

O DIREITO À SAÚDE, A UNIVERSALIDADE E A PROTEÇÃO DOS TRABALHADORES: DESAFIOS DO SUS NA PANDEMIA

THE RIGHT TO HEALTH, UNIVERSALITY AND THE PROTECTION OF WORKERS: CHALLENGES OF SUS IN THE PANDEMIC

Danielly Santos dos Anjos Cardoso 1
Lenira Maria Wanderley Santos de Almeida 2
Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira 3
Bruna Kívia da Silva Cândido 4

Resumo: A pandemia pelo SARS-CoV-2 tem revelado a condição de fragilidade econômica, política, social e sanitária brasileira. Por outro lado, evidencia a potência do SUS como um sistema de caráter universal capaz de garantir o direito à saúde, em que pesem sua fragilização pelos ataques e o desmonte engendrados pelas forças do capital. Além disso, escancara a situação de exposição e insegurança a que os trabalhadores em saúde estão submetidos. Nesse contexto, o presente artigo traz uma reflexão crítica abordando o direito à saúde e o conceito ampliado, visando à superação da prática hegemônica, o fortalecimento e a defesa de sistemas universais de saúde; enfatiza a atenção primária como ordenadora e coordenadora da atenção à saúde e compreende que tais abordagens são necessárias ao enfrentamento da Covid-19, bem como para proteção e a segurança dos trabalhadores em saúde que estão na linha de frente da pandemia.

Palavras-chave: Direito à saúde. Universalidade. Covid-19. Saúde do trabalhador.

Abstract: The pandemic from SARS-CoV-2 has revealed the condition of Brazilian economics, politics, social and sanitary fragility. On the other hand, it shows the SUS power as a system of universal character capable of guarantee the right to health, despite its fragility by the attacks and dismantling engendered by the forces of capital. Besides that, it shows wide open the situation of exposition and insecurity of which the workers of the health department are subjected to. In this context, the current article brings a critical reflection approaching the right to health and the broader concept, aiming to overcome the hegemonic practice, the strengthening and the defense of universal health system, emphasizes the care as the ordering and coordinator of health care and understands that those approaches are necessary to face Covid-19, as well as, the security of health workers who are on the front line on the pandemic.

Keywords: Right to health. Unified Health System. Covid-19. Occupational Health.

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (PPGENF/UFAL). Doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Professora na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (EENF/UFAL), na área Saúde Coletiva. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6020493201445668>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2437-4982>. E-mail: danielly.anjos@eenf.ufal.br. 1

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Professora Adjunta na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (EENF/UFAL), na área Saúde Coletiva. Líder do Grupo de Estudos Trabalho, Enfermagem e Saúde Coletiva (GETESCO). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5460017941826562>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3598-6098>. E-mail: leniramsalmeida@gmail.com. 2

Enfermeira. Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (PPGSS/UERJ). Professora Adjunta na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (EENF/UFAL), na área Saúde Coletiva. Líder do Grupo de Pesquisa Vulnerabilidades e doenças Negligenciadas (GP-VDN). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8839846984656013>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0167-5889>. E-mail: keila.oliveira@eenf.ufal.br. 3

Graduanda em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (EENF/UFAL). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9255037280338159>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6112-4603>. E-mail: brunakivia@hotmail.com. 4

Introdução

O atual contexto de emergência sanitária vivenciado globalmente desde o dia 11 de março de 2020, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou estado de pandemia pelo SARS-CoV-2, e nacionalmente, em 26 de fevereiro, no estado de São Paulo, quando o Brasil registrou seu primeiro caso (OPAS, OMS, 2020), evidencia não só o desdobramento de uma crise estrutural maior, mas a necessidade de consolidação dos sistemas universais de saúde como garantia de acesso e do direito à saúde e de assegurar a proteção aos trabalhadores que estão atuando na linha de frente.

A pandemia pela Covid-19 escancara as consequências das desigualdades sociais e das iniquidades presentes na existência (des)humana, decorrentes do modelo econômico capitalista em sua versão mais cruel – o capitalismo neoliberal. A relação perversa e histórica entre capital e trabalho expôs o itinerário de barbárie humana, uma vez que milhões de vidas estão sendo afetadas e/ou perdidas, colocando em xeque essa lógica excludente de viver, pautada pela estratificação social, pela privatização e pela coisificação do existir. Há que se retomar o percurso da humanidade a partir da acumulação de experiências e conhecimentos produzidos sobre o direito à saúde como a própria expressão do direito à vida.

Este momento pandêmico peculiar na história da humanidade, resultante do intenso processo de acumulação de capital financeiro, avanço de princípios neoliberais, autoritarismo mundial expresso na atualidade por práticas negacionismo, obscurantismo e ultraconservadorismo tem incidido diretamente na configuração econômica, epidemiológica e demográfica da população. Pelo seu caráter sinérgico, muitos autores caracterizam tal fenômeno por sindemia, pois tem afetado várias dimensões da vida e do trabalho, exigindo uma articulação e ações de enfrentamento intersectorial (COSTA, 2019; HORTON, 2020).

É importante destacar a influência da globalização e das relações produtivas no capitalismo com a ocorrência das pandemias. Diante da grande interdependência dos países, especialmente quanto à circulação de pessoas e mercadorias, as contradições do modelo econômico se intensificam, aprofundando as desigualdades sociais, a negação de direitos, a condição de fragilidade da população e dos trabalhadores em saúde, além da restrição do acesso à saúde devido às reformas dos sistemas de saúde mundiais em curso e já efetivadas (FERREIRA, 2014).

