



Gestão do trabalho em Saúde: tensões e desafios em contexto (pós) pandêmico

Management of Health Work: Tensions and Challenges in a (Post) Pandemic Context

Filipe Silva Neri*

 <https://orcid.org/0000-0002-0395-9423>

Juliana Domingues**

 <https://orcid.org/0000-0002-8080-8960>

RESUMO

Este artigo apresenta uma revisão da literatura sobre a gestão do trabalho em saúde durante a pandemia da Covid-19 no Brasil, abordando as tensões e desafios enfrentados pelos profissionais do SUS. A pesquisa adota uma abordagem qualitativa, utilizando métodos bibliográficos e documentais. A análise dos documentos foi realizada por meio da confrontação com o referencial teórico, enquanto a revisão da literatura se baseou em livros, artigos, teses e dissertações. A pesquisa analisa os impactos da pandemia na gestão do trabalho em saúde, identifica as principais tensões enfrentadas pelos profissionais e analisa as estratégias adotadas. Destaca-se a importância da formação e qualificação dos profissionais de saúde diante das sequelas da pandemia. Boas práticas foram identificadas, como a implementação da telemedicina e a oferta de cursos de qualificação online. Medidas de proteção e segurança no trabalho também foram adotadas. No entanto, a ressalta-se a necessidade de enfrentar desafios, como a inadequação da formação profissional. Concluímos com a perspectiva de que o fortalecimento do SUS é fundamental para superar os desafios e garantir uma assistência de qualidade aos usuários.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde; Sistema Único de Saúde; Gestão do Trabalho; Pandemia; Covid-19.

ABSTRACT

This article presents a literature review on the management of healthcare work during the Covid-19 pandemic in Brazil, addressing the tensions and challenges faced by professionals within the Unified Health System (SUS). The research adopts a qualitative approach, utilizing bibliographic and documentary methods. Document analysis was conducted through confrontation with the theoretical framework, while the

*Assistente Social. Mestre em Serviço Social e Política Social pela Universidade Estadual de Londrina (UEL, Londrina, Brasil). Doutorando em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL, Maceió, Brasil), Maceió, Brasil) e Bolsista Demanda Social da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, (CAPES, Distrito Federal, Brasil). E-mail: filipe.nerio7@gmail.com

**Assistente Social. Doutora em Política Social e Direitos Humanos pela Universidade Católica de Pelotas (UCP, Pelotas, Brasil). Docente na Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA, Foz do Iguaçu, Brasil). E-mail: juliana.domingues@unila.edu.br

DOI 10.22422/temporalis.2025v25n49p446-465



© A(s) Autora(s)/O(s) Autor(es). 2025 **Acesso Aberto** Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR), que permite copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material para qualquer fim, mesmo que comercial. O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

literature review was based on books, articles, theses, and dissertations. The study examines the pandemic's impacts on healthcare work management, identifies the main tensions experienced by professionals, and analyzes the strategies adopted. The research highlights the importance of training and qualification for healthcare professionals in the face of the pandemic's aftermath. Best practices were identified, such as the implementation of telemedicine and the provision of online training courses. Protective measures and workplace safety initiatives were also adopted. However, the study emphasizes the need to address challenges, such as the inadequacy of professional training. The conclusion underscores the perspective that strengthening the SUS is essential to overcoming challenges and ensuring quality care for users.

KEYWORDS

Health; Unified Health System; Work Management; Pandemic; Covid-19.

Introdução

O artigo que ora apresentamos parte de uma revisão de literatura sobre a gestão do trabalho em saúde no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil, destacando as tensões e os desafios. Trata, portanto, de resultados de discussões teórico-metodológicas oriundas do curso de Especialização em Gestão em Saúde, da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA)¹. Assim, o problema de pesquisa reside em apreender quais as tensões e os desafios que se colocam para a gestão do trabalho em saúde no contexto pandêmico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)?

A pesquisa justifica-se pela relevância e atualidade do tema abordado, que é a gestão do trabalho em saúde durante a pandemia da Covid-19 e os desafios no contexto pós-pandêmico no Brasil, considerando que a pandemia trouxe desafios sem precedentes para os profissionais de saúde, exigindo uma revisão das práticas e estratégias de gestão nesse contexto específico. Assim, compreender as tensões e desafios enfrentados pelos profissionais de saúde e analisar as estratégias adotadas é fundamental para o aprimoramento da gestão do trabalho em saúde e para o enfrentamento de crises sanitárias futuras.

