Em 1990 oficialmente o SUS foi implantado no mandato presidencial de Fernando Collor de Mello, mesmo com a sua perspectiva privatizadora a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS, em que em sua disposição preliminar aponta no Artigo 1º: “Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado”. No Título I das Disposições Gerais é possível identificar a garantia e a conquista do direito universal à saúde pelos cidadãos brasileiros:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, 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. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

No momento da transição democrática sabia-se que apresentar um sistema de saúde 100% estatal não passaria entre as bancadas de decisão e além disso não condizia com o momento atual vivenciado no país, o que deveria ser feito era normatizar e fiscalizar como essas parcerias com o setor privado se manteriam dentro do serviço público (DANTAS, 2020, P.168). Era necessário colidir forças para demonstrar união entre as demais ideologias que compunham o governo, pode ser feita uma analogia com o mandato de Luiz Inácio Lula da Silva em 2023, que busca uma perspectiva estratégica a fim de coligar forças e reconstruir aquilo que foi prejudicado por um governo de extrema-direita.

A perspectiva de um Sistema Único de Saúde era ampliar os serviços focados apenas na assistência médico-hospitalar e sim na garantia da qualidade de vida considerando toda a realidade do indivíduo, do seu posto de trabalho até sua moradia. Assim, explica o Ministério da Saúde (2011):

O SUS não é apenas assistência médico-hospitalar. Também desenvolve, nas cidades, no interior, nas fronteiras, portos e aeroportos, outras ações importantes como a prevenção, a vacinação e o controle das doenças. Faz vigilância permanente nas condições sanitárias, no saneamento, nos ambientes, na segurança do trabalho, na higiene dos estabelecimentos e serviços. Regula o registro de medicamentos,

insumos e equipamentos, controla a qualidade dos alimentos e sua manipulação. Normaliza serviços e define padrões para garantir maior proteção à saúde. (p.9)

Normalizar e criar padrões dentre os serviços, é uma característica que se destaca entre os princípios do SUS, ela propõe uma melhora na qualidade de vida de seus usuários, a fim de diminuir as desigualdades no âmbito do acesso à saúde.

A intensificação do Neoliberalismo passa a amplificar as chamadas "contrarreformas" (NORONHA; SOARES, 2001, p. 449) que financiam o detrimento das políticas sociais, junto a essas reformas que propagam a desigualdade e com caráter de “salvação” de todos os problemas nacionais, está o desemprego e consequentemente o aumento da pobreza e crescimento das expressões da questão social (NORONHA e SOARES, 2001). Assim, como já presente na constituição, políticas sociais e econômicas têm impacto na saúde da população.

Os chamados seguros de saúde que são os convênios médicos, têm grande apoio por parte do Estado, mesmo com a criação do SUS eles se consolidaram no mercado por meio de incentivo fiscal, assim a imagem de detrimento da responsabilidade do Estado é formada a partir dos serviços médico-hospitalares de baixa qualidade oferecido pelo Estado em relação aos privados.

Nos grandes centros urbanos o Sistema Único de Saúde (SUS) foi sendo paulatinamente esvaziado em favor do crescimento do mercado de planos de saúde, ficando como usuário do Sistema, preferencialmente, aqueles que não podiam pagar, ou seja, os trabalhadores informais, os terceirizados e mal remunerados, isto é, formados em grande parte por mulheres e negros periféricos (Guarany, 2020, p.32)

Cabe salientar que a parte da sociedade que se insere nesses planos de saúde, é a chamada “Classe Média” que está cada vez menos com poder aquisitivo no país (NORONHA; SOARES, 2001, p. 449). Esse mesmo público que acessa os serviços privados utilizam serviços de alto custo do SUS, como: hemodiálise, vacinas e transplantes (PAIM *et al*, 2011, p.20).

Além disso, é uma característica dos países latino-americanos que a atenção primária à saúde seja de responsabilidade do setor privado, porém as de média e alta complexibilidade, que exigem maior demanda tecnológica ficam ao encargo do Estado que detém esse tipo de tecnologia e provê lucro aos fornecedores. (MENDES e CARNUT. 2020, p.13).

1.2 Enfrentamentos do Sistema único de Saúde frente as políticas neoliberais

No início dos anos 90 inicia-se fortemente a campanha para desestatizar a economia e romper com quesitos nacionalistas que implicavam numa imagem pejorativa do governo, assim “Romper com o passado e construir um presente alinhado com as determinações da ordem econômica globalizada passaram a ser a meta maior do Estado no sentido de colocar o Brasil na corrida para o desenvolvimento nos moldes neoliberais.” (MOURÃO *et al.*, [s.d.], p.2). O período em que o país passa a adotar os princípios do neoliberalismo é contraditório, pois na constituição é assegurado diversos direitos tidos como básicos, como educação e saúde, porém em sua essência o Estado tem como objetivo privatizar os serviços oferecidos pelo mesmo, assim surge a dúvida de como as políticas públicas serão administradas.

Com a falta de normatização e fiscalização da parceria público-privado, mostra-se um avanço das políticas privadas ao redor das políticas de saúde, fazendo com que o Estado minimize sua ação a favor de um projeto 100% público e estatal (DANTAS, 2020, p.174). A tradição corporativa do Brasil se concentra na segmentação dos interesses financeiros e políticos, sem levar em conta a formulação de um programa de ação integrado que possa unificar vários setores com objetivos semelhantes em torno de metas comuns. Isso resulta na fragmentação da articulação de interesses e na falta de percepção da dimensão pública das demandas sociais (MOURÃO *et al.*, [s.d.], p.3)

Durante o período de 1991 a 1994, Fernando Collor de Mello implementou uma política neoliberal com o objetivo de reduzir a máquina administrativa e o Estado ao mínimo possível. Embora a privatização de empresas estatais fosse apresentada como uma forma de limitar os gastos públicos, na prática, houve uma redução de gastos em todos os setores do governo, incluindo o da saúde. Isso ocorreu mesmo com a Constituição de 1988 garantindo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. A opção neoliberal que se tornou hegemônica no Brasil durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) revisou o papel do Estado e seu peso na economia nacional através da Reforma Gerencial do Estado, implementando a redução estatal para o chamado estado mínimo e ampliando os espaços em que a regulação ocorre por força das relações de mercado. Neste governo foi posto em prática a ideologia neoliberal que afluía e ganhava conceitos no país. Desde então, muitas mudanças ocorreram na política de saúde no Brasil. (MOURÃO *et al.*, [s.d.], p.6)

As ações citadas abriram caminho para a iniciativa privada dominar a área da saúde, que passou a ser tratada como uma mercadoria negociada pelo empresariado do setor. A grande quantidade de planos privados de saúde, cooperativas de serviços, grandes hospitais

privados especializados, bem como a destinação de recursos públicos para custear esses empreendimentos, transformaram a política de saúde em uma prática remunerada e de acesso restrito à população. (MOURÃO *et al*, [s.d], p.7).

Essa mercantilização da saúde representa um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípio fundamental a universalidade e igualdade no acesso aos serviços de saúde. A crescente influência do setor privado na área da saúde cria um cenário de desigualdades, onde apenas aqueles que possuem recursos financeiros podem ter acesso a serviços de saúde de qualidade.

Além disso, a privatização da saúde também coloca em risco a sustentabilidade do sistema público de saúde. Com a destinação de recursos públicos para o financiamento de empreendimentos privados, há uma diminuição dos investimentos no SUS, comprometendo sua capacidade de atender às necessidades da população de forma ampla e igualitária.

Diante desse contexto, é fundamental que o Serviço Social atue como agente promotor da saúde e defensor do SUS, buscando garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. O profissional de Serviço Social tem um papel importante na articulação entre as políticas públicas e as demandas sociais, atuando para garantir a efetivação dos direitos sociais e a promoção da qualidade de vida da população.

Desde o governo de Fernando Collor de Mello, que perpassa o golpe sofrido por Dilma até o governo ilegítimo de Michel Temer, não houve investimento no âmbito da seguridade social e consequentemente na saúde, apenas a inserção de contra reformas constitucionais com o objetivo de favorecer o setor privado (MENDES e CARNUT, 2018).

Foram raros os momentos em que a perspectiva de um SUS totalmente estatal foram criadas, entre esses momentos, estão os governos petistas, que na década de 70 o partido esteve a frente de vários assuntos abordados pela esquerda e inclusive da reforma sanitária, por isso houve uma esperança de que o Partido dos Trabalhadores em uma posição de destaque poderia resultar no processo de emancipação do SUS. Ao ter Lula eleito em 2002 pelo PT, foram proclamados discursos embasados na Reforma Sanitária, que apresentavam a valorização do público e estatal, dando enfoque na melhora da saúde da população brasileira na importância de se manter um sistema público de saúde. Porém, no segundo mandato de Lula (2007-2010) as tensões econômicas mundiais atingem nosso processo de emancipação do SUS, e o flerte entre o Estado e bancos e demais corporações econômicas é ancorado. (DANTAS, 2020 p. 175-177)

Já no mandato de Dilma Rousseff (2011-2014), não havia apenas a tensão relacionada à crise econômica vivenciada no mundo e consequentemente no país, a turbulência que o país

adentraria seria relacionado a política. Em 2013 iniciam-se diversos protestos e movimentos, como o “Passe Livre” e “Saúde Padrão Fifa” pressionou o governo a autorizar uma medida que permite o investimento estrangeiro na área da saúde, escancarando a mercantilização da saúde. Além disso, mais tarde os movimentos reacionários da direita começaram a se apropriar dos argumentos e demandas dos protestos citados acima e o utilizaram como estratégia para implementar e justificar o golpe contra a presidenta Dilma que viria a sofrer impeachment. (DANTAS, 2020, p. 177).

