

A IMPORTÂNCIA DA DEFESA DO SUS EM TEMPOS DE PANDEMIA: A EXPERIÊNCIA DO RIO GRANDE DO SUL

THE IMPORTANCE OF DEFENDING THE UNIFIED HEALTH SYSTEM DURING PANDEMICS: RIO GRANDE DO SUL'S EXPERIENCE

Tuane Vieira Devit 1
Vanito Ianium Vieira Cá 2
Jussara Maria Rosa Mendes 3

Resumo: Em tempos de pandemia, a importância do fortalecimento da política social e da proteção da classe trabalhadora toma evidência. Nesta conjuntura, também se destacam os ataques e investidas do capital, os quais visam o lucro e a manutenção da economia, em detrimento da segurança da população. Destarte, o presente artigo visa abranger, a partir de uma pesquisa documental, o debate acerca da política social, em especial, da política de saúde brasileira, trazendo a luz questões como sua importância em tempos de pandemia e os diversos movimentos de desmonte, os quais impactam diretamente na saúde da população, em um contexto de privatização e mercantilização da Saúde. Em especial, apresenta a realidade gaúcha, analisando as decisões do Governo do Estado e os documentos produzidos pelo Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, relacionados à COVID-19.

Palavras-chave: Política Social. Sistema Único de Saúde. Controle Social.

Abstract: In pandemic times, the importance of strengthening social politics and protecting the working class is made evident. At this juncture, there is a highlight in the attacks and advances of the capital, those which seek profit and the maintenance of the economic system in detriment of people's safety. Therefore, this article seeks to cover, from a documentary research, the debate regarding social politics, in special, brazilian social politics, bringing to light matters such as its importance in times of pandemic, and the multiple attempts of dismantling, which bear direct impact in people's health, in a context of privatisation and commodification of healthcare. In special, it shows the reality in Rio Grande do Sul, analyzing the local government decisions and the documents produced by Rio Grande do Sul's State Healthcare Board, regarding COVID-19

Keywords: Social Politics. Unified Health System. Social Control.

Assistente Social. Especialista em Adulto Crítico pela Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RIMS/HCPA). Mestre em Política Social e Serviço Social e Doutoranda em Psicologia Social e Institucional, ambos pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). <http://lattes.cnpq.br/6588345488516694> / <https://orcid.org/0000-0001-5861-2809> / tuane.devit@gmail.com 1

Cientista Social. Mestre em Política Social e Serviço Social e Doutorando em Psicologia Social e Institucional, ambos pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). <http://lattes.cnpq.br/3248539585176828> / <https://orcid.org/0000-0003-4521-6246> / E-mail: vanitovieira@gmail.com 2

Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela PUC/SP. Pós-doutorado em Serviço Social. Professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, ambos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). <http://lattes.cnpq.br/8540039840052671> / <https://orcid.org/0000-0002-3908-4964> / jussaramaria.mendes@gmail.com 3

Introdução

Considerado como exemplo de sistema universal de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido por suas experiências exitosas não apenas no Brasil, mas também por outros países. Além disso, a política de saúde brasileira representa uma conquista popular, a partir da luta pelo direito à saúde preconizada pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Entretanto, apesar de sua amplitude e importância reconhecida mundialmente, o SUS sofre constantemente, desde sua implantação, com tensões relacionadas aos interesses do mercado, incompatíveis com o modelo de atenção em saúde proposto pelo sistema.

Tais tensionamentos se mostram mais evidentes frente a pandemia que se alastrou mundialmente por conta da COVID-19¹. A atual conjuntura demonstra materialmente a importância de uma política de saúde universal, a qual garanta o acesso e realize ações de prevenção e de promoção em saúde de forma ampla, principalmente frente à desigualdade social presente na realidade brasileira.

No entanto, o SUS segue como alvo de ataques, desmontes e mudanças em sua concepção, o que acaba por se refletir no sucateamento dos serviços de saúde, nos ataques aos trabalhadores/as destes serviços e nas diversas formas de privatização e precarização da rede. Em tempos de expressões como o conservadorismo e o fascismo acirradas, a saúde da população acaba nas mãos do capital. Não se trata apenas de uma conjuntura de pandemia, mas da total barbárie frente a ineficácia das ações de enfrentamento apresentadas. Ações estas que priorizam o lucro e não a vida.

Nesse sentido, este artigo se propõe a analisar, a partir de uma pesquisa documental, a importância da política social em uma conjuntura de privatização e desmonte do SUS, em especial, no cenário do Rio Grande do Sul. Para tanto, será apresentado inicialmente um debate sobre a política social e sua importância em uma conjuntura pandêmica. Em um segundo momento, se apresentará elementos do desmonte realizado no SUS nos últimos anos e, por fim, a partir da análise das recomendações, resoluções e documentos públicos do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS), será problematizado o cenário do Rio Grande do Sul pós pandemia, de acordo com as estratégias escolhidas pelas atuais gestões do Governo do Estado.

Política social em tempos de pandemia

Antes de nos debruçarmos sobre a importância da política social brasileira, no atual estado de emergência mundial decorrente da pandemia da COVID-19, julga-se necessário situá-la, ainda que brevemente, no contexto histórico internacional e nacional do seu surgimento e desenvolvimento no capitalismo. Aliás, é quase impossível compreender o cenário atual de desmantelamento da política social no Brasil sem olhar para o seu histórico, quase sempre marcado pela demonização e retração que a persegue desde seu período formativo até os dias atuais.

Tendo sua origem desvelada nas contradições do próprio sistema capitalista, as primeiras iniciativas reconhecíveis de políticas sociais, como processo social, “gestaram na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 47). Ainda assim, vale destacar a importância, a resistência e persistência da classe trabalhadora no aparecimento de políticas sociais, considerando-se o papel do Estado Burguês que assume predominantemente a função precípua de assegurar as condições gerais de produção e reprodução do capitalismo. Dito de outra maneira, as políticas sociais foram conquistas importantes

¹ “Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies diferentes de animais, incluindo camelos, gado, gatos e morcegos. Raramente, os coronavírus que infectam animais podem infectar pessoas, como exemplo do MERS-CoV e SARS-CoV. Recentemente, em dezembro de 2019, houve a transmissão de um novo coronavírus (SARS-CoV-2), o qual foi identificado em Wuhan na China e causou a COVID-19, sendo em seguida disseminada e transmitida pessoa a pessoa. A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas), e aproximadamente 20% dos casos detectados requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

arrancadas pelos/as trabalhadores/as no processo de luta de classes. Aliás, a sua emergência no estado capitalista “foi gradual e diferenciada entre os países, dependendo dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau do desenvolvimento de forças produtivas, e das correlações e composições de força no âmbito do Estado” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 64).