Metodologicamente, a pesquisa trata de uma abordagem qualitativa, de caráter bibliográfico e documental, tendo como objetivo geral realizar revisão de literatura sobre a gestão do trabalho em saúde no contexto da pandemia da Covid-19, analisando as tensões e desafios enfrentados pelos profissionais de saúde. Esse objetivo decompõe-se em três objetivos específicos, quais sejam: 1) Investigar os impactos da pandemia da Covid-19 na gestão do trabalho em saúde; 2) Identificar as principais tensões enfrentadas pelos profissionais de saúde durante a pandemia; e 3) Analisar as estratégias e boas práticas de gestão do trabalho em saúde adotadas durante a pandemia.

Esperamos que os resultados do estudo possam contribuir para difusão do conhecimento no âmbito das profissões da área da saúde, possibilitando o aprofundamento teórico sobre a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS).

¹ Cf. o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Gestão do Trabalho em Saúde: Tensões e desafios no contexto pandêmico” no link: <https://dspace.unila.edu.br/items/4557de35-2e00-47cf-a193-f112258789be>.

Tensões e desafios enfrentados pelos profissionais da saúde no contexto pandêmico

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das políticas sociais que compõem o tripé da seguridade social brasileira: saúde (universal e não contributiva), previdência social (contributiva) e assistência social (universal a quem dela necessitar). Assim, entendemos enquanto políticas sociais os desdobramentos e formas de enfrentamento “[...] às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho” (Behring; Boschetti, 2011, p. 51). A “questão social” é aqui compreendida a partir das análises de Iamamoto (2008), ou seja, refere-se a um conjunto de problemas sociais decorrentes das contradições e desigualdades presentes no sistema capitalista. Esses problemas são gerados pela exploração, exclusão, opressão e falta de acesso a direitos básicos, afetando grupos sociais vulneráveis, como trabalhadores/as, pessoas em situação de pobreza, mulheres, crianças, idosos, entre outros.

No mesmo sentido, a definição de seguridade social é definida na Constituição Federal do Brasil de 1988. Esse instrumento compreende a seguridade enquanto “[...] um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988, p. 01).

No campo da proteção social, existem alguns modelos que a caracterizam, dos quais citamos dois. O primeiro é o modelo alemão Bismarckiano que emergiu em 1883 e tinha uma lógica de seguro social contributivo. De acordo com Pacheco Filho (2012):

O modelo bismarckiano foi criado na Alemanha, na segunda metade do século XIX, e se caracteriza como um seguro social, cujo acesso está condicionado ao prévio pagamento de uma contribuição de empregados e empregadores, e era destinado apenas a algumas categorias profissionais sob a gestão do Estado. A contribuição garantia o direito à aposentadoria e a alguns outros benefícios resultantes de situações de risco (Pacheco Filho, 2012, p. 72).

O segundo é denominado de Beveridgiano, modelo inglês que surgiu em 1942 e compreendia que a assistência social era não contributiva. De acordo com Pacheco Filho (2012, p. 72), esse modelo “vai além da lógica do seguro social, envolvendo uma relação de trabalho. Seu foco é o cidadão e considera a assistência e os serviços sociais universais como direitos sociais”. É neste modelo que emergem as balizas do *Welfare State* (Estado de Bem-Estar Social)².

Os modelos e sistemas de saúde no Brasil seguem dois marcos, sendo que o primeiro está relacionado ao modelo de ações médico-assistenciais individualizadas por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1977,

² Segundo interpretações históricas e sociais, o conceito de *Welfare State*, originado na Grã-Bretanha e consolidado no período pós-Segunda Guerra Mundial, está associado a um modelo estatal voltado mais à promoção do bem-estar coletivo do que à defesa da propriedade ou ao poderio militar. Esse modelo busca mitigar os efeitos da atuação livre do mercado, oferecendo proteção diante de situações como o desemprego, a doença e a velhice. Além disso, rompe com o caráter meramente assistencialista, ao garantir o acesso universal e igualitário a serviços públicos financiados por um sistema redistributivo de impostos (Santos; Santos Neto, 2010).

que “[...] se constituía como a política pública de saúde que vigorava antes da criação do SUS e foi extinto pela Lei Federal nº 8.689, em 1993. O antigo Instituto era responsável pela assistência médica aos trabalhadores que contribuíam com a previdência social” (Brasil, 2023, p. 01)³. O ponto nodal deste sistema de saúde residia no fato de que não era universal, tampouco a quem dele necessitasse. Ou seja, somente trabalhadores formalmente inseridos nos espaços laborais e vinculados à CLT tinham direito de acesso à saúde pública no Brasil, “[...] excluindo, portanto, a grande parcela de trabalhadores informais existente no País” (Pacheco Filho, 2012, p. 72). Aí reside uma das principais diferenças entre os sistemas ora percorridos.