Em 2016, no primeiro ano do governo Temer, foi elaborada uma política fiscal que mostrou de imediato as características econômicas neoliberais do novo presidente, a chamada Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95). O objetivo desta EC é congelar o financiamento público por 20 anos, de 2016 à 2020 o SUS perdeu cerca de 17,5 bilhões em financiamento (MENDES, CARNUT *apud* FUNCIA, 2020 p. 14). Essa medida tem gerado impactos significativos na oferta e qualidade dos serviços de saúde, especialmente para as populações mais vulneráveis.

A EC 95 contém o Novo Regime Fiscal (NRF) que “estabeleceu a limitação constitucional dos gastos públicos por até duas décadas” (MENEZES et al., 2019, p.61). Essa ação limita as despesas primárias em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) mesmo que ocorra a ampliação das receitas, ou seja, “Dessa forma, mesmo que aumente a arrecadação federal, não haveria mais investimentos nas áreas sociais.” (MENEZES et al., 2019, p.63).

O desfinanciamento dos serviços públicos afeta os pilares constitucionais, desconstruindo as propostas elencadas na Constituição Federal de 1988 por desestimular seguimentos da seguridade social, tais como a assistência social, a saúde e a previdência. Em relação ao SUS a Assessoria de Comunicação do Cartão Nacional de Saúde (ASCOM CNS, 2020) aponta que:

Com o orçamento congelado por 20 anos, o prejuízo ao Sistema Único de Saúde pode ultrapassar R\$ 400 bilhões”, afirma o presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Fernando Pigatto, com base em estudo elaborado pela Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (Cofin) do CNS. (ASCOM CNS, 2020)

Concomitantemente com a delimitação dos gastos públicos na área da saúde pela EC 95 ocorre o estímulo da privatização, conforme ressaltado pelos estudos de Ana Paula do Rego Menezes, Bruno Moretti e Ademar Arthur Chioro dos Reis (2019, p.68):

Como falar de um sistema universal ou de saúde como direito de cidadania com um SUS tão encolhido? [...] teremos, objetivamente, caso persistam as ações de desfinanciamento, um SUS cada vez menor, precarizado, equivalente a cerca de um terço do que hoje é capaz de disponibilizar à população brasileira. São premissas que apontam para o retorno de um sistema de saúde excludente, para poucos.

Esse incentivo ao setor privado ocorre devido a “regressividade do sistema tributário brasileiro[...] por meio do aumento da renúncia da arrecadação fiscal” (MENDES et al., 2018, p.1113) e fomenta a distinção de classes através da disponibilidade e capacidade dos serviços de saúde ofertados.

A racionalidade dessa política é, portanto, a defesa de interesses específicos e é ainda um veículo para corroer a democracia e fortalecer o poder corporativo no sistema político. Essa perspectiva traz luz para a realidade brasileira, na qual as medidas de austeridade acontecem em um período de extrema instabilidade política e de aumento das tensões de classes. Nesse contexto, a austeridade opõe as vítimas dos cortes (principalmente a parcela mais pobre da população) aos perpetradores dessas políticas (o sistema financeiro, as elites econômicas e um governo subserviente). (ROSSI, 2019, p.08)

Presente também no governo Bolsonaro a EC 95, conhecida pela PEC da morte, continuou estruturando a concorrência baseada em um mercado regulador do Estado. O sucateamento do SUS prosseguiu sendo observado pelo setor privado e instigado pelo desgoverno de Jair Bolsonaro, com seus ideais de extrema direita e ideologias neo-fascistas. Bolsonaro ainda saúda os tempos de chumbo da ditadura, ele nega o caráter ditatorial da época e se apoia no discurso imperialista norte-americano, exaltando um eleitorado de grandes empresários e militares das forças armadas, camada populacional que consegue ter benefícios apesar da desestruturação da saúde e privatização crescente.

O SUS não sofre apenas com a pressão do capital nacional, o sistema de saúde vem sendo atacado até mesmo pelo Banco Mundial, o mesmo afirma que o Brasil “gasta muito” com saúde primária e deixa o setor de média e alta complexidade, que requer maior tecnologia e gastos para o setor privado (MENDES e CARNUT, 2020, p.14). Essas reflexões são advindas da crise que o capital vem sofrendo através da acumulação fictícia. A mercantilização da saúde, nesse contexto, é um reflexo dessa lógica, onde os serviços de saúde são tratados como commodities negociadas pelo setor empresarial.

Com o sucateamento do SUS sendo observado pelo setor privado e instigado pelo desgoverno de Jair Bolsonaro, candidato da extrema direita que assumidamente possui ideais neo-fascistas e saúda os tempos de chumbo da ditadura, negando o caráter ditatorial da época. Além disso, Bolsonaro se apoiou no discurso imperialista norte-americano e sua rede de apoio acima de seu eleitorado, foram os grandes empresários e parte das forças armadas.

Uma das ações tomadas por Paulo Guedes, Ministro da Economia, no governo de Jair Bolsonaro, é a destinação de verba aos municípios para a realização da APS¹ (Atenção

¹ A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental como a primeira linha de cuidados no Sistema Único de Saúde (SUS). Seu objetivo principal é promover a prevenção e fornecer cuidados abrangentes e contínuos à saúde da população. A APS atua como a porta de entrada, sendo responsável por oferecer

Primária à Saúde), apoiado através do “Programa Previne Brasil”. O cálculo a ser feito para a destinação de verba utiliza como parâmetro as pessoas que estão inscritas no Cadastro Único, ou seja, aquelas que recebem até 2 salários mínimos e são classificadas como baixa renda, beneficiárias de programa de transferência de renda (Bolsa Família) ou BPC (Benefício de Prestação Continuada). A fim de identificar os mais pobres e focar em um serviço assistencialista. Assim, a verba destinada aos municípios é menor e demonstra um ataque direto ao principal objetivo do SUS: “O acesso universal a Saúde”. É preciso ressaltar que o SUS não é destinado apenas a uma classe de pessoas, até mesmo porque esses indivíduos nem sempre são visíveis aos olhos do Cadastro Único e muitas vezes não são assistidas pelos programas de Saúde da Família e demais políticas públicas, porém o acesso ao SUS é universal. (MENDES e CARNUT, 2020, p.16-18).

Desde os governos petistas têm-se a perspectiva de focar nas pessoas com maior vulnerabilidade econômica devido à pressão desfinancialista do SUS. Essa perspectiva é considerada “anti-política” pois a política pública é acessada por meio de grau de pobreza e não por direito consolidado, fato que descaracteriza uma política universal, tornando-a individualista e com atuações pontuais que pouco mexem nas estruturas de quem as utiliza (BRAVO, [s.d.], p.21). Assim explicita o CFESS (2010):

O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou, apesar de alguns avanços, como o acesso de camadas da população que antes não tinham direito; o sistema de imunização e de vigilância epidemiológica e sanitária; os progressos na alta complexidade, como os transplantes, entre outros. (cfess, 2010, p.22)

Através dessa análise pode-se compreender que o serviço de saúde pública desde sua criação é destinado a pessoas que não podem pagar, deixando de ter um caráter universal, pois aqueles que podem arcar com gastos de saúde procuram seguros de saúde. Isso explica o motivo pelo qual o serviço detém pouco investimento e mal gerenciamento, pois as pessoas que utilizam do mesmo não têm significância e influência diante do Estado (CFESS, 2010, p.21-22).

Um dos métodos avaliativos da política de saúde atualmente é por meio de relatórios de produtividades gerado pelos municípios, que foca no quantitativo e não no qualitativo, isso

atendimento inicial, encaminhamentos e acompanhamento em saúde, visando garantir um cuidado integral e acessível a todos.

implica na transparência das avaliações e além disso não mede a eficiência dos serviços. A bonificação dos melhores desempenhos é feito através de aumento de salário, isso faz com que as chamadas “Ilhas de Excelências” que são áreas mais populosas e com mais fácil acesso aos serviços de saúde sejam privilegiadas com recursos financeiros e as áreas mais remotas de difícil acesso ficam em desvantagem e reclusas de maiores investimentos, já que o foco está na quantidade e não na qualidade. (MENDES e CARNUT, 2020, p. 19 *apud* CARNUT e NARVAI, 2016).

Uma das consequências do novo modelo de APS é a condição trabalhista daqueles que integram o sistema, há um incentivo para que os municípios realizem uma extensão do horário de serviço prestado à população, mas pouco se fala sobre hora extra e plano de carreira para trabalhadores da área da saúde. “Parece que a aposta do novo modelo premiará a intensificação da superexploração da força de trabalho em saúde” (MENDES e CARNUT, 2020, p. 20). A frase citada instiga a pensar que o serviço não aumenta na proporção da qualidade. Quem arcará com as consequências dessa exploração além dos trabalhadores, serão os atendidos que ficarão privados de serviços executados com qualidade e eficiência.