A globalização, mais visível nas áreas de produção da riqueza, também afetou as relações de produção social, cultural e subjetiva, com ênfase no trabalho em saúde. O mundo do trabalho encolheu, marcado pelo desemprego e por novos modos de entrada do mercado de bens e serviços, comprometendo o mundo simbólico e a vida cotidiana e influenciando a visão de mundo e os padrões de qualidade de vida e de saúde, revelou a condição de fragilidade a que os trabalhadores em saúde estão expostos (MINAYO, 2004).

Com vistas a refletir sobre esses aspectos aqui pontuados, o presente artigo parte de uma revisão narrativa da literatura e apresenta reflexões teóricas, inicialmente, sobre o direito à saúde e o seu conceito ampliado, numa perspectiva histórica sobre a conquista constitucional, o surgimento do SUS e o impacto da crise sanitária atual. Em seguida, discorre sobre o desafio da universalidade no SUS, considerando a omissão, as práticas negacionistas, a ausência de decisões e de iniciativas assertivas por parte do governo brasileiro no enfrentamento da pandemia de Covid-19 e a insegurança e desproteção vivenciada pelos trabalhadores em saúde que estão na linha de frente.

O direito à saúde e o conceito ampliado: uma abordagem necessária no enfrentamento da pandemia.

No decorrer da história humana, a partir do contexto das civilizações, diversos paradigmas e modelos foram construídos para conceituar a saúde: mágico-religioso, empírico-racional, biomédico, como ausência de doença, da história natural da doença, como bem-estar, da determinação social da saúde, como direito, e algumas abordagens integradoras (BATISTELLA, 2007). Apesar da diferença significativa de tempo entre os primeiros conceitos e modelos estabelecidos e o momento atual, é possível perceber que todos ainda subsistem e coexistem na

complexidade do mundo pós-moderno.

Entre todos os paradigmas citados, a concepção de saúde como ausência de doença e o modelo biomédico ainda se estabelecem como hegemônicos. Fundamentados no biologicismo, reduzem processos de saúde e adoecimento a condições fisiológicas ou alterações patológicas do corpo humano, com enfoque na doença. Inclusive na formação em saúde, têm respaldo na ciência positivista e na prática assistencialista nos serviços de saúde, contando com o médico como protagonista, numa lógica curativista e hospitalocêntrica. Tal concepção e modelo, de fato, servem ao modo de produção capitalista, que na saúde se expressa no complexo médico-industrial, sendo problemas e necessidades em saúde individual e coletiva colocados como produtos/mercadorias acessíveis a quem pode comprar. Desse modo, mostram-se insuficientes para atender às reais necessidades em saúde das pessoas e comunidades.

Em contraposição a esse paradigma, há a concepção do direito à saúde. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, emitida em 1948 pelos Estados-Membros da Organização das Nações Unidas (ONU), no período pós-Segunda Guerra Mundial, reconhece a saúde como direito humano fundamental em seu artigo 25 (DALLARI, 1988); os trinta artigos da Declaração consideram a dignidade como inerente à pessoa humana, sendo esta portadora de direitos inalienáveis. O panorama histórico desse momento era a consolidação do Estado de Bem-Estar Social, instaurado nos países europeus no período da Guerra Fria, que “propiciou a formação dos sistemas universais de saúde ou de seguridade” (AMORIM; PERILLO, 2014), como o pioneiro inglês *National Health Service* (NHS).

A gênese do direito à saúde também deve ser analisada sob a ótica das relações entre capital e trabalho, que muitas vezes é invisibilizada devido ao fato de o Estado de Bem-Estar Social motivar “o provimento crescente de atividades ligadas à esfera da reprodução das condições de vida da população, sob a responsabilidade pública” (NOGUEIRA; PIRES, 2004), desvinculando-as da esfera produtiva.

No Brasil, a concepção do direito à saúde foi desenvolvida pelo Movimento da Reforma Sanitária e estabelecida na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com marcante participação social, num contexto de transição política delicado da história recente, de redemocratização do país (ROSÁRIO; BAPTISTA; MATTA, 2020). Tal concepção e sua intrínseca relação com a democracia concretizam-se no âmbito legal na Constituição Federal de 1988, que institui o SUS e estabelece em seu Art. 196 a saúde como “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” (BRASIL, 1988).

O conceito ampliado de saúde declarado no SUS contrapõe-se ao modelo hegemônico, pois compreende a saúde como “resultado das formas de organização social” (BRASIL, 1986), que se concretizam nas condições sociais, econômicas, ambientais, culturais e individuais da população, manifestadas de maneiras diversas ou mesmo antagônicas. Assim, para uma realidade tão vasta, as proposições e intervenções do setor abrangem promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, e prevenção de riscos, doenças e agravos.

Os princípios organizativos e doutrinários do SUS são detalhados nas leis orgânicas da saúde nº 8.080/90 e 8.142/90. A lógica antes restritiva e excludente de oferta de ações e serviços de saúde dá lugar à conquista de princípios de universalidade, integralidade e equidade. A universalidade com ampliação do acesso, tal como requer a saúde enquanto direito de cidadania (ROSÁRIO; BAPTISTA; MATTA, 2020). A integralidade das ações e serviços, na qual os níveis de complexidade e de atenção à saúde interagem e se articulam também intersetorialmente. A equidade na atenção à saúde, em combate aos privilégios e em favor da justiça social (BRASIL, 1990).

Para isso, o SUS deve estruturar-se em redes de atenção que se descentralizam, prezando pela capilaridade. Os serviços devem responder, através dos órgãos e autoridades sanitárias, às necessidades, potencialidades e fragilidades do território, apresentadas também pela participação comunitária, que se efetiva no controle social (BRASIL, 1990).