No tocante ao segundo modelo, o Sistema Único de Saúde (SUS), o marco balizador para o atual sistema de saúde brasileiro se deu com a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, e que contou com ampla participação da imprensa, sindicatos, partidos políticos, universidades e movimentos sociais. Foi nessa conferência que os debates a respeito da reforma sanitária brasileira tomaram *lócus* privilegiado e campo de disputa. Essa Conferência teve como marco o agravamento da crise do modelo médico-assistencial; os tensionamentos oriundos da emergência de novos sujeitos no cenário político, ou seja, a classe trabalhadora e suas demandas no período imediatamente pós-ditadura militar (Carvalho; Barbosa, 2014), cumprindo, portanto:

[...] o papel de sistematizar tecnicamente e de disseminar politicamente um projeto democrático de reforma sanitária voltado à universalização do acesso, à equidade no atendimento, à integralidade da atenção, à unificação institucional do sistema, à descentralização, à regionalização, à hierarquização da rede de serviços e à participação da comunidade (Carvalho; Barbosa, 2014, p. 19).

Ao estabelecer os fundamentos que balizariam o arcabouço jurídico-institucional do futuro SUS, a partir das discussões do encontro, houve uma nova perspectiva do processo saúde-doença, observando a saúde não apenas como ausência de doença, mas tomando em consideração um conjunto de determinantes sociais de saúde, considerados enquanto “[...] fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Buss; Pellegrini Filho, 2007, p. 78).

A diferença do SUS para o INAMPS está no entendimento de que a saúde é um dever do Estado e um direito de todo cidadão, sendo, portanto, a saúde pública gratuita e universal que passou a compor, a partir da Constituição Federal de 1989, o tripé da seguridade social junto à assistência social e a previdência social. Assim, o SUS é fruto de tensões entre capital e trabalho, fruto da luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e de saúde na busca de compreender a saúde a partir do marco da reforma sanitária e da saúde coletiva. O caráter inovador do SUS reside em dois movimentos articulados: O primeiro na compreensão da política de saúde no *roll* das políticas de proteção social e de seguridade social no pós-88; o segundo reside na concepção ampliada de saúde. Ou seja, a partir do surgimento do SUS, a saúde passa a ser compreendida não apenas como ausência de doença, mas enquanto um conjunto articulado de políticas de proteção social e seus

³ Citação retirada do Diretório Brasil de Arquivos. Para mais informações: <https://dibrarq.arquivonacional.gov.br/index.php/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-brasil-1974-1993>

determinantes sociais de saúde, culminando na atenção integral às necessidades de saúde da população usuárias, compreendendo que “[...] as intervenções curativas e orientadas para o risco de adoecer eram insuficientes para a produção da saúde e da qualidade de vida de uma sociedade” (Reibnitz Júnior, 2016, p. 20).

Observa-se ainda como algo inovador, a participação social da população usuária nas instâncias de controle por meio dos conselhos nacional, municipais e estaduais de saúde, assim como a descentralização política e administrativa e o modelo de financiamento fundo a fundo (Barros; Piola, 2016).

Apesar dessa determinação e da criação do SUS, o espaço para outras modalidades de organização dos serviços foi mantido. Criou-se um sistema de acesso universal, baseado no financiamento público, mas foi mantida a liberdade de organização da iniciativa privada e não foram desativados os serviços para servidores públicos, do executivo, legislativo e judiciário, que são custeados, em boa parte, com recursos públicos (Barros; Piola, 2016, p. 101).

Com o surgimento do SUS enquanto política social, foi necessário a criação de instrumentos jurídico-normativos que o regulamentassem. Assim, a partir da pesquisa documental, identificamos que foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs) 91, 93 e 96. Estas normas são balizadoras do pacto entre os entes federativos a nível nacional, municipais e estaduais.