A partir de 2016, o SUS passou a sofrer um intenso desmonte, assim como diversos outros setores que promovem serviços básicos gratuitos e de qualidade, mas esse desmonte é um reflexo de toda a desunificação da classe trabalhadora diante das lutas. Os momentos de militância dos anos 80 por uma melhora das condições da vida da classe trabalhadora, refletiram na criação de diversos serviços, como por exemplo o SUS. Após a expansão da onda neoliberal, tornou-se inviável pautar um sistema de saúde 100% estatal com a consciência política e de classe da sociedade atual. Foi naturalizado o pensamento de que o público é ruim diante das diversas problemáticas que o sistema apresenta ao atender a população. Além disso, a falta de regulação do Estado com uma “inocência” ao achar que o empresariado se contentaria apenas com as beiradas dos investimentos no SUS ajudou a consolidar esse modelo de saúde que tende a privatização (DANTAS, 2020, p.179-181)

Para enfrentar essas políticas, é necessário fortalecer o SUS e ampliar o financiamento público da saúde. Além disso, é preciso promover a participação social na gestão do sistema e garantir a universalidade e equidade no acesso aos serviços de saúde. Para isso, é fundamental que haja um maior envolvimento da sociedade civil na luta pela defesa do SUS e dos direitos sociais em geral.

Algumas medidas que podem ser tomadas para ampliar o financiamento público da saúde e fortalecer o SUS são: Revisão da Emenda Constitucional 95, que congelou os investimentos públicos em saúde por 20 anos; Aumento da arrecadação de impostos, com a

criação de impostos sobre grandes fortunas e a revisão das isenções fiscais para setores econômicos privilegiados; Criação de mecanismos de participação popular na gestão do SUS, como conselhos de saúde e conferências nacionais de saúde.

2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

2.1 Pandemia da COVID-19

Ao final de 2019 surge na China um vírus desconhecido que ocasiona problemas no sistema respiratório com alta capacidade infecciosa e se espalhou rapidamente pelo mundo, em Janeiro de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) convocou uma reunião através do Comitê de Emergência para discutir os perigos ao redor desse novo vírus e sua potencialidade de se alastrar de maneira global. Ao final de Janeiro, já haviam sido confirmados casos na Europa e nos Estados Unidos. No dia 30 de Janeiro, a OMS faz um comunicado e informa que o mundo está vivenciando uma pandemia, sendo ela a primeira do século XXI. (MATTA, 2021, p.28)

Por fim, a pandemia da COVID-19 chegou ao Brasil, revelando a profunda desigualdade social que assola o país há tempos. Além disso, é importante reconhecer que o Sistema Único de Saúde foi alvo de dismantelamento ao longo dos anos, embora também seja necessário destacar as resistências que surgiram nesse contexto. Diante desse cenário desolador provocado pela pandemia nos países pelos quais já se espalhou, o Brasil se depara com imensas dificuldades ao vislumbrar um futuro tranquilo. As consequências dessa crise sanitária são amplificadas pelas profundas desigualdades sociais que marcam a realidade brasileira, tornando mais grave a situação. (MATOS, 2020, p.2)

Após o comunicado global, ficou a critério dos países adotarem medidas recomendadas pela OMS para a contenção do vírus. Mesmo com os diversos alertas dos perigos do novo vírus e de sua capacidade infecciosa, as festividades de carnaval ocorreram normalmente no Brasil e então na Quarta-feira de Cinzas, no dia 26 de fevereiro, foi detectado o primeiro caso da doença. O infectado era um homem branco de 61 anos que acabava de voltar de uma viagem da Itália (Ministério da Saúde, 2020). Já no dia 12 de Março aconteceu a primeira morte, uma mulher de 57 anos residente em São Paulo que trabalhava como empregada doméstica (Tv Brasil, 2023).

Ao analisar essa sequência de acontecimentos, é possível perceber como o vírus iria atuar diante da questão social, visto que o primeiro paciente a ser infectado teve seus primeiros cuidados em um hospital particular renomado de São Paulo e a vítima fatal teve seu atendimento em um hospital municipal da capital paulista (VERDELIO, 2020). A pandemia não tem aspecto universal, ela se intensifica a partir das particularidades advindas de gênero, raça, cor, classe, ambiente e relações sociais (MATTA, 2020).

Um dos obstáculos a serem enfrentados pelo Ministério da Saúde, que tem a funcionalidade de mediar as questões sanitárias, foi a gestão presidencial, uma gestão apoiada pelos detentores dos meios de produção e investidores do mesmo. Nada pior para administrar um país em uma pandemia do que um presidente anticiência com influências neoliberais e princípios fascistas. Suas respostas e medidas para a pandemia foram regadas de negacionismo e incentivo de medicamentos sem eficácia para a doença (BRETTAS, 2020, p.11-13).

As primeiras medidas a serem divulgadas pela OMS para o contingenciamento do vírus foi o distanciamento social, que indica que as chances de contaminação são menores quando se está a 1 metro de distância ou mais do infectado, uso de máscara em ambientes compartilhados e o isolamento social (OMS, 2020). Vale ressaltar que essas medidas ajudam a evitar, mas não significa que são 100% eficientes. Logo que as orientações foram divulgadas à população pelos meios de comunicação, surgiu o movimento “FIQUE EM CASA”.

Porém, ficar em casa significa não preencher o posto de trabalho, ou seja, o mercado produtivo entraria em crise sem seus operários. Além disso, ficar em casa é um aglomerado de questões codependentes, sendo elas: moradia, alimentação, condições sanitárias e geração de renda (CORREIA, 2020). Nem todos tiveram o direito básico à prevenção, como por exemplo a População em Situação de Rua, que nos indaga: como ficar em casa sem uma casa? Somaram-se cerca de 7,8 milhões de pessoas sem casa no Brasil (CORREIA, 2020, p.10 *apud* BONFIM, 2019).

Os empresários pressionaram o governo, que sempre se mostrou disposto a atendê-los, e assim foram contrariadas evidências científicas que influenciaram a população a se expor ao vírus e cumprir com sua carga horária de trabalho. Além disso, causou desespero no Ministro da Economia, Paulo Guedes, que sempre fez discursos sobre minimizar o público e fortalecer o privado. O momento em questão trazia a responsabilidade do Estado sobre a vida dos trabalhadores. (BRETTAS, 2020, p.14).

Segundo Guarany (2020, p.29): “[...] em função do descontrole na disseminação do novo coronavírus, expôs a fragilidade do discurso dos que defendem o mercado como capaz de tudo prover a uma sociedade: saúde, segurança, educação e trabalho”. A autora em seu texto “O Rei está nu! Ou como um vírus expôs a falácia e a desproteção social no Brasil contemporâneo.” traz dados indicando que os países que não adotaram o isolamento social e se renderam ao mercado como “salvador”, foram os mais prejudicados pelo contágio do vírus, que provocou a morte e a hospitalização de milhares de pessoas, como por exemplo a

Itália que em menos de 1 mês após o decreto oficial de pandemia, tinham 135.500 doentes e 17.100 mortos pelo coronavírus. (GUARANY, 2020, p.30)

A pandemia não foi a principal responsável pelo momento de crise econômica no Brasil e no mundo, ela apenas escancarou como o capitalismo age acima daqueles que não estão no topo dos privilégios.

A pandemia coloca em xeque o atual modelo econômico e social no mundo e seus sistemas de saúde mercantis. Expõe o fracasso das tentativas de enfrentar as crises do capitalismo por meio do neoliberalismo e do ultraliberalismo, mais recentemente. O Estado máximo para o capital tem provocado a destruição da natureza, o aprofundamento da precarização do trabalho e o aumento exponencial da pobreza. O capitalismo, na sua fase de financeirização, é devastador, pois em plena pandemia, em que o desemprego e a miséria crescem, os ricos ficam mais ricos e os bancos acrescem seus lucros. (CORREIA, 2020, p.12).

Outra recomendação proposta pela OMS e que não foi seguida, foi a testagem em massa, que possibilitaria identificar os pontos de contágio nas regiões e tentar frear a disseminação do vírus. Essa proposta não foi aderida pelo Governo Federal, foi alegado que não havia verba o suficiente para a compra dos testes e nem mesmo para pagar os funcionários que iriam executar os testes e analisá-los, diante desse problema, no início da pandemia esperava-se apenas identificar apenas 15% dos casos (GUARANY, 2020, p. 33).

O ex-presidente Jair Bolsonaro, chegou a dizer que o vírus não passava de uma “Gripezinha”, debochou diversas vezes da doença e dos meios de prevenção e negligenciou o isolamento social e uso de máscaras (MATOS, 2020, p.2). Veja a seguir as imagens que contém as tabelas que indicam os número de casos e óbitos ocasionados pela Covid-19, ou como o ex-presidente costumava dizer “Apenas uma gripezinha”. Essas imagens foram retiradas do portal online do Ministério da Saúde em uma aba focada no Coronavírus, atualmente nessa tabela podem ser encontrados com transparência todos os dados referentes à pandemia:

Imagem 1 – Tabela referente aos casos e óbitos por região do Brasil no ano de 2020.