Em torno da natureza contraditória da política social no Estado capitalista, ao congregarem concomitantemente os interesses opostos (do capital e da classe trabalhadora), Potyara Amazonida Pereira (2013), em seu artigo “Política social contemporânea concepções e configurações no contexto da crise capitalista” esclarece que:

[...] a natureza contraditória da política social reside no fato de que é graças a essa natureza que a referida política pode atender demandas e necessidades sociais no mesmo passo em que é capturada pelo capital para servir aos seus interesses. Além disso, importa reconhecer que a política social não é unívoca, isto é, não é idêntica em todos os tempos e lugares; e dada à possibilidade de ser, num mesmo momento e espaço geográfico, positiva e negativa para o trabalho e o capital, ela nunca poderá ser pensada como um recurso exclusivo das forças dominantes. Os dominados também podem acessá-la desde que se organizem e enfrentem com armas políticas apropriadas as forças que os oprimem (PEREIRA, 2013, p. 17).

A política social surge, nesse sentido, “como mediação e condição material” da relação capital/trabalho, “e não como uma suposta retração da exploração, embora demandada pelos trabalhadores, o que combinado a outros elementos gerou melhorias nas condições de vida dos mesmos” (BOSCHETTI, 2008, p. 196).

Desta forma, a despeito de que a política social seja capaz de servir interesses contrárias ao mesmo tempo, é importante reconhecer seu potencial papel em uma sociedade que busca equilíbrio e justiça social, conquanto pouco contribui para superar as relações sociais alienantes que garantem a manutenção do sistema capitalista. A título de exemplo, cita-se o “Estado de bem-estar social”, que vigorou nos países europeus, onde as políticas universalistas e inclusivas contribuíram significativamente para reduzir as desigualdades sociais produzidas pelo capitalismo, especialmente nos países onde a socialdemocracia fincou raízes.

Recorda-se, ainda que a crise de 1929-1932 tenha produzido intensas e profundas mudanças no mundo do capital (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 47), só a partir da reforma social inglesa, ocorrida entre 1945-1948, logo após o fim da Segunda Guerra Mundial que se consolidaram as políticas sociais na Europa ocidental com o *Welfare State*. A reforma orientada pelo Relatório Beveridge, de 1942, “estabeleceu políticas integradas de proteção social públicas e universais, [...] aplicáveis a todos os cidadãos, independentemente da sua inserção profissional ou laboral” (IPEA, 2009, p. 21), numa “tentativa de conciliar o progresso social e a eficácia econômica [capitalista]” (AVELÁS NUNES, 2011, p. 92), defendendo a legítima intervenção do estado na economia na busca de justiça social. Esse processo marca a emergência do *Welfare State* (“Estado de Bem-estar Social” ou Estado-providência) que se generalizou para praticamente toda a Europa e ficou conhecido como “período de ouro” de políticas sociais, foi a superação da ótica securitária (políticas sociais do tipo bismarckiano, assentadas na lógica do seguro, iniciada na República de Weimar na Alemanha) com a incorporação e ampliação do conceito de seguridade social com o Plano Beveridge na Inglaterra, com isso foi possível expandir os direitos sociais e trabalhistas, atendendo em particular, as demandas da classe trabalhadora.

No Brasil, de acordo com Behring e Boschetti (2011, p. 71), as relações sociais tipicamente capitalistas desenvolveram-se bem diferente dos países de capitalismo ocidental. Depois de examinar as marcas perenes históricas do país ditadas pelo processo de colonização, o peso do escravismo, industrialização tardia, heteronomia e o “liberalismo à moda brasileira”, caracterizada, sobretudo, pela ausência de compromisso com qualquer defesa mais contundente dos direitos do/a cidadão/ã, constataram que o surgimento da política social no solo brasileiro não acompanha o mesmo tempo histórico dos países capitalistas centrais. Em outras

palavras, o *Welfare State* não encontrou, no mesmo período que países da Europa ocidental, solo fértil para sua germinação e proliferação na sociedade brasileira.

Além disso, as autoras notam que, diferente dos países europeus centrais onde a política social surgiu como fruto de mobilizações operárias a partir do século XIX, a criação dos direitos sociais, sobretudo trabalhistas e previdenciário no país resulta da luta de classes e expressa a correlação de forças predominantes. “Não houve no Brasil escravista do século XIX uma radicalização das lutas operárias, sua constituição em classe para si, com partidos e organizações fortes”, só na primeira década do século XX principiou as primeiras lutas de trabalhadores e as primeiras iniciativas de leis laborais (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 71). Se por um lado floriu como pauta de reivindicação dos movimentos e manifestações da classe trabalhadora, por outro, representa a busca de legitimidade das classes dominantes em ambiente de restrição de direitos políticos e civis. Não é por acaso que houve a expansão de políticas sociais nos períodos da ditadura militar (1937-1945 e 1964-1984), sem a participação da sociedade civil no processo decisório.

Se a política social tem relação com a luta de classes, e considera que o trabalho no Brasil, apesar de momentos importantes de radicalização, esteve atravessado pelas marcas do escravismo, pela informalidade e pela fragmentação/cooptação, [...] as classes dominantes nunca têm compromissos democráticos e redistributivos, tem-se um cenário complexo para as lutas em defesa dos direitos de cidadania, que envolvem a constituição da política social (BEHRING e BOSCHETTI, 2011, p. 79).

Infelizmente, como sugerem as autoras, é nesse quadro desfavorável à classe trabalhadora que se devem observar as medidas esparsas e frágeis de proteção social no país até a década de 1930, embora tais características sejam persistentes e nos ajudem a entender o cenário atual de dismantelamento da seguridade social (núcleo duro das políticas sociais) em curso no país.

A distância entre a definição dos direitos em lei e sua implementação real persiste até os dias de hoje. Tem-se também uma forte instabilidade dos direitos sociais, denotando a sua fragilidade, que acompanha uma espécie de instabilidade institucional e política permanente, com dificuldades de configurar pactos mais duradouros e inscrever-se aos direitos inalienáveis (BEHRING e BOSCHETTI, 2011, p. 71).