A operacionalização do conceito ampliado e da própria efetivação do direito à saúde esbarra nas investidas exitosas do capital financeiro e do avanço do complexo médico-industrial

que se enraíza no neoliberalismo, haja vista o atual cenário político do país, de tal forma que os protagonistas da Reforma Sanitária Brasileira afirmam que “fundamentalmente, deve-se admitir que o objetivo de assegurar o direito universal à saúde não foi alcançado” (SOUZA, 2019) e que o “SUS foi implantado, mas não se encontra consolidado” (PAIM, 2018).

O modelo de atenção à saúde que a compreende como direito requer a valorização da vida humana, numa lógica sustentável e de redução de iniquidades. Isto implica o reconhecimento das profundas desigualdades sociais brasileiras e de intervenções nestas, por meio de ações intersetoriais e da atuação multi e interprofissional nos serviços de saúde, executadas a partir de planejamento estratégico e participativo.

Essa compreensão acarreta a superação do raciocínio curativista pelo conceito e a estratégia da promoção da saúde, que “propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados a favor da qualidade de vida” (BUSS et al., 2020a). A promoção da saúde pode ainda ser efetivada sob duas lógicas operacionais em dois grandes grupos: um que privilegia os comportamentos individuais e no seio familiar, e outro que considera os determinantes e condicionantes gerais da saúde (BUSS et al., 2020a).

No contexto atual de pandemia pela Covid-19, cujas ações de combate às infecções e mortes perpassam por atitudes individuais e coletivas, é preciso agir considerando as duas lógicas operacionais da promoção da saúde. Isso se fundamenta nos princípios de priorização e valorização da vida e da dignidade da pessoa humana, contrariando a farsa ideológica sustentada pelo mais alto escalão do governo brasileiro de polarizar saúde e economia.

A crise sanitária atual é agravada pela crise política e econômica; nela, a conduta ante a pandemia é fundamentada no negacionismo científico, na contraposição à bioética e aos direitos humanos, e em estratégias biopolíticas da razão neoliberal (CAPONI, 2020). Essa lógica nefasta foi difundida nos discursos e práticas: de negação, posterior relativização e naturalização genocida da pandemia; na realização e incentivo de aglomerações, quando se recomendava o distanciamento físico entre as pessoas; nas brigas políticas entre o presidente da República, governadores e prefeitos pelas recomendações sanitárias; na falta de coordenação setorial e ministerial das ações de combate ao vírus; no incentivo à população ao consumo de medicamentos sem comprovação científica; no desprezo ao número de mortos e famílias enlutadas; e mais atualmente, na negligência quanto à vacinação da população.

O direito à saúde pública, gratuita e de qualidade, conquistado no texto constitucional, precisou ser defendido desde que instituído, através de articulação política e social, para que fosse assegurado em face das investidas neoliberais de cortes financeiros, sucateamento e privatização. Hoje, mais do que nunca, essa defesa precisa ser enfática e vigilante, haja vista as reformas que vêm ocorrendo na concepção de universalidade nos sistemas de saúde mundiais e, conseqüentemente, o avanço histórico do desmonte do SUS pelo governo federal, inclusive evidenciando a intenção de privatizar a atenção primária em plena pandemia.

Essa constatação se materializa quando a presidência da república sanciona o Decreto 10.530 de 26 de outubro de 2020 que dispõe sobre o fomento de parcerias público-privadas para a atenção primária à saúde (BRASIL, 2020b). Decreto esse logo revogado em 28 de outubro de 2020 pelo Decreto nº 10.533, devido à pressão popular, dos movimentos sociais e entidades representativas em defesa do SUS organizados em Frentes de luta e resistência, como exemplo pode-se citar a Frente Nacional Contra Privação da saúde composta por diversos Fóruns estaduais em torno da luta contra a privatização da saúde; que emitiu uma nota reivindicatória exigindo revogação imediata do Decreto em 29 de outubro de 2020 (FNCPS, 2020).

Como também, os esforços mobilizados pelo movimento ampliado da Frente pela Vida, tanto pelas proposições e ações em diálogo direto com a população, quanto pela construção coletiva do Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 (ABRASCO et al, 2020), divulgado em julho de 2020, como uma alternativa diante da omissão instalada pelo governo federal diante do contexto de emergência sanitária instalada.

Desse modo, o Plano propõe: expandir e qualificar a atenção primária à saúde; assegurar o acesso regulado à atenção especializada; ampliar a oferta de serviços hospitalares; reforçar os sistemas logísticos e de apoio das redes de atenção à saúde; intensificar a cooperação do pacto federativo; aprimorar a gestão do SUS; estimular e apoiar a participação e o controle

social do SUS; promover uma política de gestão permanente do trabalho em saúde; proteger a saúde dos trabalhadores em saúde e em todas as áreas; reduzir o sofrimento social decorrente dos efeitos da Covid-19; fortalecer o sistema de proteção social; atender às necessidades das populações específicas, em pobreza e extrema pobreza; e garantir os direitos humanos (ABRASCO et al, 2020).

A importância da universalidade do SUS no enfrentamento da Covid-19.

Na conjuntura global e nacional, permeada por reformas de diferentes ordens, no âmbito da saúde destaca-se a controvérsia em torno das concepções de universalidade. Segundo Laurell (2016, p. 2), “o direito à saúde tornou-se tema de debate e de luta político-ideológica. Isso ocorre porque existem atualmente duas concepções diferentes do que significa direito universal à saúde”.