Região	População	Casos novos notificados na semana	Casos Acumulados	Incidência covid-19 (100 mil hab)	Óbitos novos notificados na semana	Óbitos Acumulados	Taxa mortalidade (100 mil hab)
Totais	210.147.125	210.167	7.675.973	3.652,67	4.154	194.949	92,77
Sudeste	88.371.433	83.963	2.688.086	3.041,80	2.005	89.229	100,97
Sul	29.975.984	49.513	1.358.823	4.533,04	984	22.099	73,72
Nordeste	57.071.654	42.373	1.896.157	3.322,41	556	47.748	83,66
Norte	18.430.980	16.355	859.150	4.661,45	307	18.025	97,80
Centro-Oeste	16.297.074	17.963	873.757	5.361,43	302	17.848	109,52

Fonte: Site do Ministério da Saúde: Informes sobre Covid-19. https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html

A Imagem 1 demonstra o início da pandemia, o momento em que não sabia-se muito sobre o vírus porém já haviam medidas que poderiam ser utilizadas para evitar o aumento da incidência de casos e óbitos que vem a acontecer no ano de 2021.

Ao analisar a proporção de habitantes de cada região com os dados de contágio e óbito, há uma grande diferença refletida na região centro-oeste, que mesmo sendo a região menos populosa, foi a segunda região que mais acumulou número de casos confirmados e óbitos, com enfoque no ano de 2020 (Imagem 1) em que a taxa de óbito e de contaminação foi maior que o sudeste que possui uma população 4,4 vezes maior que o centro-oeste.

Imagem 2 - Tabela referente aos casos e óbitos do Estado de Goiás no ano de 2020.

UF	Q	População	Casos novos notificados na semana	Casos Acumulados	Incidência covid-19 (100 mil hab)	Óbitos novos notificados na semana	Óbitos Acumulados	Taxa mortalidade (100 mil hab)
Totais		7.018.354	0	1.955.047	27.856,20	0	28.346	403,88
GO		7.018.354	0	1.955.047	27.856,20	0	28.346	403,88

Fonte: Site do Ministério da Saúde: Informes sobre Covid-19.

https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html

O destaque em meio a região Centro-Oeste deve ser dado ao estado de Goiás, que apresenta números significativos, como por exemplo a taxa de mortalidade de 403,88 a cada 100 mil habitantes no ano de 2020 e um percentual de 27,8% de incidência de covid-19.

Cabe salientar, que o aumento de contágio da doença se deve ao relaxamento das medidas de prevenção do vírus que foram instigadas pelo poder legislativo e executivo do estado através da pressão exercida pelo empresariado, isso se deve ao fato de que a região Centro-Oeste é considerada o “Celeiro do País”, em que o agronegócio é o principal fomentador do PIB regional. (OLIVEIRA *et al.*, 2020, p.7)

Assim, pode-se ter a dimensão do impacto que o empresariado tem sobre a vida dos cidadãos que foram submetidos a se exporem ao vírus para cumprir com suas jornadas de trabalho e consequentemente garantirem sua renda, mas não necessariamente sua sobrevivência. Além disso, através da reflexão pautada é possível compreender o motivo pelo qual o SUS deve ser descentralizado e seus serviços devem ser de acordo com a regionalidade a ser atendida.

Imagem 3 – Tabela referente aos casos e óbitos por região do Brasil no ano de 2021.

Região	População	Casos novos notificados na semana	Casos Acumulados	Incidência covid-19 (100 mil hab)	Óbitos novos notificados na semana	Óbitos Acumulados	Taxa mortalidade (100 mil hab)
Totais	210.147.125	52.895	22.287.521	6.941,30	632	619.056	201,59
Sudeste	88.371.433	14.669	8.662.788	6.749,99	239	294.659	232,20
Nordeste	57.071.654	12.271	4.950.096	5.341,07	164	120.019	126,50
Sul	29.975.984	14.615	4.348.954	9.955,54	89	97.519	251,33
Norte	18.430.980	5.703	1.923.911	5.768,77	81	47.548	159,99
Centro-Oeste	16.297.074	5.637	2.401.772	9.364,44	59	59.311	254,21

Fonte: Site do Ministério da Saúde: Informes sobre Covid-19.
https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html

Ao analisar as tabelas, pode-se concluir que 2020 e 2021 (Imagem 1 e 3) foram os anos com mais taxa de letalidade da doença, em 2021 (Imagem 3) a proporção era de 201,59 mortos a cada 100 mil habitantes. Em 2021 a pressão do empresariado se fortalecia.

Além das desigualdades sociais e econômicas que são determinantes para seguir as recomendações de prevenções, como ficar em casa e manter determinados padrões de higiene, também houve uma dessincronização de normativas a respeito de isolamento social e os chamados “*lockdown*”². Com a falta de posicionamentos advindos do Governo Federal com embasamento científico, gerou-se uma polarização dentre os Estados e Municípios. Assim, houve uma nova onda de contágio após o relaxamento das medidas restritivas de circulação nos meios urbanos, desencadeando números exorbitantes de óbitos. (SIQUEIRA *et al.*, 2022, p.4).

Porém, neste mesmo ano marcado por embates políticos e econômicos acerca da vacina, inicia-se a vacinação por meio do PNI (Programa Nacional de Imunizações) que gera resultados nos números indicados na Imagem 4 e 5.

²Ao realizar esta pesquisa não foi encontrado na íntegra a “Nota Técnica nº 4/2020/DIRAD-DIDES/DIDES” , apenas comentários sobre a mesma em sites midiáticos e em publicações de cunho acadêmico.

Imagem 4 – Tabela referente aos casos e óbitos por região do Brasil no ano de 2022.

Região	População	Casos novos notificados na semana	Casos Acumulados	Incidência covid-19 (100 mil hab)	Óbitos novos notificados na semana	Óbitos Acumulados	Taxa mortalidade (100 mil hab)
Totais	210.147.125	210.930	36.331.281	6.680,93	1.159	693.853	35,57
Sudeste	88.371.433	96.425	14.407.277	6.499,25	638	333.330	43,74
Nordeste	57.071.654	25.867	7.206.999	3.951,86	249	133.829	24,18
Sul	29.975.984	56.001	7.712.937	11.218,96	146	109.809	40,99
Centro-Oeste	16.297.074	23.884	4.164.493	10.814,26	98	65.522	38,01
Norte	18.430.980	8.753	2.839.575	4.967,20	28	51.363	20,67

Fonte: Site do Ministério da Saúde: Informes sobre Covid-19.
https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html

As taxas de incidência de casos não demonstram tantas mudanças ao serem comparadas com o ano anterior, porém a taxa de mortalidade cai de forma expressiva. No ano de 2021 a taxa de mortalidade é de 201,59 a cada 100 mil habitantes, já no ano de 2022 em que a campanha de vacinação já está em um estágio avançado ao aplicar doses de reforço, reflete na taxa de mortalidade de 35,57.

Os números evidenciam que as vacinas não detêm o contágio da doença, porém refletem na gravidade da mesma, podendo ser observada na quantidade de óbitos que foram evitados de um ano para o outro. Além disso, a doença ao conter sintomas mais leves irradia de forma positiva no desafogamento das UTIs e demais setores da saúde que estavam voltados para o tratamento de Covid-19.

Imagem 5 – Tabela referente aos casos e óbitos por região do Brasil no ano de 2023.

Região	População	Casos novos notificados na semana	Casos Acumulados	Incidência covid-19 (100 mil hab)	Óbitos novos notificados na semana	Óbitos Acumulados	Taxa mortalidade (100 mil hab)
Totais	210.147.125	23.950	37.511.921	561,82	283	702.116	3,93
Sudeste	88.371.433	15.876	14.933.938	595,96	158	337.926	5,20
Sul	29.975.984	6.917	7.987.178	914,87	58	111.266	4,86
Nordeste	57.071.654	3.178	7.362.663	272,75	38	135.084	2,20
Norte	18.430.980	-3.365	2.901.866	337,97	22	51.679	1,71
Centro-Oeste	16.297.074	1.344	4.326.276	992,71	7	66.161	3,92

Fonte: Site do Ministério da Saúde: Informes sobre Covid-19.
https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html

Já em 2023 (Imagem 5) o número de mortalidade cai para 3,93. Essa diminuição prova que as vacinas e os métodos de prevenção, mesmo sendo hostilizadas pelo ex-presidente, tiveram sucesso em preservar a vida humana.

Observe o comparativo no gráfico a seguir, retirado do site do CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) comparando as taxas de óbito e de casos de covid-19.

Imagem 6 – Gráfico comparativo anual de Casos e Óbitos de Covid-19 no Brasil.