O exemplo mais nítido disso, no atual contexto do regime democrático liberal brasileiro, são os sucessivos ataques, retrocessos e a imensa dificuldade da implementação e efetivação dos direitos já assegurados pela Constituição Federal de 1988 e demais legislações que versam sobre os direitos sociais, em franco dismantelamento.

Vale lembrar que “até 1887, dois anos antes da proclamação da República no Brasil (1889) não se registra nenhuma legislação social” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 79), ou seja, as ações sociais ficavam sob a responsabilidade de instituições religiosas e filantrópicas. No tocante ao surgimento da política social no território brasileiro, o ano de 1923 é considerado um marco para a política social brasileira, com a promulgação da Lei Eloy Chaves e a criação das Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP) (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 80). Já os anos de 1930 e 1943, segundo Draibe (1990) podem ser caracterizados como os anos da introdução da política social no Brasil, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs).

Embora as políticas sociais sejam essencialmente necessárias e indissociáveis do modo de produção e reprodução do sistema capitalista, como já evidenciado, são também frutos das conquistas da classe trabalhadora no processo da luta de classe, por isso, a classe trabalhadora segue sendo determinante e principal protagonista na conquista de direitos sociais e trabalhistas, aliás, organizada, é capaz de promover mudanças profundas no sistema capitalista, até

mesmo, o seu fim, tal como previu Marx (1867).

Em relação às principais características essenciais das políticas sociais no Brasil da era Vargas até a Constituição de 1988, Maria Lucia Werneck Vianna (1998), em sua obra “A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil” identificou unanimidade na literatura existente sobre o assunto e sintetizou da seguinte forma:

No autoritarismo varguista, a política social serviu para incorporar, seletiva e hierarquicamente, o mundo do trabalho organizado à cidadania, diferenciando-a do “resto” da população pobre; a ditadura recente disseminou direitos sociais entre os antes excluídos, mas nivelou esta cidadania social em patamares tão baixos que a estigmatizou, afastando do sistema público os trabalhadores formais e a imensa gama de novos segmentos médios assalariados [...]. O autoritarismo pós-64 rompeu com a trajetória anterior, de natureza alemã, e inaugurou um modelo americano de política social; modelo a ele sobrevivente, refratário que se mostrou à proposta inglesa ratificada pela constituição de 88 (VIANNA, 1998, p. 143).

Sem dúvida, fruto das reivindicações históricas da classe trabalhadora, a Constituição de 1988 redefiniu o papel do Estado republicano e estabeleceu as bases normativas que permitem avanços das políticas sociais no Brasil, contudo, a efetivação desses direitos mediante políticas públicas destinadas ao bem-estar geral da população segue sendo um grande desafio. Aliás, o que tem se visto até então são sucessivos ataques de políticas neoliberais e ajustes fiscais que priorizam o aspecto econômico em detrimento do social e não permitem avanços no combate à pobreza e às desigualdades sociais no país. Excetuando os programas sociais que determinaram mudanças significativas na redução das gritantes desigualdades na última década, graças aos programas de governamentais de transferência de renda (Bolsa Família), de inclusão social e de combate à pobreza, verificados, sobretudo, nos governos progressistas, “os anos 1990 até os dias de hoje têm sido de contrarreforma do Estado e de obstaculização e/ou redirecionamento das conquistas de 1988” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 79). Esta obstaculização traduziu-se tanto no acesso à previdência social e assistência social, como no acesso aos serviços de saúde, educação e habitação.

Em virtude dos aspectos abordados, a contextualização parece ser importante para lembrar que muito antes da atual crise sanitária, econômica e social causada pela COVID-19, o desmantelamento de políticas sociais já vinha ocorrendo no país, e a partir de 2016 com uma intensidade sem precedentes, haja vista as sucessivas contrarreformas do trabalho (Lei nº 13.467, de 13 de Julho de 2017 e Lei nº 13.429, de 31 de Março de 2017), da previdência (Emenda Constitucional Nº 103) e a Emenda Constitucional Nº 95 de 2016 que congelou os gastos públicos por 20 anos.

Além de escancarar as imensas desigualdades sociais e a exclusão social preexistentes, a pandemia da COVID-19 mostrou que o modelo econômico liberal, em qualquer país do mundo, é insustentável e inviável para uma sociedade que busca o equilíbrio e a justiça social para seu povo.

No Brasil, além de expor as fraquezas e o descompromisso do governo atual para com o bem estar do seu povo, reforçou a importância e a necessidade imperativa da política social num país com profundas desigualdades sociais, pobreza extrema e exclusão social. Basta olhar como os sistemas de proteção social que vêm sendo desmanteladas pela administração pública vigente em nome do “mercado” têm sido usados amplamente para enfrentar os efeitos graves da pandemia na “ausência de diretriz estratégica de combate à disseminação e ao tratamento mais adequado para a doença” por parte do governo Federal, como apontou o relatório do O Tribunal de Contas das União (TCU) apresentado no mês de julho de 2020. O papel desempenhado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na redução de mortes por COVID-19 é o exemplo mais ilustrativo da importância da seguridade social brasileira.

No contexto da atual pandemia, apesar de ser uma situação de saúde pública que ameaça a população de um modo geral, são os/as negros/as e pobres que continuam a sofrer com os

maiores índices de morte. O distanciamento social permanece quase impossível para a maioria desta população, devido a sua condição de pobreza, de precariedade de postos de trabalho e moradia, de desemprego, de trabalho informal, de residência em regiões periféricas, vilas e favelas sem saneamento básico. A falta de condições básicas de subsistência tem impedido o cumprimento das recomendações de saúde pública, mesmo que essas medidas sejam imperativas para mitigar a disseminação da COVID-19.

O distanciamento social adequado e demais precauções contra o vírus são inimagináveis em contextos onde a população necessita sair para trabalhar em ambientes perigosos ou insalubres e retornar a suas moradias em transportes públicos lotados. É uma situação que demanda intervenções integradas e contínuas de proteção social, que garantam a segurança de moradia, o direito e acesso adequado à saúde, à educação, ao lazer, dentre outras esferas da vida. As medidas emergenciais de caráter assistencial adotadas pelos entes federados para enfrentar a pandemia obviamente não mexem tão pouco nas estruturas sociais e econômicas existentes, mas são necessárias e fundamentais para o cumprimento de medidas de distanciamento social e conter a propagação do vírus.