No tocante a NOB-SUS-91, primeiro ato normativo do SUS, equipara os prestadores de saúde públicos e privados e surgiu da necessidade de padronizar os fluxos financeiros entre as três esferas supracitadas. Esta norma apresentou um significativo retrocesso ao colocar o INAMPS como gestor do sistema de saúde brasileiro, além de centralizar a saúde ao âmbito federal, retirando a autonomia dos gestores estaduais e municipais (Carvalho; Barbosa, 2014).

A NOB-SUS-93 foi criada num contexto de restauração do processo de implementação do SUS. Esta Norma teve como marco a realização da IX Conferência Nacional de Saúde que culminou no debate e implementação da municipalização do sistema de saúde. Tem-se, portanto, a gestão descentralizada, com gestor único em cada esfera; participação dos usuários e da sociedade civil por meio dos Conselhos; transferência automática fundo a fundo. Também, a partir desta NOB, foram constituídas as Comissões Intergestores Bipartite (estados e municípios) e as Comissões Intergestores Tripartite (união, estados e municípios) que tem como base a articulação, a pactuação, e a integração entre gestores. Aqui as fontes de financiamento são parcas, regressivas e insuficientes (Carvalho; Barbosa, 2014).

No que tange à NOB-SUS-96, ocorreu um processo de aumento da transferência fundo a fundo, consolidando a autonomia das gestões dos entes federados; *locus* privilegiado no Programa Estratégia Saúde da Família enquanto principal programa de atenção às famílias, consolidando uma nova lógica assistencial. Aqui, o município passa a ser o responsável imediato no tocante às necessidades e demandas da população usuária do SUS, tendo o estado e o governo federal como corresponsáveis. Incorpora-se a concepção de saúde enquanto política de proteção social que compõe o tripé da seguridade social a partir de uma concepção ampliada de saúde. Assim como o fortalecimento da participação dos

usuários, dos trabalhadores e da sociedade civil por meio dos Conselhos, materializando um novo paradigma de gestão e gerência (Carvalho; Barbosa, 2014).

Portanto, a NOB-SUS-96 promoveu um processo de descentralização por meio da municipalização do SUS no intuito de melhorar o acesso e usufruto às ações e serviços do sistema de saúde brasileiro. No entanto, a NOB-SUS-96 culminou num processo denominado pelos autores de atomização dos serviços, ou seja, processo de fracionamento do SUS, uma vez que provocou um novo processo de desarticulação do gerenciamento e financiamento entre estados e municípios, em consequência do repasse fundo a fundo, por exemplo. Assim, no cenário político, a implementação destas NOBs são espaços de tensionamento e disputa política. Por um lado, observa-se respostas às necessidades de entidades privadas, de outro demandas de novos sujeitos políticos, tais como a classe trabalhadora que tensiona o Estado por melhores condições de vida e de saúde.

Já em 2002, instaura-se um novo instrumento normativo no tocante à assistência em saúde no Brasil, substituindo a NOB-SUS-96. Trata-se da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 02). De acordo com Carvalho e Barbosa (2014), a NOAS-SUS 02 emergiu num contexto desafiador para a gestão do SUS no âmbito das unidades federativas. Esta Norma Operacional teve como um de seus principais marcos o exaurimento da NOB-SUS-96. A NOA-SUS-02 surge no sentido de promover equidade e responsabilidades, tanto na gestão quanto no financiamento do SUS entre os entes federados a partir da regionalização, da territorialidade, do fortalecimento da gestão do SUS e atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Essa regionalização das ações em serviço do SUS se materializa a partir de quatro eixos: 1) Plano diretor de regionalização – que busca regulamentar a referência e contrarreferência intermunicipais; 2) Ampliação da atenção à saúde – estipula a habilitação mínima da oferta de ações e serviços nos territórios ao nível de referência básica e de média complexidade; 3) Qualificação das microrregiões na assistência à saúde – que define um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade e de referência intermunicipal; e 4) Política de alta complexidade/alto custo – busca mecanismos para garantia de acesso para referências interestaduais para procedimentos de alta complexidade (Carvalho; Barbosa, 2014). O fortalecimento da capacidade e gestão do SUS se materializa com as responsabilidades dos Estados e dos municípios. O financiamento trata de estipular o papel dos entes federados no financiamento das ações e serviços de referência e contrarreferência intermunicipais e interestaduais de básica, média e alta complexidade (Carvalho; Barbosa, 2014). Portanto, até chegarmos ao modelo de saúde pública que se deu a partir da transição à seguridade social, houve alguns fatores que tensionaram o Estado brasileiro por melhores condições. Dentre estes fatores destacamos greves operárias; epidemias e endemias; Crise do modelo médico-assistencial privatista.