Fonte: CONASS: Painéis de Casos e Óbitos de Covid-19

<https://cieges.conass.org.br/paineis/listagem/situacao-de-saude-da-populacao/casos-e-obitos-covid-19>

Vale ressaltar que em 2020 a gestão do Ministério da Saúde optou por não divulgar diariamente os dados sobre a covid-19, porém o CONASS disponibilizou esses dados através de um painel independente para que a população pudesse consultar com transparência os dados de óbitos e infecções do vírus todos os dias. Veículos de comunicação como o G1, Folha de São Paulo, Extra e dentre outros, se disponibilizaram em apoiar esta nova fonte de informação, visto que a confiabilidade das informações do Ministério da Saúde havia caído diante da população. (CASTRO-NUNES e RIBEIRO, 2022, p.3)

No dia 8 de Maio de 2023 foi decretado pela OMS “Fim da emergência sanitária global de Covid-19”, até esta data, foram contabilizados 702.664 óbitos e 37.579.028 casos no Brasil. (CONASS, 2023)

2.2 Relação entre população afetada pela Covid-19 e atendimento do SUS durante a pandemia

Enquanto as falas negacionistas aconteciam através do Governo Federal em relação a Covid-19, quem estava sendo prejudicado eram os mais pobres. Tendo em vista que a população economicamente mais vulnerável é a população preta, é possível ter a perspectiva de que quem foi mais afetado pelo vírus foi essa população. Além disso, segundo o Ministério da Saúde, 80% dos usuários do SUS são pessoas autodeclaradas negras. Ou seja, além de sentirem os impactos dos congelamentos de verbas na saúde, também são os mais expostos aos vírus diante de suas condições socioeconômicas (PASSOS, 2020, p. 92).

No Brasil, algumas pesquisas constataam a maior letalidade da COVID-19 nas populações de baixa renda e negra. Góes e Vecina Neto citam algumas razões para as taxas de mortalidade serem maiores nessas populações no Brasil e no mundo: 1) dificuldade de acesso a serviços de saúde; 2) condições de vida da população mais pobre; 3) a falta de acesso a saneamento básico; 4) a fome, ou necessidade de trabalhar para ganhar o dinheiro para a comida do dia; 5) às comorbidades que contribuem para a mortalidade por COVID-19 estão mais presentes na população negra e pobre (GRAGNANI, 2020). (CORREIA e LIMA, 2020, p. 14)

Os mais afetados pela doença são aqueles que estão excluídos de cuidados, os que não tem moradias, os que não têm acesso a água nem mesmo para higienizar as mãos. Essas pessoas estão trabalhando nos espaços que são gozados pela classe dominante que possuem toda a estrutura necessária de cuidado. Tal como a estrutura capitalista é desigual, a forma que o vírus atinge a população, também é. Assim diz Correia e Lima (2020, p.13) “A imensa desigualdade social produz desiguais condições de adoecimento e de morte, relacionadas às desiguais condições de vida e de trabalho, estruturais para as relações de produção capitalista”. O texto aponta o motivo pelo qual as pessoas socialmente e economicamente mais vulneráveis estão mais suscetíveis ao vírus, isso porque elas precisam do transporte público superlotado, suas casas tem maior número de moradores por cômodo que dificulta o isolamento social e também são pessoas com subempregos precarizados que não podem deixar de trabalhar pois estão isentas de direitos trabalhistas. Muitas dessas pessoas não têm acesso ao básico, como água encanada e saneamento.

A frase repercutida nos momentos de pandemia: “estamos todos no mesmo barco” não é realista, visto que alguns nem mesmo estão no barco. Foi constatado mais de 46 milhões de brasileiros invisíveis aos olhos do Estado, sendo essas mesmas encontradas por meio da execução do cadastro para receber o Auxílio Emergencial (MATTA e MORENO, 2020, p.46). Compreende-se que a maioria das pessoas atingidas são as que detêm menor poder econômico, por isso é importante o entendimento que o SUS deve se articular com

diversos setores para que tenha sua eficiência garantida, como por exemplo: assistência social. A assistência é a porta de entrada para muitas demandas, o usuário ao ser atendido com excelência e ética é orientado a procurar os serviços que mais se adequam com suas demandas.

Além da população de rua citada anteriormente, a população privada de liberdade também é dependente dos serviços do SUS. Essa população está inserida em ambientes superlotados e esses espaços não proporcionam medidas de higiene necessárias, isso provoca maior contaminação do vírus e portanto maior letalidade entre os mesmos (Schmidt *et al.*, 2020, p.91). Para garantir a assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade, existe a PNAISP (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional), esta política está consolidada pelo Ministério da Saúde através do SUS. (Ministério da Saúde, 2023).

O SUS tem a capacidade de atingir diferentes locais dentro do país, presta atenção às populações indígenas por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) que abrange mais de 755 mil indígenas, é o único programa de saúde no mundo voltado exclusivamente para povos indígenas e foi construído através de conferências nacionais e conselhos locais para garantir a participação dos usuários dos serviços na construção da política pública (Ministério da Saúde, 2021). Durante a pandemia houveram campanhas para a entrega de EPIs necessárias para frear o contágio nas aldeias e também a campanha de vacinação chegou até as comunidades. Vale ressaltar que esses recortes feitos dentro da política de saúde nacional também sofrem com os desmontes orçamentários e nem sempre são executados da maneira como deveriam, ainda mais sob o (des)governo de Jair Bolsonaro, que sempre demonstrou aversão aos cuidados e promoção de direitos das comunidades indígenas, ribeirinhas e quilombolas.

Ainda sobre os cuidados do SUS, estão os imigrantes e refugiados. Essa população também demonstra vulnerabilidades porque “Comumente, esse grupo populacional vive em residências ou abrigos com infraestrutura precária e experiência grande incerteza em relação ao futuro.” (Schmidt *et al.*, 2020, p.93). As fronteiras se fecharam devido ao isolamento social e isso ocasionou dificuldades para muitos voltarem a seus países de origem, assim os mesmos dependem da assistência de saúde oferecida pelo SUS.

Diante da reflexão da pluralidade de pessoas inseridas no Brasil relacionando com a universalidade do SUS em atingir cada parcela dessa população, percebemos o quanto é essencial a defesa do mesmo. O SUS acessa desde a favela na periferia urbana até mesmo a comunidade mais distante dentro da floresta amazônica. Segundo o último censo realizado

pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2019, mostra que 28,5% da população possui plano de saúde, ou seja, 71,5% da população é usuária dos serviços públicos de saúde. Além disso, mesmo quem possui plano de saúde, também é assegurado pelo SUS e utiliza serviços propiciados pelo mesmo, refutando o fala de que os convênios privados "desafogaria" o sistema público “visto que os usuários da saúde suplementar utilizam, também, os serviços públicos, via vacinação, urgência e emergência, banco de sangue, transplante, hemodiálise, serviços de alto custo e de complexidade tecnológica” (CORREIA e LIMA, 2020, p. 71 *apud* Ocké-Reis, 2015).

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve um papel fundamental no combate à pandemia da COVID-19 no Brasil, desde o primeiro contato em que o paciente tem ao procurar assistência médica na APS é feita uma abordagem multidisciplinar, nesse contexto, o trabalho do assistente social é fundamental para garantir uma atenção integral e humanizada aos usuários do SUS ao desenvolver a promoção da saúde, prevenção de doenças e a melhoria da qualidade de vida da população junto a outros profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e demais profissionais que integram a rede. Essa abordagem é importante para identificar problemas que se tornaram menos visíveis na pandemia por conta do isolamento social, um exemplo são as taxas de violência contra mulher, que tiveram aumento devido ao fato das mulheres terem que dividir tempo e espaço com seus companheiros homens. (CORREIA e LIMA, 2020, p. 33). Assim, através do primeiro contato com os usuários que chegam a APS é possível investigar outras demandas que precisam ser supridas para a garantia de direitos dos sujeitos envolvidos.

Durante esse período, foram desenvolvidos diversos projetos para garantir o atendimento à população e o controle da disseminação do vírus. Lembrando que esses projetos foram desenvolvidos através da pressão pública e dos profissionais e pesquisadores da área da saúde. Um exemplo, foi o manifesto “Leito Para Todos + Vidas Iguais” que segundo Dantas (2020, p.179):

[...]o uso comum de leitos ociosos na rede privada destinados exclusivamente a cidadãos que ao mesmo tempo são sujeitos individuais concretos (cidadãos) que podem pagar por eles, mas que não haviam se adoentado em quantidade suficiente para esgotar a capacidade instalada do setor privado, posto que na outra ponta havia sujeitos individuais concretos adoentados (também cidadãos) que só podem usar a capacidade instalada do SUS público, já a ponto de esgotar-se [...] (DANTAS, 2020, p.179)

Assim, visou assegurar o direito dos usuários do SUS ao serem internados, visto que 55% dos leitos de internação de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do país estão presentes na rede privada e como foi dito, há um perfil das pessoas que utilizam do serviço público e

essa mesma não se enquadra como beneficiária de planos privados de saúde, essas pessoas se somam em 71,5% contra 28,8% que detêm planos de saúde (IBGE, 2019). Assim, percebe-se que faltam leitos necessários na rede pública para atender seus usuários e por isso foi criado o manifesto “Leito Para Todos + Vidas Iguais”, que segundo a Fiocruz (2020) “a campanha se embasa juridicamente na Constituição, na lei orgânica do SUS e na lei da emergência sanitária, e defende que todos deveriam utilizar, a partir de uma fila única, todos os recursos disponíveis de saúde, sejam eles públicos ou privados”. O documento desenvolvido foi assinado por mais de 40 entidades e movimentos sociais, incluindo a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social (ENESSO); Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e dentre outras.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou a “Recomendação Nº 026, de 22 de Abril de 2020” que apresenta os dados sobre concentração de UTIs no âmbito privado e sobre a população com maior incidência de casos graves, sendo elas pessoas pretas e em vulnerabilidade social e/ou econômica. Desta forma, foi feita a recomendação de que Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde requeressem leitos da rede privada quando houvesse a lotação dos leitos do SUS. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) posicionou-se contra o programa e argumentou que os clientes da rede privada se sentiriam desestimulados a pagar pelo serviço, visto que os demais pacientes teriam acesso àqueles leitos de maneira gratuita (Fiocruz, 2020). Segundo a nota emitida pelo Conselho Nacional de Saúde (2020):