Pela primeira vez, em mais de 20 anos, espera-se que a pobreza global aumente. No Brasil, os dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que cerca de 3 milhões de pessoas não têm acesso regular à alimentação básica. Além disso, estudos recentes apontam para possível agravamento da exclusão social no pós-pandemia caso medidas de combate à pobreza e a exclusão não sejam tomadas. No Brasil, assim como na América Latina, como nos lembra Pochmann, et al. (2014, p 11-12) “a primeira década do século XXI trouxe consigo o retorno do crescimento econômico combinado com a redução da pobreza e desigualdade social, após o abandono das políticas de corte neoliberal”. Não obstante, autores alertam que, mesmo em países/regiões com maior protagonismo econômico a nível global, a ausência do Estado de bem-estar social nestes lugares pode aprofundar e gerar novas exclusões sociais. Nesse sentido, diante da atual conjuntura de desmonte de políticas sociais, elevados números de taxa de desemprego com fortes impactos na população imigrante, números crescentes de desalentados, sobretudo, as consequências incalculáveis da pandemia contribuirão, com certeza, para aprofundar a crescente situação de exclusão social no Brasil. Essa situação, a nosso ver, só pode ser revertida e/ou minimizada por meio da manutenção, formulação e ampliação de políticas sociais direcionadas à proteção pública.

Apesar de o capital capturar a política social para frear as contradições intrínsecas à sua natureza estrutural de produção e reprodução, a sua importância tem sido reconhecida como parte integrante e indispensável do desenvolvimento sustentado, inclusivo e sustentável. Os efeitos positivos das políticas sociais na redução das desigualdades sociais e na diminuição da pobreza são inquestionáveis. Além disso, tidas como um dos meios mais importantes da proteção pública e no enfrentamento à “questão social” (CASTEL, 1998), as políticas sociais não só são importantes e necessárias no atual contexto da pandemia, como também no mundo pós pandêmico, considerando que os impactos sociais e econômicos da crise sanitária já se provam muito mais longos do que os inicialmente prospectados.

Conjuntura de privatização e desmonte do SUS

A política de saúde brasileira, neste contexto, demonstrou-se, desde sua construção, enquanto importante marco para a política social. Como resultado de uma árdua luta construída pela classe trabalhadora, nomeado de Reforma Sanitária, no bojo da redemocratização do país, o SUS constituiu a saúde enquanto um direito, garantindo o acesso à saúde de forma universal à todos/as, além de reestruturar a gestão de forma descentralizada e considerar a participação popular na construção e no planejamento das ações de saúde de cada território.

Entretanto, tal política desenvolve-se em meio a disputas de diferentes projetos, no qual, o projeto de Reforma Sanitária dia a dia vem perdendo espaço para o projeto privatista na saúde. Enfrenta o conflitivo e brutal ataque SUS, considerado por muitos como um dos melhores sistemas de saúde universal existentes no mundo. Os ataques são imensos, como resposta às restrições financeiras impostas pelas políticas de ajuste neoliberal: privatizações,

terceirização, a eliminação das vinculações de recursos da saúde, perseguições e cortes de subsídios para serviços essenciais e para o incremento de estudos e pesquisas, essenciais para o garantir o desenvolvimento e a excelência das ciências em nosso país.

No mesmo escopo, e no âmbito geral, ampliam-se terceirizações, criaram-se contratos precários, trabalho intermitente, facilitou-se a dispensa, permitiu-se a majoração da jornada, retirou-se o caráter remuneratório de algumas verbas, fragilizaram-se as possibilidades de atuação dos sindicatos, associações, entre outras alterações contidas na contrarreforma trabalhista.

O abandono e o descaso com as populações são marcantes, cujos cortes de recursos para as políticas sociais aprofundam a desigualdade social, que aceleradamente aumenta a cada dia. Os cortes atingem em cheio a seguridade social. Os impactos são visíveis no sucateamento dos equipamentos públicos, na redução avassaladora na produção e distribuição de medicamentos, nos cortes de bolsas e recursos para a pesquisa científica, no descrédito aos/às cientistas e às ciências, com decisões que contrariam as orientações sanitárias mundiais da Organização Mundial da Saúde (OMS) em pleno epicentro da pandemia. Tais fatos configuram-se como uma imensa perversidade e crueldade com a população brasileira. Convive-se com uma superposição de antigos e novos graves problemas impostos pelo descaso governamental.

O desmonte do Estado brasileiro, das Políticas Sociais, com adoção de políticas de ajuste que emolduram a contrarreforma estatal, fortalecem a desresponsabilização do governo federal de suas atribuições no âmbito sanitário. Nesse sentido, Laura Tavares Soares (2000, p.17) já alertava para as consequências deste processo de desmonte: “As políticas de ajuste, determinadas em âmbito federal, têm trazido enormes limitações para as unidades da federação, portanto, cabe retomar a defesa do SUS, resgatando seus princípios constitucionais”.

É inegável que o SUS é um projeto em constante construção e pleno de disputas, e que divergências, sucessos, entraves e lutas políticas marcam essa política e as oscilações entre o comprometimento e o descomprometimento do Estado com o seu dever de garantir o direito à saúde, de acordo com o estabelecido no artigo 196 da Constituição Cidadã (BRASIL, 1988). Direito esse, que deveria ser assegurado através de políticas sociais e econômicas, garantindo o acesso universal e igualitário aos serviços e às ações de saúde (PAIM, 2018).

O movimento sanitário imprimiu avanços significativos na formulação do Sistema Único de Saúde, em específico ao caracterizar a saúde como direito de todos e dever do Estado, com o controle social instituído em espaços institucionais em todas as esferas de governo, sejam elas municipais, estaduais e/ou federal (MENDES et al, 2020). Embora o movimento seja constante para inviabilizar a implantação e a implementação do SUS desde seu início, através da política neoliberal desenvolvida no Governo Collor, que oportunizou a sustentação desejada pelos setores mercantilistas contra a aderência a seus princípios e sua implementação.

A morosidade de algumas ações, como o protelamento da extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a manutenção da Atenção Secundária centrada em compra de serviços privados, a centralização das decisões no Ministério da Saúde, o solapamento das bases financeiras do SUS com a desregulamentação do Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), os vetos à Lei Orgânica da Saúde e, mais tarde, a extinção da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) também marcam esse estágio de sujeição ao poder político. Os efeitos contrários à descentralização, à democratização e ao financiamento do sistema se tornaram grandes entraves não só para seus avanços como mesmo para sua sustentabilidade, além do descumprimento do Estado com o direito à saúde, não alcançando o teto de gastos e investimentos propugnado por lei.