A primeira concepção de sistemas universais de saúde é compreendida como a garantia do acesso e direito à saúde integral como um bem inalienável à vida, organizado em uma rede de atenção à saúde com adstrição territorial, guiada pelo conceito ampliado, pelas necessidades de saúde e pela atenção primária. A segunda, a ideia da cobertura universal, desconsidera a saúde como direito e a trata como um negócio a ser comercializado pelas seguradoras de saúde privada em diferentes formatos compatíveis com as diversas classes socioeconômicas da população e o respectivo pacote básico de serviços (GIOVANELLA et al., 2018; BARROS e FILHO, 2015).

Esse debate ocorre desde 2005, mas se intensificou a partir de 2015, quando os organismos internacionais – Organização Mundial de Saúde (OMS), Banco Mundial (BM) e Organização das Nações Unidas (ONU) – difundiram e o inseriram como uma meta a ser alcançada pelos países nos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) (OCKÉ-REIS, 2016; GIOVANELLA et al., 2018; BUSS, 2020b).

A discreta similitude entre as concepções de universalidade gera um equívoco intencional nas diferentes compreensões de acesso e direito à saúde. Além de esconder finalidades e interesses que giram em torno da redução de custos e da livre competição da iniciativa privada, repercute na restrição de acesso universal aos serviços de saúde (GIOVANELLA et al., 2018; GÖTTEMS e MOLLO, 2020).

Por não haver consenso mundial sobre a concepção de universalidade a ser adotada entre os países, muitas reformas nos sistemas de saúde estão em curso ou já foram efetivadas. Seja para a manutenção ou a ampliação do acesso e do direito à saúde na perspectiva dos sistemas universais de saúde, seja pela limitação e constrangimento como opera a cobertura universal.

Nesse sentido, Barros e Filho ressaltam que:

É perceptível a intenção do capital financeiro internacional em introduzir-se no setor saúde e seguridade social dos países em desenvolvimento, muitos dos quais se encontram premidos pelas necessidades de saúde e os direitos de seus cidadãos e pela carência de recursos fiscais. (2015, p. 1.333).

No que se refere ao enfrentamento da Covid-19 ou de qualquer outra emergência sanitária, sabe-se que é imprescindível um sistema de saúde estruturado e fortalecido, competente para o desenvolvimento de pesquisa e vigilância em saúde, como também com trabalhadores atuantes, críticos, suficientemente qualificados e com condições adequadas de trabalho (VENTURA et al., 2020). No contexto vivenciado, faz-se necessário o investimento por parte dos governos não só em sistemas de saúde públicos, como também no combate à fome, à pobreza, à extrema pobreza, ao desemprego e a todo tipo de desigualdade, além da garantia do acesso universal, integral, equânime, e do direito à vida e à saúde (OPAS/OMS, 2020).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), maior representação dos países da América Latina, convive com essa dupla contradição de concepções de universalidade entre seus Estados-membros. Só o Brasil é que desde 1988 adotou o SUS como um sistema público

e universal. Desde sua criação e regulamentação em 1990 – com as leis orgânicas da saúde 8.080 e 8.142 – que o SUS sofre desmontes e constrangimentos, tanto em sua implementação conforme idealizado e regulamentado, quanto em seu financiamento. Ainda assim, o SUS com a efetivação da democratização do acesso, a capilarização da atenção primária e a ampliação dos serviços nos diferentes níveis de atenção garantiu avanços significativos (GIOVANELLA et al., 2018).

No primeiro trimestre da pandemia, os números já indicavam uma situação mundial preocupante: mais de 118 mil casos registrados em 114 países e 4.291 óbitos; atualmente, na primeira quinzena de dezembro de 2020, contabilizam-se 72.847.422 infectados e 1.621.150 mortes, apontando em muitos países para uma nova onda, devido ao expressivo e recente aumento no número de casos. No Brasil, nesse mesmo período, somam-se 6.674.999 casos confirmados e 178.159 vidas perdidas (OPAS/OMS, 2020).

Desde o primeiro caso confirmado iniciou-se a tentativa, por parte do Ministério da Saúde (MS), de monitorar o número de casos, o ritmo de contaminação, estruturar o SUS, equipar os serviços de saúde e qualificar as equipes para o enfrentamento do problema que se instalava. Além disso, o governo e a grande mídia investiram maciçamente nas orientações de prevenção, proteção e higienização contra a disseminação do novo coronavírus, especialmente no uso de máscaras, álcool em gel a 70%, isolamento e distanciamento social.

Apesar de todas essas iniciativas, contraditoriamente, pratica-se até o momento presente, março de 2021, uma política de morte protagonizada pelo presidente da República e sua ala ideológica. Observa-se a omissão e a ausência de decisões e iniciativas assertivas por parte do governo que enfrentem a pandemia da Covid-19 no país de maneira mais veemente e responsável. O não investimento adequado em monitoramento, em vigilância à saúde, em aquisição de material e equipamentos de proteção e em cuidado suficientes para trabalhadores e usuários do SUS, somada à necessidade de pessoal capacitado para lidar com tantos protocolos terapêuticos e de biossegurança impostos pela situação de crise sanitária, culminou com o caos sanitário no país, resultando em quase 300 mil mortos pela Covid-19.

Ainda que o SUS apresente muitas fragilidades e desafios a serem superados, é reconhecidamente um dos maiores sistemas universais de saúde do mundo, pelo caráter universal, por compreender a saúde como um direito de cidadania e por expressar “uma visão de mundo onde o bem-estar coletivo, a dignidade e a vida humana são valores fundamentais” (LAURELL, 2016, p. 2). O SUS abrange, em seu arcabouço legal e operacional, os três níveis de atenção à saúde, sendo a atenção primária por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) o modelo de atenção preferencial como porta de entrada, ordenadora e coordenadora do cuidado integral à saúde, articulada com a rede especializada, ambulatorial e hospitalar.