A posição da ANS, além de não terem amparo técnico, deixam de cumprir as funções previstas em sua própria lei de criação, qual seja, proteger o interesse público e atuar como agente dotado de autonomia, mas com autoridade delegada pela instituição principal que é o Ministério da Saúde, gestor federal do SUS. (Conselho Nacional de Saúde, 2020, p.3)

Após diversos órgãos pressionarem a ANS através de argumentos jurídicos a fim da defesa da vida, a mesma acata o movimento. Este episódio narrado nos mostra o quanto o privado atua em detrimento do público e o quanto a vida das pessoas que dependem do serviço público não tem valor diante do lucro do Capital.

Outros projetos foram desenvolvidos ou intensificados durante a pandemia, segue os que apresentaram maior relevância:

1) Teleconsultorias: O projeto de teleconsultorias foi criado e desenvolvidos por universidades públicas para garantir o atendimento à distância para pacientes com sintomas de COVID-19. Por meio de plataformas digitais, os profissionais de saúde do SUS realizam

consultas online, auxiliando no diagnóstico e na orientação dos pacientes. Esse projeto foi fundamental para evitar aglomerações nos hospitais e garantir que o atendimento médico chegasse a todos que precisavam. (Fiocruz, 2023).

2) Centro de Operações de Emergência em Saúde: O Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES) foi criado para coordenar as ações de combate à pandemia no país. Esse projeto envolveu diversos profissionais de saúde, pesquisadores e gestores públicos, que trabalharam em conjunto para definir estratégias de enfrentamento da COVID-19. O COES foi responsável por elaborar protocolos de atendimento, definir critérios para a distribuição de equipamentos de proteção individual e coordenar ações de vigilância epidemiológica. Além disso, ele proporciona que os três meios de gerenciamento do SUS, sendo eles Federais, Estaduais e Municipais, se interliguem e busquem melhores soluções para o problema em evidência. (Ministério da Saúde, online, [s.d.])

3) Hospital de Campanha: Os hospitais de campanha foram criados para ampliar a capacidade de atendimento do SUS durante a pandemia. Essas unidades foram montadas rapidamente em diversas cidades do país, com o objetivo de oferecer leitos de UTI e de enfermaria para pacientes com COVID-19. Os hospitais de campanha deveriam ser montados próximos a unidades de saúde já existentes para facilitar o acesso ou em locais com grande capacidade de espaço, como estádios de futebol, centro de convenções e dentre outras. Todas essas unidades deveriam ser vinculadas a algum tipo de unidade hospitalar já existente. Os hospitais de campanha podem abranger UTIs, com foco exclusivo para o enfrentamento da Covid-19. Além disso, segundo o Ministério da Saúde (2020) “A implantação de unidades de saúde temporárias (Hospitais de Campanha) deve ser pensada como estratégia complementar, em caráter excepcional e temporário, para a ampliação e organização da oferta de leitos na rede”. O projeto foi fundamental para evitar a sobrecarga dos hospitais e garantir o atendimento necessário para todos os pacientes.

4) Campanha de Vacinação: Através do Programa Nacional de Vacinação foi implementada a campanha de vacinação no Brasil, sendo aplicada sua primeira dose em 17 de Janeiro de 2021 em São Paulo.

No território brasileiro, a imunização em larga escala foi estritamente delimitada ao âmbito do sistema público de saúde, uma vez que o registro das vacinas foi concedido em regime emergencial, em conjunto com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Nessa qualidade, as doses imunizantes, por sua vez, só podem ser administradas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sob a estrita responsabilidade do Poder Público, enquanto não houver um registro oficial de alguma patente imunizante que permita

às empresas produtoras desses imunobiológicos comercializá-los em solo brasileiro. Sob uma perspectiva jurídica, a vacinação se constitui parte integrante da concepção do Direito à Saúde, precisamente no seu artigo 196, que abarca a incitação, a salvaguarda e a restauração do bem-estar físico e mental. (LIMA et al., 2022, p.50).

Apesar da negligência do Governo Federal em comprar as vacinas e desvio de verba para a compra das mesmas, a campanha foi realizada tardiamente considerando que outros países iniciaram sua vacinação ainda em 2020. Também foi motivo de polêmica se as vacinas seriam ou não obrigatórias e também utilizadas de material eleitoral para o ex-presidente Bolsonaro tentar sua reeleição (FLEURY E FAVA, 2023, p. 252-254). A campanha de vacinação contra a Covid-19 foi repleta de escândalos e tensões, porém após muita luta e pressão popular todos puderam gozar desse direito através do SUS. Em setembro de 2022 cerca de 90% da população brasileira havia tomado pelo menos uma dose da vacina (Ministério da Saúde, 2022).

É fundamental ressaltar que uma importante frente de batalha no combate à pandemia ocorreu na área da Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse contexto, foram realizadas ações de vigilância e educação em saúde, juntamente com o acompanhamento de casos menos graves e das condições clínicas que surgiram após a recuperação da Covid-19. Essas medidas desempenharam um papel crucial na resposta sanitária, garantindo o monitoramento adequado da população e proporcionando suporte contínuo aos indivíduos afetados pela doença. (SANTOS *et al* , 2022, p.1)

Também foi competência do SUS traçar estrategicamente os focos de contaminação através da vigilância epidemiológica das secretarias municipais e estaduais de saúde para que por meio de instituições de pesquisas públicas fossem desenvolvidos métodos para a contingência do vírus. Mesmo com certa dependência de laboratórios privados, a parte de dados para fins estratégicos para a promoção da saúde pública foi arduamente feita pelo SUS, fazendo com que a população tomasse dimensão do trabalho realizado pelo sistema de saúde e não tivesse apenas a noção de que a saúde é algo individual (GUIMARÃES, 2020, p.77).

Indubitavelmente, os serviços de saúde passaram por significativas modificações em suas rotinas no período da pandemia. É importante salientar que esses serviços, mesmo que sujeitos a desvios, seguem uma hierarquia, abrangendo a atenção primária, secundária, terciária e quaternária (MATOS, 2020, p.3). A pandemia impôs a necessidade de reestruturações nos serviços de saúde, resultando na suspensão de cirurgias eletivas nos ambulatorios especializados e hospitais, bem como na realocação de leitos para tratar os

agravos decorrentes da COVID-19. Adicionalmente, consultas ambulatoriais de rotina foram interrompidas para evitar aglomerações, entre outras medidas adotadas.

Nesse processo de reestruturação, cada serviço de saúde teve a tarefa de estabelecer suas próprias prioridades de atendimento. A alocação de recursos e a definição das demandas mais urgentes tornaram-se cruciais para garantir que os pacientes recebessem a assistência necessária diante do cenário desafiador vivenciado. As equipes de saúde buscaram formas de adaptar-se rapidamente, priorizando os casos mais graves e emergenciais, ao mesmo tempo em que trabalharam para manter a segurança dos pacientes e dos profissionais de saúde. Essas reestruturações impactaram profundamente os serviços de saúde, exigindo uma coordenação eficiente, a implementação de protocolos de segurança e a capacidade de adaptação rápida às demandas emergentes. Foi uma tarefa complexa e desafiadora, mas necessária para garantir que os recursos fossem direcionados aos pacientes mais necessitados e para prevenir a propagação do vírus. (MATOS, 2020, p.3)

Cabe destacar que essas mudanças são temporárias e são realizadas com o intuito de enfrentar a crise pandêmica e garantir o cuidado adequado a todos os pacientes. À medida que a situação evolui e mais informações são obtidas, espera-se que os serviços de saúde possam readaptar suas rotinas de forma gradual e segura, visando restabelecer o atendimento integral e de qualidade para a população. É essencial reconhecer o esforço e a dedicação das equipes de saúde, que têm enfrentado esses desafios de forma incansável, buscando equilibrar as demandas emergenciais da pandemia com a continuidade do cuidado a outras condições de saúde. Essa reestruturação dos serviços de saúde representa um esforço coletivo para enfrentar a crise e garantir a saúde e o bem-estar de todos os cidadãos.