Destarte, observa-se que os principais interesses de criação dos SUS se deu com os tensionamentos da classe trabalhadora na cena política nacional, tendo como necessidade a criação de um sistema que respondesse às demandas dos sujeitos sociais. Ou seja, o SUS emerge na complexidade do movimento da realidade e por ele permeado. Muitos foram os dilemas e os desafios enfrentados pelo SUS no Brasil.

A reconfiguração neoliberal dos estados nacionais⁴, marcada por intensas formas de privatizações, terceirizações, e desfinanciamentos dos sistemas públicos de saúde, tem comprometido a universalidade e a integralidade do cuidado nessa área. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu relatório global (2021) alerta para o recrudescimento das iniquidades no acesso e usufruto e para o esgotamento físico da força de trabalho em saúde, impactando sobremaneira os sistemas locais. No caso brasileiro, a partir dos anos 1990, e com maior intensidade após a Emenda Constitucional nº95/2016 — oriunda do governo Michel Temer (2016–2018) — que congelou os gastos com investimentos em saúde e educação por 20 anos, houve uma considerável restrição orçamentária que impactou o sistema nacional. Essa política de austeridade fiscal, que “impõem pesados sacrifícios às parcelas mais vulneráveis da população brasileira” (Dweck; Oliveira; Rossi, 2018, p. 07) comprometeu e segue comprometendo a capacidade de resposta dos serviços públicos de saúde, impondo severas condições e relações de trabalho aos profissionais dessa política, incluindo a falta de equipamentos de proteção individual (EPIs), sobrecarga laboral e precarização dos vínculos empregatícios com a intensificação de contratos temporários e terceirizações.

Observamos que os demais sistemas de saúde a nível mundial vêm sofrendo tensões e desafios para sua implementação, uma vez que os desafios enfrentados pelos profissionais da saúde não podem ser compreendidos de forma dissociada da lógica neoliberal. Tais desafios não se colocam apenas no contexto brasileiro. Em diversos países, os sistemas públicos de saúde vêm enfrentando graves tensões relacionadas à gestão da força de trabalho, pouco financiamento e sobrecarga de demandas, especialmente durante a pandemia da COVID-19. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2021), a escassez de profissionais do campo da saúde, a precarização dos vínculos de trabalho e a ausência de condições adequadas de proteção ao trabalho foram alguns dos recorrentes problemas em sistemas universais, refletindo uma crise eminentemente estrutural de modelos de proteção social sob a ótica do capital financeiro e às políticas de austeridade. De acordo com a OMS (2021, p. 15, tradução nossa),

Esse cenário traça um retrato alarmante do impacto da pandemia sobre os HCWs [trabalhadores da saúde], que precisam de maior proteção (incluindo acesso a vacinas, equipamentos de proteção individual, treinamento, testagem e apoio psicossocial) e de condições de trabalho decentes (como remuneração adequada e proteção contra sobrecargas excessivas de trabalho).

Tais impactos expressam, portanto, uma racionalidade gerencial que visa privilegiar o exaurimento das forças e autonomia do Estado e o fortalecimento da lógica privatista, mesmo em meio a uma crise de saúde global sem precedentes. Conforme apontam Behring (2003) e Antunes (2020), a ofensiva neoliberal tem operado cortes e contrarreformas que vêm atingindo o núcleo duro do sistema de proteção social, afetando a qualidade dos serviços prestados aos usuários e a dignidade dos trabalhadores que compõe a força de trabalho no SUS, especialmente aqueles que atuam na linha de frente no enfrentamento às calamidades, epidemias e endemias de saúde.

⁴ Segundo alguns estudiosos, o neoliberalismo, surgido entre o final dos anos 1970 e ao longo da década de 1980, representou uma resposta teórica e política às políticas anticíclicas do keynesianismo e ao modelo do Estado de bem-estar social, expandindo-se globalmente nos anos 1990 (Patrício; Silva, 2018).