Neste sentido, o fortalecimento desse modelo de atenção à saúde, torna-se crucial para lidar com as demandas ocasionadas pelo SARS-CoV-2, considerando que aproximadamente 80% dos casos manifestam-se de forma leve ou moderada, inclusive para evitar a superlotação com estrangulamento na atenção terciária por falta de leitos, de trabalhadores em saúde, de equipamentos, entre outras necessidades (SARTI et al., 2020). Considera-se ainda a atuação importante da atenção primária, especialmente por meio da ESF, no controle territorial e de indicadores de saúde, no que se refere ao monitoramento e redução de casos e ao agravamento das pessoas com COVID-19, além da prevenção e promoção da saúde em geral.

Nesta pandemia ampliou-se a oferta de leitos no SUS, contratos de novos trabalhadores em saúde e compras de equipamentos em geral, o que evidenciou toda a potência do sistema, mas também a necessidade e a possibilidade de um maior financiamento por parte do governo, especialmente destinado aos serviços públicos estatais. O país já tinha uma oferta de 55.101 leitos de UTI, sendo 27.445 exclusivos do SUS; contou, ainda, com 8.940 novos leitos exclusivos para o atendimento dos casos mais graves pela Covid-19 (BRASIL, 2020). Hoje, muitos desses leitos foram desativados, e alguns estados como São Paulo e Rio de Janeiro já apresentam grave aumento no número de casos pós-processo eleitoral. Essa situação expõe uma flagrante negligência em todo o país com as medidas de proteção para minimizar o contágio pelo novo coronavírus devido à frágil responsabilidade coletiva, à grande flexibilização e à ausência de medidas mais enérgicas em defesa da vida e acima do lucro.

Embora em outro momento de emergência sanitária o Brasil tenha assumido o protagonismo mundial em conhecimentos produzidos e no combate ao Zika-Vírus, em relação à Covid-19 não vem ocorrendo o mesmo, devido aos baixos investimentos do atual governo no SUS, na ciência e nas universidades (LANA et al., 2020). Corroborando essa afirmativa, a principal pesquisa realizada no Brasil sobre o acompanhamento do comportamento da pandemia, a EPICovid-19, financiada pelo MS e realizada pela Universidade Federal de Pelotas, revela um número de casos seis vezes maior que o notificado oficialmente (GUIMARÃES, 2020).

A ONU destaca que de toda população mundial, mais de 3 bilhões de pessoas não apresentam o mínimo de condições básicas para se proteger contra o novo coronavírus. Situação extremamente preocupante, sobretudo nos países de baixa e média renda, como o Brasil, pois aprofunda as diferentes crises em curso (econômica, social, política, ambiental, cultural e da saúde), mas também agrava os impactos negativos causados nas várias dimensões da vida, particularmente nas populações específicas e em extrema pobreza (DOMINGUES; CARDOSO; MAGALHÃES, 2020).

Os números dessa pandemia expressam um perfil: são populações que apresentam baixa ou nenhuma renda, em consequência das altas taxas de desemprego; moram em condições precárias de acomodação e higiene; acesso prejudicado à água, sabão, saneamento básico e comida prejudicados. Nessas situações o uso do álcool em gel e o respeito às medidas de biossegurança chegam a ser impraticáveis. Somam-se ainda os critérios raça, cor, gênero, classe social, idade e comorbidades, que podem ampliar a condição de fragilidade. Outra categoria importante são os trabalhadores em saúde que estão adoecendo e morrendo na linha de frente da pandemia, colocando o país, sob esse aspecto negativo, em destaque mundial (COLL, 2020).

A pandemia pela COVID-19 e os trabalhadores em saúde na linha de frente.

Fazendo um retrospecto sobre o enfrentamento dos trabalhadores em saúde no contexto da pandemia nos países asiáticos, europeus e norte-americanos, evidenciou-se em meados de abril de 2020 que 3.019 foram infectados com o SARS-CoV-2, totalizando dez óbitos no período. Na Itália, mais de 6 mil trabalhadores em saúde haviam sido contaminados pelo novo coronavírus (LAI et al., 2020; PETZOLD et al., 2020; TOROUS et al., 2020; XIANG et al., 2020; REMUZZI et al., 2020).

De acordo com a Anistia Internacional, em setembro de 2020, cerca de 7 mil trabalhadores em saúde já haviam morrido, vitimados pela Covid-19, sendo o México o país mais afetado, com 1.320 óbitos. Além destes números, também foram registrados 1.077 óbitos nos Estados Unidos da América (EUA) e 639 no Brasil, países onde os índices de infecção e mortalidade têm se mantido altos desde o início da pandemia. Houve ainda 240 mortes na África do Sul e 537 na Índia, evidenciando um preocupante avanço e agravamento da doença nesses países nos últimos meses (MELO, 2020).

No final de outubro de 2020, o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) destacou em relatório que até aquele momento havia o registro de 1.500 óbitos de enfermeiros e enfermeiras em todo o mundo após o acometimento pela Covid-19. Este quantitativo corresponde às ocorrências de óbitos, de 44 dos 195 países do mundo, nesta categoria de trabalhadores, denotando uma subnotificação de casos e óbitos pelo novo coronavírus (ICN, 2020). A própria análise do ICN sugere que cerca de 10% dos casos em todo o mundo estão entre os trabalhadores em saúde. Mesmo que a razão de letalidade entre os mais de 4 milhões desses trabalhadores infectados seja de apenas 0,5%, estima-se que mais de 20 mil poderiam ter ido a óbito, vitimados pela Covid-19 (ICN, 2020).