Ao Sistema Único de Saúde (SUS) coube a responsabilidade de empreender a crucial tarefa de distribuir Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) aos profissionais da saúde, bem como de promover campanhas de conscientização acerca das medidas de proteção contra o vírus. É de suma importância ressaltar, ademais, o enaltecível trabalho desenvolvido pelo programa Consultório na Rua, o qual tem como desiderato primordial prover assistência à parcela da população que se encontra em situação de rua e, por conseguinte, desprivilegiada quanto ao acesso aos cuidados básicos para a prevenção da COVID-19. Com efeito, essas ações do SUS e do Consultório na Rua, denotam a relevância da atuação de um sistema público de saúde na assistência daqueles que se encontram em condições de maior vulnerabilidade, ao mesmo tempo que demonstram a imprescindibilidade da disseminação de informações e recursos que promovam a saúde e o bem-estar coletivo em meio à pandemia

Através das ações citadas pode-se analisar que o SUS tomou um papel importante diante dos olhos da população, isso porque os esforços realizados pelo mesmo foi estampado massivamente pela mídia ao demonstrar para o público as realizações feitas pelo sistema de saúde público. Fato oposto ao que se está acostumado no Brasil, em que o cidadão é descrente em relação ao serviço público devido aos inúmeros escândalos de gerenciamento e sucateamento propiciados pelo sistema neoliberal em detrimento do público. Já o sistema de saúde suplementar esteve fora dos holofotes, com a Covid o mesmo não pôde realizar os procedimentos rotineiros devido às recomendações de paralisação de serviços de baixa e média complexibilidade e teve sua margem de lucro menor comparada a outros momentos.

O destaque dado ao SUS é importante para evidenciar a necessidade de um sistema de saúde público e universal, assim se espera que os cortes e reajustes financeiros dos governos seguintes da pandemia sejam repensados. Além disso, a população passou a tomar dimensão da importância do SUS ao comparar com outros países sem sistema de saúde público, como os Estados Unidos da América, por exemplo, muitos infectados pela Covid-19 morreram em suas casas ou nas ruas por medo de se hospitalizar e não ter dinheiro o suficiente para arcar com o pagamento das contas hospitalares, já que nos Estados Unidos não há serviços de saúde público e gratuito, já no Brasil “Aqui, mesmo a duras penas, o SUS atende todos os brasileiros que dele dependem, sem nenhum custo. É um direito de todos.” (COSTA *et al.*, 2020, p. 291)

A pandemia é um caso atípico, em que as condições eram novas, não se tinha conhecimento sobre o avanço da doença, como se dava a contaminação e diversas outras implicações por se tratar de um vírus desconhecido. Por isso que a mesma foi um desafio para os profissionais da saúde e gestores, um sistema que já estava precarizado sofreu ao se posicionar para amenizar as expressões advindas da pandemia. (CAVALCANTE, *et al* 2020, p. 215)

É preciso condições objetivas para que as políticas públicas sejam executadas com excelência, por isso é necessário “reconhecer as determinações sociohistóricas e econômico-políticas dos problemas que chegam na imediatividade cotidiana dos serviços.” (KRUGER, Tania. 2010, p.142). Assim, em conjunto com outros setores, como a assistência social, é preciso levantar demandas coletivas de forma analítica através da compreensão da realidade individual de cada atendido. Vale a pena ressaltar que as pessoas atendidas “[...] tem cada vez se afastado da possibilidade de trabalho com algum direito, havendo um incremento exponencial do trabalho informal. São esses estratos, em geral, a maioria da população atendida por assistentes sociais nos serviços de saúde.” (MATOS, 2020, p.4). Marx

explicita que “as crises são manifestações das contradições inerentes ao modo de produção capitalista” (BOSCHETTI, 2017, p. 66 apud MARX, 2009, p.85). Logo, se não há meios de como amenizar as expressões da questão capitalista as crises tornam-se visíveis, sejam elas no âmbito da saúde ou de outro segmento, no final das contas todas se co-relacionam e estão interligadas. Mesmo que as políticas públicas não proporcionem acesso universal ou igualdade de propriedade, ainda é a única alternativa que a classe trabalhadora tem de atingir serviços básicos (BOSCHETTI, 2017, p.66)

Quando as crises estão visíveis e chegam a um certo nível crítico, como a pandemia do Coronavírus, tem-se a sensação de que os sistemas públicos não funcionam, porém eles só demonstram uma trajetória de sucateamento, visto que o Estado está constantemente pagando dívidas internacionais e “perdoando” a sonegação de impostos de grandes empresários, demonstrando então a negligência com a população que está na parte baixa da pirâmide do sistema capitalista, que no caso são os trabalhadores e contribuem com seus impostos advindos da exploração da força de trabalho que sofrem. (BOSCHETTI, 2017, p.66). Boschetti (2017) diz que:

Em contexto de crise, as políticas sociais são os principais alvos da mercantilização, da focalização, da privatização, da transformação de bens e serviços em mercadorias destinadas a manter aquecido o consumo e a competitividade, e sofrem diretamente a ofensiva capitalista em sua permanente busca por superlucros.(BOSCHETTI, 2017, p.65)

O sistema público de saúde traz para a vida de seus usuários uma certa forma de emancipação que é contraditória ao modo de pensar do setor privado, por isso o único meio de garantir com que o estatal seja perpetuado é através do poder popular anticapitalista, pois é através da exploração dos trabalhadores que o privado se estabelece (DANTAS, 2020, p.181).

CONCLUSÃO

Conclui-se que o Sistema Único de Saúde é essencial para a população brasileira, mesmo com suas defasagens, ataques de cunho econômico e moral, além de uma intensa precarização do trabalho de seus colaboradores. Sua resistência em meio a ascensão do neo-liberalismo e neo-fascismo é um meio de ruptura ao pensamento herdado do colonialismo de que direitos são privilégios. Esses mesmos direitos que foram conquistados por meio da luta de diversos segmentos da sociedade civil durante a Reforma Sanitária.

A importância do SUS durante o período pandêmico se dá através das diversas ações realizadas pelo mesmo para atingir a sociedade num todo, através de seus hospitais de campanhas, orientações básicas de como se prevenir e demais ações preventivas e de tratamento. Mesmo diante de um governo liderado por um negacionista que não poupou esforços para prejudicar a classe trabalhadora a fim de beneficiar o empresariado, o SUS resistiu e manteve-se soberano mesmo a frente das diversas mudanças de Ministros da Saúde e escândalos envolvendo as vacinas e demais instrumentos para contenção da pandemia.

O destaque SUS durante a pandemia deve ser enaltecida pois todo o sistema de gerenciamento de leitos de UTIs, vacinas e demais procedimentos que poderiam ter sido atropelados pelo sistema privado, foram distribuídos e aplicados de maneira igualitária perante toda a sociedade brasileira. Se não houvesse, por exemplo, o movimento “Leito Para Todos” muitos usuários da política de saúde pública ficariam sem os tratamentos adequados por falta de leitos, sendo que na rede privada haveriam vagas disponíveis. O SUS demonstra sua grandiosidade ao gerenciar essas questões que envolvem direitos constitucionais básicos e barrar – mesmo que não 100%, como já evidenciado no texto – a mercantilização da saúde.

Porém, mesmo com todos os méritos dados ao sistema público de saúde, é necessário a proteção do mesmo, visto que sua visibilidade só se deu devido a um caso de calamidade pública. É preciso uma melhor gestão dos investimentos aplicados e aumentar os mesmos através da garantia de melhores condições de trabalho para os prestadores de serviços e também na produção de ciência e tecnologia para atender da melhor maneira aqueles que utilizam do serviço.

Ao sair da bolha e enxergar os indivíduos que mais sofreram com a pandemia, sendo aqueles sem os recursos necessários para se precaverem do vírus, podemos compreender a necessidade de um sistema de saúde que seja universal e não abarque apenas questões de saúde clínica, mas a defesa de políticas públicas e sociais que englobem todas as

necessidades sociais e econômicas daqueles que foram e são lesados todos os dias, independente da situação de calamidade apresentada.

O SUS foi uma conquista advinda da Reforma Sanitária, que teve a função de exaltar uma concepção ampliada de saúde, com foco nos determinantes sociais que incluem melhores condições de vida e trabalho. Ao refletir sobre isso, podemos constatar que não houveram medidas para que as pessoas que mais sofrem com as expressões da questão social pudessem se prevenir do vírus. Sendo essas pessoas pretas, periféricas, indígenas em territórios remotos que contraíram o vírus através de garimpeiros, pessoas com trabalhos informais e jornadas exaustivas... Isso evidencia o fato de que mesmo o país possuindo o maior sistema de saúde público do mundo e atendendo mais de 190 milhões de pessoas, as pessoas em maior vulnerabilidade social e econômica são as mesmas do período colonial.

O SUS é uma política que garante direitos no âmbito da saúde de todos aqueles que estão no país, porém é um serviço que está inserido no sistema capitalista, ou seja, mesmo sendo um instrumento de grande valor, ele não pode romper com as estruturas de um sistema que o rege. Essa questão é ainda mais preocupante ao pensar nas terceirizações que ocorrem nos serviços prestados, fazendo com que uma política pública que tem caráter emancipatório esteja subordinada ao empresariado. Além disso, sua universalidade deve ser sempre pautada para que o serviço não seja apenas destinado a aqueles que não podem pagar por seguro de saúde, para que assim a equidade e qualidade nos serviços de saúde oferecidos sejam de máxima excelência.