Pós-golpe de 2016, em meio a uma pandemia com quase 160 mil mortes e muitos brasileiros dependendo da assistência médica e hospitalar, novas “pedras surgem no meio do caminho”: a necropolítica, marcada pelo negativismo da ciência e das orientações sanitárias, repassando orientações à população embasada no senso comum, contrárias às normas sanitárias em tempos de uma pandemia que arrasa o mundo, sem saídas para conter os padecimentos, adoecimentos e mortes a resposta do governo federal é “E daí?”. Juntamente com o desrespeito ao caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde em todas as esferas, negando o direito da participação popular na construção da política de saúde. Assim, a mercantilização e

a corrupção relacionada aos descalabros cometidos com os recursos destinados à compra de medicamentos e de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), insuficientes para atender tamanha demanda, foram vilipendiados pela malha política que tomou conta desse país.

Nesta mesma linha torna-se público que a atual gestão federal, em plena pandemia, com sua equipe econômica, propõe repassar ao Ministério da Economia a responsabilidade de realizar estudos para a implementação da privatização da Atenção Básica em Saúde, via parcerias público/privadas, entre outros formatos. Porém, a grande articulação social e política contrária a esta medida, fez o presidente retroceder em menos de 24 horas. Entretanto, o projeto está pronto, podendo ser reencaminhado a qualquer momento, fato que exige a manutenção e vigilância massiva do controle social, da articulação política e social.

O SUS é essencial, apesar de todos percalços, deve-se à organização e expertise dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde o sucesso da atenção na linha de frente no combate à COVID-19, garantindo o retorno de muitas pessoas que contraíram o vírus para o convívio de suas famílias. Destarte, não se pode deixar de lado a luta pelo reconhecimento como acidente de trabalho, tanto o adoecimento como a morte de trabalhadores da saúde que se colocaram na linha de frente e que contraíram COVID-19. Este é mais um capítulo que demonstra o lugar que o/a trabalhador/a ocupa neste espaço que contrapõe adoecimento e nexos causais com a doença. Aos empresários e donos do capital não interessa essa relação. Foram muitas idas e vindas, forte mobilização de associações nacionais como Associação Brasileira de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (ABRASTT), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), entre outras, não menos importantes, nessa batalha.

Na conjuntura do capital e da necropolítica, só interessa o lucro, a máxima exploração dos trabalhadores, amedrontados com as demissões, a supressão constante de seus direitos, os cortes autorizados nos salários expressamente consentidos pelo governo e a desresponsabilização das empresas. Assim, a população brasileira segue como sujeitos sujeitados às normas neo-escravocratas do neoliberalismo e dos projetos governamentais na contramão dos direitos de cidadania conforme definido e estabelecido no Artigo 6º da Constituição de 1988.

Os desdobramentos da pandemia no contexto de mercantilização da vida: o relato do RS

Conforme explicitado anteriormente, o estado de pandemia causado pela COVID-19 resultou na necessidade mundial de reordenamento do comum da vida em sociedade. A importância do isolamento e higienização, tão necessárias para a prevenção e contenção da doença, impactou de forma fundamental o funcionamento e a rotina da população, tendo diversos desdobramentos, como a questão da renda, do direito à moradia, do fechamento do comércio, do acesso a itens de higiene, do acesso à saúde, dentre outros. A insegurança causada pela desproteção social já arquitetada em uma conjuntura de golpes e escândalos é acirrada e levada ao extremo, tendo em vista a vulnerabilidade imposta à classe trabalhadora pela COVID-19.

Com este pano de fundo, abordamos os desdobramentos da pandemia no estado do Rio Grande do Sul (RS) a partir das resoluções do Conselho Estadual de Saúde do RS e das decisões do Governo do Estado, com vistas a evidenciar a importância do direito à saúde, enquanto uma política pública, estatal e universal, e da participação popular, em especial, por meio do controle social. Tal análise foi realizada a partir de documentos públicos, disponíveis no site do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, bem como documentos publicados no Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul e notícias relacionadas aos temas.

De início, se torna oportuno uma revisão temporal dos fatos relacionados à COVID-19. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em função da COVID-19, decretou Emergência Internacional de Saúde Pública, em 30 de janeiro de 2020, caracterizando a doença enquanto pandêmica em 11 de março de 2020. O primeiro caso diagnosticado no Brasil se deu no dia 26 de fevereiro de 2020, enquanto o primeiro caso no RS foi confirmado no dia 10 de março do mesmo ano.

O Governo do Estado já havia iniciado as preparações para o enfrentamento da doença

no início de janeiro, acompanhando informações de casos já existentes no Brasil, e em 28 de fevereiro foi instituído o Centro de Operações de Emergências (COE) pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), com o objetivo de investigar, manejar e notificar os casos potencialmente suspeitos de COVID-19². Entretanto, nenhuma medida de ampla escala havia sido tomada, apenas recomendações públicas para que a população tomasse o cuidado com a higienização das mãos e com o contágio pelas vias respiratórias.

Nesse sentido, no dia 17 de março de 2020, o CES/RS emitiu a Recomendação nº 03/2020, a qual sugeria que o Governo decretasse o Estado de Calamidade de Saúde Pública, solicitando que a medida fosse ampliada para o restante do país. Além disso, recomendava ainda a contratação emergencial de profissionais, a instauração de medidas para a redução de aglomeração de pessoas, inclusive no setor privado, bem como medidas para garantir o aporte de medicamentos e insumos necessários, dentre outras.

O decreto estadual nº 55.128/2020 foi publicado dois dias após a recomendação, declarando o estado de calamidade pública em todo o território do estado e incluindo o fechamento de shoppings centers e a proibição das atividades e dos serviços privados não essenciais, dentre outras ações de prevenção de contágio e enfrentamento à pandemia. Ainda na noite do dia 24 de março, o governador Eduardo Leite se manifestou publicamente³ salientando que primeiro protege-se a vida, depois os empregos, em resposta às críticas relacionadas às decisões de isolamento.

Entretanto, o Estado ainda não havia se manifestado sobre a referência de testagem da população e de trabalhadores/as da saúde, muito menos sobre a logística necessária para que os serviços de saúde fossem capazes de responder efetivamente aos futuros casos, sem correr o risco de superlotação e/ou falta de profissionais. Destarte, o CES/RS, após diversas tentativas de diálogo com a SES, emitiu a Recomendação nº 06/2020, no dia 30 de abril.