Em relatório publicado em setembro de 2020 nos Estados Unidos, a *National Nurses United* (NNU) ressaltou a contínua falta de dados detalhados e consistentes sobre o adoecimento e mortes de trabalhadores em enfermagem, denunciando mais de 1.700 mortes nos EUA e uma resistência generalizada por parte dos empregadores em saúde para divulgar de forma transparente as informações sobre a morbimortalidade pela Covid-19 (NNU, 2020).

Além disso, os problemas relacionados à gestão e implementação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da Covid-19 foram inúmeros desde o início da pandemia, constata-se insuficiência: na compra e distribuição de insumos, de equipamentos de proteção individual (EPIs), de testes para diagnóstico e monitoramento da população e nas unidades de saúde em todo país, treinamento adequado quanto aos protocolos terapêuticos e de biossegurança, além da sobrecarga na jornada de trabalho e subnotificações de morbimortalidade dos trabalhadores em saúde.

Um estudo de maio de 2020, desenvolvido pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), constatou que somente um em cada três trabalhadores em saúde foram submetidos a testes para a detecção do novo coronavírus, 69% não receberam treinamento específico para a atuação durante a pandemia e somente 14,2% se sentiram preparados para lidar com a Covid-19 (FGV, 2020). Nesse mesmo estudo ficou evidenciado que os trabalhadores em saúde das regiões Norte e Nordeste são os mais acometidos. Na enfermagem, somente 20,09% dos entrevistados disseram estar preparados para enfrentar a pandemia (FGV, 2020).

Cardim (2020), apoiado em estudo divulgado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) no dia 6 de novembro de 2020, revelou o quanto fatores socioeconômicos e ocupacionais influenciam a probabilidade de morte pelo novo coronavírus no estado do Rio de Janeiro. Uma das constatações feitas pela pesquisa é a de que trabalhadores dos setores de saúde e segurança apresentam, respectivamente, chance de morte de 146% e 125% superior às demais ocupações.

Já os trabalhadores do comércio, da imprensa e dos serviços essenciais têm, respectivamente, 30%, 49% e 38% mais chances de óbito que os demais grupos. Além disso, quem trabalha na região metropolitana é mais suscetível, com 141% a mais de probabilidade de óbito. Segundo o mesmo autor, o fato de ter nível superior completo diminui em 44% a chance de morrer pela doença, tanto por se adotar o trabalho remoto, como pela possibilidade de adoção dos cuidados de precauções em relação à Covid-19 (CARDIM, 2020).

O Brasil representa nos dias atuais o epicentro da pandemia por COVID-19 no mundo. Segundo divulgado pelo consórcio de veículos de imprensa em 23 de março de 2021, pela primeira vez desde o início da pandemia ocorreu o maior quantitativo de mortes nas últimas 24 horas, 3.158, atingindo a triste marca de 298.843 óbitos; na mesma data o país contabilizou mais 84.996 novos casos alcançando um total de 12.136.615, indicando recordes sucessivos desde fevereiro do mesmo ano.

O colapso dos serviços de saúde em vários estados reafirma o que vem sendo denunciado insistentemente por vários setores da sociedade sobre a desorganização governamental na gestão da crise sanitária marcada pela necropolítica adotada pelo governo federal. Se expressa na insistente falta de investimentos necessários na saúde, no desmonte do SUS, na falta de medidas adequadas cientificamente comprovadas no âmbito da atenção primária para a proteção e promoção à saúde das pessoas e de prevenção da COVID-19, especialmente vacinas e proteção social.

Tal desorganização é evidenciada também na indisponibilidade de leitos necessários, na falta de insumos e de pessoal de saúde. Priorizar investimentos e a contratação de serviços de alta complexidade tem se mostrado insuficiente e inadequado para conter a pandemia, pois atende somente a fase grave da doença e demonstra o descaso governamental com o mais precioso nesse contexto pandêmico que é proteger e salvar vidas.

Nessa situação, os trabalhadores em saúde se encontram em flagrante aprofundamento da precarização, acrescida da exposição ao risco frequente de contaminação pelo SARS-CoV-2, sofrem com o histórico processo de subdimensionamento de pessoal, sobrecarga laboral, jornadas exaustivas, condições precárias de trabalho e de salários, multiplicidade de vínculos, e na pandemia acentuado a exaustão emocional, o adoecimento e mortes desses trabalhadores, comprometendo ainda mais o cuidado prestado à população.

A magnitude da pandemia entre trabalhadores na saúde é ainda desconhecida, pois a ausência de variáveis de interesse para a mensuração da saúde desses trabalhadores nos sistemas de informações da COVID-19 impede a análise da situação e compromete a produção de informações a esse respeito. Desse modo, ainda não se sabe oficialmente a dimensão de trabalhadores em saúde infectados e/ou que foram a óbito, denotando a invisibilidade do problema,

impedindo políticas públicas para esta população (HELIOTERIO et al. 2021).

Pesquisadores da Fiocruz divulgaram dados sobre condições de trabalho com categorias de trabalhadores em saúde que vem atuando na pandemia inclusive administrador hospitalar, engenheiro (segurança do trabalho, sanitário), residentes e graduandos da área da saúde, em mais de dois mil municípios, revelando que a pandemia modificou a vida de 95% desses trabalhadores; 50% admitiram excesso de trabalho nesta crise sanitária com jornadas acima de 40 horas semanais; 45% necessitam de mais de um emprego para sobreviver, 77,6% são mulheres; maior parte da equipe é formada por enfermeiros (58,8%), seguida por médicos (22,6%), fisioterapeutas (5,7%), odontólogos (5,4%) e farmacêuticos (1,6%); com as demais categorias correspondendo a 5,7%; e, cerca de 25% deles foram infectados pelo SARS-CoV-2 (LEONEL, 2021).