Para que o SUS não seja tomado pelos seguros de saúde e terceirizações é preciso que os governos que estiverem a frente, independente de sua posição política, garantam a autonomia do mesmo. Mesmo diante de governos com tendências progressistas, como os mandatos de Dilma e Lula, o SUS também sofreu boicotes e serviu como objeto de disputa política. Desta forma, é inegável que a defesa do mesmo seja sempre pautada na autonomia afim da promoção de direitos, pois aqueles que dependem do sistema de saúde são os mais invisibilizados pelas políticas vigentes.

Além das ações dos governantes, é preciso que a sociedade civil esteja imersa as questões do SUS e participem dos conselhos de saúde, sejam eles municipais, estaduais ou federais, para que a classe trabalhadora que contribui com seus impostos advindos de sua força de trabalho, mesmo que informal, receba os melhores serviços, atendimentos e políticas no âmbito da saúde e seguridade social. Essa participação civil deve ser instigada através dos movimentos sociais, sindicatos e por setores que detêm serviços que instigam a emancipação social. “O inimigo foi sempre forte, ora mais ora menos, mas para se manter no jogo na

posição que habitualmente ocupa é condição saber jogar” (DANTAS, 2020, p.180), por isso é necessário a fortificação dos movimentos sociais e demais setores revolucionários da sociedade, enquanto as mudanças partirem daqueles que hegemonicamente estão no poder, nada será transformado.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Pesquisa diz que 59,7 milhões de pessoas tinham plano de saúde em 2019.** Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-09/pesquisa-diz-que-597-milhoes-de-pessoas-tinham-plano-de-saude-em-2019>. Acesso em: 26 maio 2023.

BOCCOLINI, Cristiano. **Estudo analisa registro de óbitos por Covid-19 em 2020.** Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-analisa-registro-de-obitos-por-covid-19-em-2020>.

BOSCHETTI, I.; UNB, BRAZIL. Agudização da barbárie e desafios ao Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, n. 128, p. 54–71, 2017.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. **A particularidade da pesquisa no Serviço Social.** *Rev.katálysis vol.10*, Florianópolis, 2007.

BOUSQUAT, A. et al. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista USP**, n. 128, p. 13–26, 6 maio 2021.

Brasil confirma primeiro caso do novo coronavírus. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/02/brasil-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus>. Acesso em: 15 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dia Internacional dos Povos Indígenas: Sasi/SUS é uma conquista.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/agosto/dia-internacional-dos-povos-indigenas-sasisus-e-uma-conquista>. Acesso em: 28 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnaisp>. Acesso em: 25 maio 2023.

CASTRO DE MATOS, M. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde.** CRESS – ES, 2020. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%C3%ADrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%C3%BAde-2.pdf>. Acesso em 15 de maio de 2023.

Castro-Nunes P, Ribeiro GR. Equidade e vulnerabilidade em saúde no acesso às vacinas contra a COVID-19. **Rev Panam Salud Publica.** 2022;46:e31. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.31>

CLAUDINO, V. Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016. **Conselho Nacional de Saúde.** Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>. Acesso em: 18 set. 2023

CORREIA, M. V. C.; ALVES, P. K. L. Pandemia, desigualdade social, determinação social do processo saúde e doença: quem são os mais atingidos? In: CORREIA M. V. C; LIMA, A.

S. (orgs.). **Pandemia, determinações da Saúde e enfrentamento da Covid-19: o lucro acima da vida**. Maceió: Edufal, 2020a.

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**, v. 44, n. 125, p. 289–296, jun. 2020.

COSTA, Ana Maria; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. 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>.

Decretado fim da emergência sanitária global de Covid-19. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2023/05/08/decretado-fim-da-emergencia-sanitaria-global-de-covid-19>>. Acesso em: 12 maio 2023.

FIORAVANTE, Livia. **Fila única do SUS**. EPSJV/Fiocruz, 2012. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/fila-unica-do-sus>. Acesso em: 30 maio 2023.

FLEURY, S.; FAVA, V. M. D.. Vacina contra Covid-19: arena da disputa federativa brasileira. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe1, p. 248–264, 2022.

HARMAN, S. **Global health governance**. Abingdon: Routledge; 2011.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

KRÜGER, T. R. Serviço social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Serviço Social e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 123, 2015.

Lima MA, Rodrigues R de S, Delduque MC. Vacinação contra a COVID-19: avanços no setor da saúde no Brasil. **Cad. Ibero Am. Direito Sanit.** [Internet]. 15º de março de 2022 [citado 19º de setembro de 2023];11(1):48-63. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/846>

MARTINS, P. **Manifesto Leito para Todos reivindica regulação unificada de leitos pelo SUS**. ABRASCO, 2020. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/manifesto-leito-para-todos-reivindica-regulacao-unificada-de-leitos-pelo-sus/48054/>>. Acesso em: 31 maio. 2023.

MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., and SEGATA, J., eds. **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p.

MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., and SEGATA, J., eds. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. **Rio de Janeiro: Observatório Covid 19**; Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 4, p. 1105–1119, out. 2018.

MENDES, Á.; CARNUT, L. **Neofascismo, Estado e a crise do capital: o Brasil de Bolsonaro e a demolição do direito à saúde**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://enep.sep.org.br/uploads/717_1583791189_Artigo_SEP_com_autoria_pdf_ide.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Centro de Operações de Emergência em Saúde – Coe**. Gov.br, [s.d.] Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/resposta-a-emergencias/coes>>. Acesso em: 30 maio. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Hospital de Campanha voltado para os atendimentos aos pacientes com sintomas respiratórios COVID-19**. Gov.br, [s.d.] Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/hospital-d-e-campanha/view>>. Acesso em: 31 maio. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS - Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus#:~:text=Engloba a atenção primária%2C média e alta complexidades%2C,é direito de todos e dever do Estado>”. Acesso em: 26 maio 2023.

MOREIRA, E. et al. **Propostas para a defesa da vida e de direitos sociais**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/05/1_5028797681548394620.pdf>.

MOREIRA, Elaine; GOUVEIA, Rachel *et al.*. **Em tempos de pandemia: propostas para defesa da vida e de direitos sociais**. Rio de Janeiro. UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social, 2020. 155 p.

NORONHA, JC; TAVARES, LT. A política de saúde nos anos 90. **Ciênc. Saúde Colet.** 2001

NOTA EXPLICATIVA: CNS CONTESTA POSICIONAMENTO DA ANS SOBRE FILA ÚNICA DE LEITOS E PEDE EXPLICAÇÕES. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://www.susconecta.org.br/wp-content/uploads/2020/06/Nota-do-Conselho-Nacional-de-Sau%CC%81de-a%CC%80-ANS-1.pdf>>. Acesso em: 30 maio. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Conselhos sobre doença coronavírus (COVID-19) para o público**. Disponível em: <<https://www.who.int/pt/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>>. Acesso em: 9 maio. 2023

PAIM, Jairnilson S. **Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira**. repositório.ufba.br, 2009.

PAIM, Jairnilson, et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 11-31, 2011.

PASSOS, Juliana. **“A telessaúde deve estar a serviço do SUS”**. Fiocruz, 2023. Disponível em:
<<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-telessaude-deve-estar-a-servico-do-sus>>. Acesso em: 31 maio. 2023.

PERES, A. C. **“A pandemia tem cor e gênero.”** Disponível em:
<<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/entrevista/a-pandemia-tem-cor-e-genero>>. Acesso em: 21 nov. 2021.

PIVA, J. D. **“Manipulação de estatísticas é manobra de regimes totalitários”, afirma Gilmar Mendes sobre dados de Covid-19**. Disponível em:
<<https://oglobo.globo.com/politica/manipulacao-de-estatisticas-manobra-de-regimes-totalitarios-afirma-gilmar-mendes-sobre-dados-de-covid-19-1-24467156>>. Acesso em: 12 maio 2023.

Primeira morte por covid-19 no Brasil completa três anos | Repórter São Paulo | TV Brasil | Notícias. Disponível em:
<<https://tvbrasil.ebc.com.br/reporter-sao-paulo/2023/03/primeira-morte-por-covid-19-no-brasil-completa-tres-anos>>. Acesso em: 7 maio. 2023.

SANTOS, R. P. DE O.; CHINELLI, F.; FONSECA, A. F.. Novos Modelos de Gestão na Atenção Primária à Saúde e as Penosidades do Trabalho. **Caderno CRH**, v. 35, p.37, 2022.

SILVA, L. B.; DANTAS, A. V. **Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral**. 1. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz, 2020.

SILVA, Welison Matheus Fontes da; RUIZ, Jefferson Lee de Souza. A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. v. 30, n. 03 [Acessado 18 Novembro 2021] , e300302. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300302>>. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300302>.

Siqueira CAS, Freitas YNL, Cancela MC, Carvalho M, Silva LP, Dantas NCD, et al. COVID-19 no Brasil: tendências, desafios e perspectivas após 18 meses de pandemia. **Rev Panam Salud Publica**. 2022;46:e74. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.74>

TABELA: **Covid-19 Casos e Óbitos**. Disponível em:
<https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html>. Acesso em: 12 maio 2023.

VERDÉLIO, Andreia. **Primeira morte por covid-19 no Brasil aconteceu em 12 de março**. Disponível em:
<<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/primeira-morte-por-covid-19-no-brasil-aconteceu-em-12-de-marco>>. Acesso em: 7 maio 2023.