Em tal recomendação, o controle social orientava que o Estado criasse condições para reconversão industrial para produção de insumos e equipamentos necessários ao combate ao COVID-19, garantisse os EPIs para os/as trabalhadores/as de saúde, bem como a fiscalização de sua correta utilização, na esfera pública e privada. Recomendava também a recuperação e utilização de estruturas hospitalares preexistentes, as quais se encontravam desativadas em diversas regiões do estado. Com relação ao retorno das atividades econômicas, recomendava uma série de parâmetros a serem observados antes da reabertura do comércio, com vistas à segurança da população, além de solicitar resposta de suporte econômico, social e sanitário à população em isolamento social durante os 6 meses seguintes, como garantia de manutenção do isolamento social.

Cabe ressaltar o aumento de casos neste período, desde a primeira confirmação, até o término da semana epidemiológica datada no dia 25 de abril de 2020. Neste período, de acordo com o Boletim Epidemiológico nº 17 da Secretaria Estadual de Saúde, foram confirmados 1.286 casos. Deste total, 431 casos foram notificados como Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) com hospitalização, dentre os quais 43 evoluíram para óbito até o dia 27 de abril (CEVS, 2020). Ou seja, a contaminação por COVID-19 se mantinha em andamento no Estado, atingindo um número maior de casos e óbitos a cada dia, inclusive de trabalhadores/as da saúde. Sabia-se do problema e de seu crescimento, mas não haviam dados confiáveis acerca de sua dimensão real.

Contudo, apesar do crescimento contínuo dos casos e da afirmação anterior, de que a vida era mais importante do que os empregos, o Governo do Estado decide ignorar todas as recomendações e resoluções emitidas pelo Conselho Estadual, as quais argumentavam sobre a necessidade de manutenção do isolamento social com vistas ao achatamento da curva de

2 SECRETARIA DA SAÚDE DO RSb [online]. Confirmado o primeiro caso de novo coronavírus no Rio Grande do Sul. mar. 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/confirmado-o-primeiro-caso-de-novo-coronavirus-no-rio-grande-do-sul#:~:text=Trata%2Dse%20de%20um%20homem,%C3%A0%20imprensa%20no%20Pal%C3%A1cio%20Piratin>. Acesso em 03 de novembro de 2020.

3 PROTEGE-SE a vida, depois os empregos, diz Eduardo Leite após pronunciamento de Bolsonaro. GaúchaZH, Porto Alegre, 24 de março de 2020. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/politica/noticia/2020/03/protege-se-a-vida-depois-os-empregos-diz-eduardo-leite-apos-pronunciamento-de-bolsonaro-ck86pwyx01et01rzju58y5oi.html>. Acesso em 03 de novembro de 2020.

novos casos e óbitos por COVID-19, bem como apresentavam estratégias cabíveis ao estado para o enfrentamento à pandemia, lançando o então modelo de Distanciamento Controlado, via Decreto nº 55.240, no dia 10 de maio de 2020.

O modelo, apresentado sem diálogo algum com o controle social, se baseia no sistema de bandeiras, onde cada região do Estado é avaliada semanalmente. Conforme o grau de risco, avaliado pelo número de casos e pela lotação dos leitos de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), cada região recebe uma bandeira nas cores amarela (risco baixo), laranja (risco médio), vermelha (risco alto) ou preta (risco altíssimo), tendo de respeitar protocolos específicos para cada ocasião. Assim, há a flexibilização para a abertura do comércio e de serviços não essenciais, o que acarreta na fragilização do modelo de isolamento social, até então adotado pelo estado.

Além dessa decisão, a ampla testagem da população e dos/as trabalhadores/as da saúde de ainda não havia se tornado uma realidade, bem como a disponibilização eficaz de EPIs nos serviços de saúde. Assim, o CES/RS emitiu, no dia 17 de junho, a Resolução nº 02/2020, indicando a testagem de todos/as trabalhadores/as da saúde pela SES/RS, com ampla divulgação dos resultados, além do monitoramento e fiscalização com relação ao uso de EPIs. Também emite, no dia 22 de junho, a Recomendação nº 07/2020, a qual recomendava a anulação de todos os atos administrativos relacionados ao modelo de distanciamento controlado, considerando a sua ilegalidade, uma vez que não foram submetidos à apreciação da instância estadual de Controle Social do SUS.

O modelo de Distanciamento Controlado abriu margem para que as gestões municipais, insatisfeitas com os protocolos previstos para cenários mais críticos, como a bandeira vermelha, pressionassem o Estado para a categorização de bandeiras mais brandas, permitindo assim a abertura do comércio e do setor turístico. Desde seu início, tal modelo comportou diversas mudanças, tentando acalmar os ânimos dos prefeitos/as, os/as quais ameaçavam descumprir os protocolos estimados pelo Estado. Algumas bandeiras estabelecidas enquanto vermelhas, de acordo com o risco da região, amanheciam laranjas, após a pressão e recursos dos governos municipais⁴.

Em julho, o Governador do Estado propôs aumentar a autonomia dos municípios no estabelecimento de suas bandeiras, o que nomeou de “gestão compartilhada” do modelo de distanciamento controlado. Curiosamente, o número de bandeiras vermelhas segue diminuindo constantemente a cada nova avaliação semanal, sendo que a bandeira preta, a qual instituiu o protocolo de *lockdown* total frente ao risco, nunca chegou a aparecer nas avaliações, em nenhuma região do Estado.

É neste contexto que o Governo do Estado abre uma consulta pública, entre os dias 02 a 12 de julho, questionando entidades do RS acerca do retorno das aulas. Importante destacar que, para o preenchimento deste questionário, era exigido um CNPJ, portanto, as entidades de controle social e a comunidade gaúcha, a qual envolve os pais e as mães de alunos/as, sequer foram incluídas neste processo. Assim, no dia 16 de julho, o CES/RS emite a Resolução nº 06/2020, a qual exigia que o retorno das atividades escolares de forma presencial somente ocorresse a partir de análises científicas idôneas, com testagens em massa da população, o que ainda não havia ocorrido, as quais indicassem a efetiva diminuição dos casos de contágio e óbitos, bem como a plena capacidade e disponibilidade dos leitos hospitalares e de UTI da rede hospitalar do RS.