A pesquisa mostra ainda que esses trabalhadores se sentem em estado de esgotamento físico e psicoemocional devido às perdas de vidas que convivem cotidianamente, inclusive de colegas e familiares; desprotegidos e desvalorizados pelas gestões; ameaçados e inseguros com as perdas e negação de direitos trabalhistas; atuando em condições precárias e insalubres de trabalho; expostos à riscos iminentes de contaminação devido à falta de EPIs necessários e adequado (LEONEL, 2021). O descuido governamental com a saúde da população em geral e com os trabalhadores em saúde que se dispõem na linha de frente de combate à pandemia se materializa no caos sanitário sem precedentes na história da saúde do país.

Considerações Finais

A pandemia pela Covid-19 revela-se como um problema multifacetado. Deste modo, para lidar com a situação de forma resolutiva, as reflexões realizadas acerca do SUS no contexto da pandemia apontam, principalmente, para a importância de assegurar o direito à saúde tal qual conquistado constitucionalmente. Isso implica o fortalecimento do SUS público, estatal e universal, garantido mediante o financiamento adequado e a qualificação dos serviços, adotando a atenção primária por meio da Estratégia Saúde da Família como seu modelo de atenção preferencial, bem como a valorização e proteção dos trabalhadores em saúde.

Para os entes federados e a sociedade lidarem com este momento de crise sanitária de forma articulada e com compromisso social, torna-se premente a responsabilização com a política de saúde e os desdobramentos nas diferentes dimensões da vida, pois a pandemia continua a se expressar de maneira devastadora. Muitos são os desafios, e árduos os caminhos. Há que se fortalecer a resistência a fim de tecer, ante as iniquidades, alianças para as lutas necessárias que visam superar os muitos problemas que a pandemia tem revelado e ainda revelará.

Referências

ABRASCO et al. **Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19**. [internet]. 2020. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/>. Acesso em: 07 jan 2021.

AMORIM, Maria Cristina Sanches; PERILLO, Eduardo. O sistema de saúde da Inglaterra. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v. 16, n. 1, p. 53-54, 2014.

BARROS, Fernando Passos Cupertino; FILHO, Armando de Negri. Cobertura universal de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1.333-1.335, jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1333.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2020.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p. 51-86. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39204>. Acesso em: 24 nov. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/

constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 24 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 14 de dezembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Anais). Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf. Acesso em: 14 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus (Covid-19)**. Brasília (DF): BRASIL, 2020a. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. Diário Oficial da União. Publicado em 28 de outubro de 2020. Edição; 207-A | Seção; 1 – Extra A | Página: 1. **Decreto nº 10.533**, de 28 de outubro de 2020. Brasília (DF): BRASIL, 2020b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.533-de-28-de-outubro-de-2020-285423122>. Acesso em: 30 dez. 2020.

BUSS, Paulo Marchiori; ALCÁZAR, Santiago; GALVÃO, Luiz Augusto. Pandemia pela Covid-19 e multilateralismo: reflexões a meio do caminho. **Estud. av.**, São Paulo, v. 34, n. 99, mai.-ago. 2020b. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142020000200045&script=sci_arttext. Acesso em: 8 dez. 2020.

BUSS, Paulo Marchiori et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciê. Saúde Colet.**, v. 25, n. 12, dez. 2020a. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2020.v25n12/4723-4735/pt>. Acesso em: 13 dez. 2020.

CAPONI, SANDRA. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estud. av.**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 209-224, ago. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142020000200209&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 dez. 2020.

CARDIM, Maria Eduarda. Covid-19: risco de morte é 146% maior em profissionais de saúde. **Diário de Pernambuco**, 6 nov. 2020. Disponível em: <https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/brasil/2020/11/covid-19-risco-de-morte-e-146-maior-em-profissionais-de-saude.html>. Acesso em: 20 nov. 2020.

COLL, Liana. Desigualdade impulsiona propagação da Covid-19 entre populações mais vulneráveis. **UNICAMP**, 22 mai. 2020. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2020/05/22/desigualdade-impulsiona-propagacao-da-covid-19-entre-populacoes-mais>. Acesso em 7 dez. 2020.

COSTA, Ana Maria; BARROS, Fernando Passos Cupertino; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Sistemas universais de saúde: uma contribuição ao debate. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 11-14, dez 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/342341531_Sistemas_universais_de_saude_uma_contribuicao_ao_debate. Acesso em: 4 dez. 2020.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/1988.v22n1/57-63/pt>. Acesso em: 13 dez. 2020.

DOMINGUES, Edson Paulo; CARDOSO, Débora Freire; MAGALHÃES, Aline Souza. A pandemia do Coronavírus no Brasil: demanda emergencial de setores relacionados à saúde e impactos econômicos. **CEDEPLAR**, Belo Horizonte, mar. 2020. Disponível em: <https://www.cedeplar.ufmg.br/noticias/1225-nota-tecnica-a-pandemia-do-corona-virus-no-brasil-demanda-emergencial-de-setores-relacionados-a-saude-e-impactos-economicos>. Acesso em: 7 dez. 2020.

FERREIRA, Clara Fontes et al. **Pandemias em um mundo globalizado: desafios para o acesso universal à saúde**. V. 27, 2014. Disponível em: <http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2020.

FRENTE NACIONAL CONTRA PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE (FNCPS). **Nota da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, Contra o Decreto Presidencial 10.530/2020 e Contra a Privatização da Atenção Primária (APS)**, 29 de outubro de 2020. Disponível em: <https://www.contra-privatizacao.com.br/>. Acesso em: 25 de março de 2020.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (FGV). Apenas 14,2% dos profissionais de saúde se sentem preparados para lidar com Covid-19, revela pesquisa. **Portal FGV**, 28 mai. 2020. Disponível em: <https://portal.fgv.br/noticias/apenas-142-profissionais-saude-se-sentem-preparados-lidar-covid-19-revela-pesquisa>. Acesso em: 20 nov. 2020.

GIOVANELLA, Ligia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, Rio de Janeiro, jun. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 3 dez. 2020.

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato; MOLLO, Maria de Lourdes Rollemberg. Neoliberalismo na América Latina: efeitos nas reformas dos sistemas de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 54, 74, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v54/1518-8787-rsp-54-74.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2020.

GUIMARÃES, Cátia. A importância de um sistema de saúde público e universal no enfrentamento à epidemia. **EPSJV/Fiocruz**. Mar. 2020. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/a-importancia-de-um-sistema-de-saude-publico-e-universal-no-enfrentamento-a>. Acesso em: 3 dez. 2020.

HELIOTERIO, Margarete Costa et al. Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia?. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300512&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 mar. 2021.

HORTON, Richard. Offline: Covid-19 is not a pandemic. **The Lancet**, v. 396, set. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext). Acesso em: 8 dez. 2020.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). ICN confirma que 1.500 enfermeiros morreram de Covid-19 em 44 países e estima que as mortes de trabalhadores de saúde Covid-19 em todo o mundo podem ser mais de 20.000. **ICN**, 28 out. 2020. Disponível em: <https://www.icn.ch/news/icn-confirms-1500-nurses-have-died-covid-19-44-countries-and-estimates-healthcare-worker-covid>. Acesso em: 20 nov. 2020.

LAI, Jianbo et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease. **JAMA Netw Open**. v. 3, n. 3, mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>. Acesso em: 20 nov. 2020.

LANA, Raquel Martins et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n3/e00019620/pt/>. Acesso em: 7 de dez. 2020.

LAURELL, Asa Ebba Cristina. Competing health policies: insurance against universal public systems. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 24. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-02668.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2020.

LEONEL, Filipe. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. **Fiocruz**, 22 mar. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude#:~:text=De%20acordo%20com%20os%20resultados,vida%20de%2095%25%20desses%20trabalhadores>. Acesso em 24 mar. 2021.

MELO, Jamildo. 7.000 trabalhadores de saúde morreram de Covid-19 no mundo. Brasil é o quarto em óbitos desses profissionais. **UOL**, Blog de Jamildo, 11 set. 2020. Disponível em: <https://m.blogs.ne10.uol.com.br/jamildo/2020/09/11/7-000-trabalhadores-de-saude-morreram-de-covid-19-no-mundo-brasil-e-o-quarto-em-obitos-desses-profissionais/>. Acesso em: 20 nov. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Mudanças globais e tendências do campo da saúde no Brasil. **R. da Educação Física/UEM**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 69-80, 2004. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/3635/2505>. Acesso em: 28 out. 2020.

NATIONAL NURSES UNITED (NNU). Novo relatório revela falha generalizada do governo em rastrear e relatar dados sobre mortes, testes e infecções do Covid-19. 28 set. 2020. National Nurses United [Site]. Disponível em: <https://www.nationalnursesunited.org/press/new-report-reveals-widespread-government-failure-track-and-report-data-covid-19-deaths>. Acesso em: 20 nov. 2020.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; PIRES, Denise Elvira Pires de. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-760, mai.-jun. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2004.v20n3/753-760/pt>. Acesso em: 13 dez. 2020.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Cobertura Universal de Saúde: inclusão ou exclusão?. In: Reflexões sobre o desenvolvimento. **Boletim de Análise Político-Institucional**, n. 9, jan.-jun. 2016. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7088?locale=es>. Acesso em: 9 dez. 2020.

OPAS; OMS. Folha informativa Covid-19 – Escritório da OPAS e da **OMS no Brasil**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 29 nov. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 nov. 2020.

PETZOLD, Moritz Bruno; PLAG, Jens; STRÖHLE, Andreas. Dealing with psychological distress by healthcare professionals during the COVID-19 pandemia. **Nervenarzt**, v. 91, n. 5, p. 417-421, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00905-0>. Acesso em: 20 nov. 2020.

REMUZZI, Andrea; REMUZZI, Giuseppe. COVID-19 and Italy: what next? **The Lancet**, v. 395, p. 1225-1228, abr. 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%282020%2930627-9>. Acesso em: 20 nov. 2020.

ROSARIO, Celita Almeida; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; MATTA, Gustavo Corrêa. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 17-31, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 nov. 2020.

SARTI, Thiago Dias et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19? **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 29, n. 2, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2020.v29n2/e2020166/>. Acesso em: 29 nov. 2020.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2783-2792, ago. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802783&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 nov. 2020.

TOROUS, John et al. Digital Mental Health and Covid-19: Using Technology Today to Accelerate the Curve on Access and Quality Tomorrow. *JMIR Ment Health*, v. 7, n. 3, 2020. Disponível em: <https://mental.jmir.org/2020/3/e18848/>. Acesso em: 20 nov. 2020.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima et al. Desafios da pandemia de COVID-19: por uma agenda brasileira de pesquisa em saúde global e sustentabilidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1023/desafios-da-pandemia-de-covid-19-por-uma-agenda-brasileira-de-pesquisa-em-saude-global-e-sustentabilidade>. Acesso em: 29 nov. 2020.

XIANG, Yu-Tao *et al.* Tribute to health workers in China: A group of respectable population during the outbreak of the Covid-19. *Int. J. Biol. Sci.*, v. 16, n. 10, p. 1739-1740, 2020. Disponível em: <https://www.ijbs.com/v16p1739.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

Recebido em: 15 de fevereiro de 2021

Aceito em: 22 de fevereiro 2021