Com relação a esta Resolução, a SES apresentou consulta à Procuradoria Geral do Estado (PGE), a qual solicitava que fossem explicitados os limites da atuação do Conselho Estadual de Saúde, relacionados à emissão de opiniões relativas a atos próprios de gestão. A PGE acatou a consulta, emitindo o Parecer nº 18.398/2020, o qual conclui que o modelo de Distanciamento Controlado não deveria ser avaliado, fiscalizado ou deliberado pelo controle social e que a decisão a respeito do momento mais adequado para o retorno às aulas é incumbência da Secretaria Estadual da Educação e do Chefe do Poder Executivo. Tal decisão errônea ignora o caráter deliberativo garantido por lei ao Controle Social, bem como que o retorno às aulas

4 VELLEDA, Luciano. Distanciamento controlado: de inovador a contestado, a trajetória do modelo que enfrenta a covid-19 no RS. Sul 21, Porto Alegre, 04 de agosto de 2020. Disponível em: <https://www.sul21.com.br/ultimas-noticias/coronavirus/2020/08/distanciamento-controlado-de-inovador-a-contestado-a-trajetoria-do-modelo-que-enfrenta-a-covid-19-no-rs/>. Acesso em 03 de novembro de 2020.

impacta diretamente na condição de saúde da população e dos serviços de saúde, tendo em vista o contexto de pandemia causado pela COVID-19, sendo, portanto, matéria de deliberação do órgão fiscalizatório da Política de Saúde.

Para além de uma conjuntura de pandemia, tal parecer constitui uma ameaça à instância da participação popular no Sistema Único de Saúde, algo duramente conquistado a partir da luta coletiva. O desejo de tornar os Conselhos em órgãos meramente consultivos, sem seu poder de fiscalização e deliberação, representa o retrocesso total na história do SUS e de sua consolidação enquanto política pública construída com a participação popular, com vistas a atender as demandas da população usuária dos serviços.

Conforme evidenciado, foi essa instância, representada pelo Conselho Estadual de Saúde, que apresentou, em suas resoluções e recomendações, argumentos, estratégias e dados fundamentais para a prevenção necessária, ressaltando a importância do isolamento social frente à pandemia da COVID-19. E foi apenas após estes tensionamentos que, hoje, o Estado apresenta dados de trabalhadores/as da saúde contaminados, bem como uma certa ampliação na testagem e acompanhamento dos casos, embora não seja na amplitude recomendada pelo CES/RS.

O Rio Grande do Sul apresentou ao final do mês de outubro, mais de 25 mil casos confirmados de COVID-19, além de 5.844 óbitos pela doença. A taxa de ocupação de leitos de UTI atingiu 71,1% em todo o estado, neste período. Até o dia 09 de novembro, não há nenhuma bandeira vermelha ou preta entre todas as regiões do território, no modelo de Distanciamento Controlado, sendo que todas as regiões estão caracterizadas enquanto risco médio (bandeira laranja). O Governo do Estado emitiu, em 05 de setembro de 2020, o Decreto nº 55.465, o qual estabelece o cronograma de retorno às aulas, o que já vem sendo realizado de forma gradativa. Emitiu ainda, no dia 26 de novembro, o Decreto nº 55.559, o qual libera a abertura de casas noturnas, shows e festas. A testagem em ampla escala da população e dos/as trabalhadores/as da saúde ainda não foi realizada, assim como as diversas recomendações estabelecidas pelo Controle Social.

Nesse sentido, e frente a estes dados, destaca-se a importância da atuação do CES/RS, como órgão fundamental de articulação e enfrentamento à realidade imposta, na defesa da vida e da saúde da população. Se reafirma ainda, a necessidade de fortalecimento do SUS e de sua defesa, de acordo com a fundamentação da Reforma Sanitária, enquanto esfera de fundamental necessidade para a prevenção e para o atendimento dos casos de COVID-19.

Considerações Finais

O contexto da pandemia causada pela COVID-19 evidenciou a necessidade do debate acerca da proteção social, assim como da mercantilização da vida, em uma conjuntura de dominância do capital financeiro e da barbárie. Conforme afirmado anteriormente, a política social permanece flutuante de acordo com os interesses demandados em um sistema burguês, permeada pelos tensionamentos da classe trabalhadora em um cenário de luta de classe.

Nesse sentido, a política de saúde brasileira sofre constantemente e desde a construção do SUS, a disputa de projetos antagônicos, representados pelo projeto da Reforma Sanitária e pelo projeto privatista, em suas formas mais radicais. Tal disputa, ganha força no período da pandemia, explicitando os interesses do capital em mercantilizar a saúde da população e lucrar com sua vulnerabilidade. Coloca-se a economia a frente da vida, como esfera de defesa primordial do Estado, em detrimento da segurança e da proteção dos sujeitos.

A conjuntura gaúcha comprova tais movimentações, demonstrando as decisões do Governo do Estado. Decisões que põe em risco a saúde da população e que ignoram o caráter deliberativo do Controle Social, esfera importante de participação popular na construção de estratégias de enfrentamento e na fiscalização das ações realizadas pela gestão. Trata-se de uma conjuntura de descaso e do retrocesso de conquistas tão importantes e já consolidadas via Constituição Federal.

Assim, conclui-se que a defesa do SUS e do direito à saúde, acima de sua mercantilização e da lógica financeira dos lucros, ganha destaque no contexto da pandemia. Ao mesmo tempo,

umentam também as tentativas de desmonte, sucateamento, privatização e cerceamento da participação popular dentro da política de Saúde. É preciso estar atento e forte, para a garantia do direito à saúde e para a manutenção da conquista representada pelo SUS, advinda de muita luta e permeada pela construção coletiva. Afinal, as vidas devem estar sempre acima dos lucros. Viva o SUS!

Referências

AVELÃS NUNES, António José. **Aventuras e desventuras do Estado Social**. Revista da Fundação Brasileira de Direito Econômico. Vol. 3. 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. **"Igualdade Racial"**. Políticas Sociais - acompanhamento e análise, nº 11 (Vinte Anos da Constituição Federal - volume 3). Brasília: Ipea, 2005.

BRASIL, LEI N. 13.429, DE 31 DE MARÇO DE 2017. Altera dispositivos da Lei n. 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros.

BRASIL, LEI N. 13.467, DE 13 DE JULHO DE 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis n. 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2008

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

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SULa [online]. Recomendação nº 03/2020. mar. 2020. Disponível em: http://www.ces.rs.gov.br/download/20200319153002recomendacao_03_2020_ces___coronavirus__1_.pdf. Acesso em 03 de novembro de 2020.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SULb [online]. Recomendação nº 06/2020. abr. 2020. Disponível em: http://www.ces.rs.gov.br/download/20200507155714recomendacao_06_2020___covid.pdf. Acesso em 03 de novembro de 2020.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SULc [online]. Recomendação nº 07/2020. jun. 2020. Disponível em: http://www.ces.rs.gov.br/download/20200623161126recomendacao_ces_07.2020___decreto_distanciamento_controlado.pdf. Acesso em 03 de novembro de 2020.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SULd [online]. Resolução nº 02/2020. jun. 2020. Disponível em: http://www.ces.rs.gov.br/download/20200623161026resolucao_ces_02.2020___testagem_profissionais_saude.pdf. Acesso em 03 de novembro de 2020.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SULe [online]. Resolução nº 06/2020. jul. 2020. Disponível em: http://www.ces.rs.gov.br/download/20200721145212resolucao_06_2020__retorno_as_aulas.pdf. Acesso em 03 de novembro de 2020.

DRAIBE, Sônia Míriam. **As Políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas.** In: IPEA/ IPLAN. Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas. Brasília, 1990

INSTITUTO TRABALHO DIGNO (ITD) & Auditores Fiscais pela Democracia (AFD). **Ministério do Trabalho: ressurgimento para quê, para quem?** Brasil, abril de 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS).** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927- 1936, Out. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03 de novembro de 2020.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Política social contemporânea: concepções e configurações no contexto da crise capitalista.** A política social na América do Sul: perspectivas e desafios no século XXI. Ponta Grossa: Editora UEPG, p. 15-26, 2013.

POCHMANN, Márcio et al. **Atlas da exclusão social no Brasil: dez anos depois.** São Paulo: Cortez Editora, 2014.

PROCURADORIA GERAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL [online]. **Boletim de pareceres e orientações jurídicas informativo dos órgãos integrantes da consultoria-geral da PGE/RS nº 39.** ago. 2020. Disponível em: <https://www.pge.rs.gov.br/upload/arquivos/202010/23093923--boletim-de-pareceres-e-orientac-o-es-juri-dicas-pge-n-39.pdf>. Acesso em 03 de novembro de 2020.

PROTEGE-SE a vida, depois os empregos, diz Eduardo Leite após pronunciamento de Bolsonaro. GaúchaZH, Porto Alegre, 24 de março de 2020. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/politica/noticia/2020/03/protege-se-a-vida-depois-os-empregos-diz-eduardo-leite-apos-pronunciamento-de-bolsonaro-ck86pwyx01et01rzju58y5oi.html> Acesso em 03 de novembro de 2020.

RAMOS, G. T. et al. (coords.). **O golpe de 2016 e a reforma da Previdência: narrativas de resistência – Bauru: Canal 6, 2017.**

RIO GRANDE DO SUL [online]. **Painel Coronavírus RS** Disponível em: <https://ti.saude.rs.gov.br/covid19/>. Acesso em 03 de novembro de 2020.

RIO GRANDE DO SULa. **Decreto nº 55.128.** Declara estado de calamidade pública em todo o território do Estado do Rio Grande do Sul para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo COVID-19 (novo Coronavírus), e dá outras providências. Disponível em: <https://ssp.rs.gov.br/upload/arquivos/202003/25131743-decreto55128-atualizadoate23032020.pdf>. Acesso em 03 de novembro de 2020.

RIO GRANDE DO SULb. **Decreto nº 55.128.** Institui o Sistema de Distanciamento Controlado para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo novo Coronavírus (COVID-19) no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, reitera a declaração de estado de calamidade pública em todo o território estadual e dá outras providências. Disponível em: <https://saude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202005/12091118-55-240.pdf>. Acesso em 03 de novembro de 2020.

RIO GRANDE DO SULc. **Decreto nº 55.465.** Estabelece as normas aplicáveis às instituições e estabelecimentos de ensino situados no território do estado do Rio Grande do Sul, conforme as medidas de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo novo coronavírus (COVID-19) de que trata o decreto nº 55.240, de 10 de maio de 2020, que institui o sistema de distanciamento controlado e dá outras providências. Disponível em: http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100018.asp?Hid_IdNorma=68761. Acesso em 03 de novembro de 2020.

RIO GRANDE DO SULd. **Decreto nº 55.569.** Determina a aplicação das medidas sanitárias segmentadas de que trata o art. 19 do Decreto nº 55.240, de 10 de maio de 2020, que institui o Sistema de Distanciamento Controlado para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo novo Coronavírus (COVID-19) no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, reitera a declaração de estado de calamidade pública em todo o território estadual.. Disponível em: <https://coronavirus-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202010/27093320-decreto-55559.pdf>. Acesso em 03 de novembro de 2020

SECRETARIA DA SAÚDE DO RSa [online]. **Boletim Epidemiológico COVID-19 COERS Semana 17.** abr. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.rs.gov.br/upload/arquivos/202005/07181725-boletim-epidemiolo-gico-covid-19-coers-se-17-final.pdf>. Acesso em 03 de novembro de 2020.

SECRETARIA DA SAÚDE DO RSb [online]. **Confirmado o primeiro caso de novo coronavírus no Rio Grande do Sul. mar. 2020.** Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/confirmado-o-primeiro-caso-de-novo-coronavirus-no-rio-grande-do-sul#:~:text=Trata%2Dse%20de%20um%20homem,%C3%A0%20imprensa%20no%20Pal%C3%A1cio%20Piratin>. Acesso em 03 de novembro de 2020.

SOARES, Laura Tavares. **As atuais políticas de saúde:** os riscos do desmonte neoliberal. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 53, n. spe, p. 17-24, Dez. 2000 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03 de novembro de 2020.

VELLEDA, Luciano. **Distanciamento controlado:** de inovador a contestado, a trajetória do modelo que enfrenta a covid-19 no RS. Sul 21, Porto Alegre, 04 de agosto de 2020. Disponível em: <https://www.sul21.com.br/ultimas-noticias/coronavirus/2020/08/distanciamento-controlado-de-inovador-a-contestado-a-trajetoria-do-modelo-que-enfrenta-a-covid-19-no-rs/>. Acesso em 03 de novembro de 2020.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil:** estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan: UCAM, IUPERJ, 1998.

Recebido em: 15 de fevereiro de 2021

Aceito em: 22 de fevereiro 2021