No final do ano de 2019, surgiu uma infecção na cidade de Wuhan, na província de Hubei, na China. Os primeiros casos foram considerados como uma pneumonia de causa desconhecida. Ainda no mesmo período, as autoridades de Wuhan, através da Comissão Municipal de Saúde notificaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) relatando aumento considerável de casos de pneumonia de etiologia desconhecida com sintomas como febre, tosse e dificuldades respiratórias, por exemplo (OPAS, 2021). A partir de janeiro do ano de 2020, com base em estudos de pesquisadores e cientistas chineses, foi identificado o Coronavírus como o causador da doença, sendo posteriormente denominado de SARS-CoV-2, devido sua semelhança com um vírus que causou um surto entre os anos de 2002 e 2003, denominado de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV). Com o passar dos dias, autoridades sanitárias começaram a identificar casos semelhantes, por vezes idênticos, em outros lugares do mundo, espalhando o vírus da Covid-19 por diversos países e continentes.

Em 11 de março de 2020, a OMS decretou a Covid-19 como uma pandemia⁵ de proporção mundial. Desde então, toda a dinâmica e o cotidiano da vida social foram alterados significativamente. Mundialmente, as refrações oriundas da Pandemia desvelaram e agudizaram as faces perversas do contexto social oriundos da ordem do capital, com rebatimentos nas políticas sociais, especialmente as de proteção social. O mundo passa, então, a atravessar “uma tempestade sanitária, guiados por diretrizes ainda experimentais” (Minayo; Freire, 2020, p. 02).

Inicialmente, o enfrentamento do vírus se deu por meio das orientações de autoridades internacionais e órgãos de saúde pública que recomendavam isolamento social e quarentena. No caso brasileiro, campanhas como o “*fique em casa*” foram cruciais para frear os altos índices de contaminação e contágio, mesmo com o então presidente Jair Bolsonaro (2019–2022) fazendo campanhas contrárias. A crise agudizada pela pandemia expôs ainda a crise dos sistemas de proteção social e da gestão dos serviços de saúde e o despreparo de alguns gestores.

A crise da pandemia se interrelaciona com a crise econômica mundial e nacional vivenciada nos últimos anos. Para Antunes (2020), essa interrelação tem causado impactos profundos na humanidade, especialmente na classe trabalhadora, que enfrenta altos níveis de pobreza e miséria, onde índices de desempregos, que atualmente ultrapassam os 13 milhões de trabalhadores desempregados, e informalidade têm aumentado, levando a uma situação desesperadora, com o Brasil sendo um dos países mais afetados por essa tragédia. Além da questão sanitária, o país enfrentou, nos últimos anos, uma “onda negacionista, em que o próprio governo federal negligencia e satiriza as medidas impostas pela Organização Mundial da Saúde” (Neri et al., 2021, p. 674), colocando em xeque as políticas públicas de proteção social, num cenário de “aumento da desigualdade social, a elevação dos índices de violência social e sofrimento mental, enfim, um conjunto de fatos que refletem a deterioração das condições de vida de amplas parcelas da população brasileira” (Almeida et al., 2021, p. 21).

⁵ “O termo ‘pandemia’ se refere à distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade” (OPAS, 2021, p. 01).

É fundamental apreendermos que o conceito de política pública possui um amplo significado no âmbito das áreas do conhecimento, não existindo uma definição específica e universal para o trato com o tema. Diversos autores buscam delimitar o termo, dos quais podemos destacar as contribuições de: Lopes, Amaral e Caldas (2008), Marques e Faria (2013), Frey (2000), Secchi (2013). O elemento comum que une a maioria dos intentos de qualificar conceitualmente a política pública reside na concepção de que estas são um conjunto de ações e decisões implementadas pelo Estado e pelas autoridades do governo voltadas para a solução (ou não) de problemas da sociedade em um sentido mais amplo (Lopes; Amaral; Caldas, 2008; Marques; Farias, 2013).

Outra proposição relevante é evidenciada na literatura de Secchi (2013), o autor entende que “[...] Políticas Públicas tratam do conteúdo concreto e do conteúdo simbólico de decisões políticas, e do processo de construção e atuação dessas decisões” (Secchi, 2013, p. 123–124). Ou seja, um conjunto de ações e serviços que os gestores traçam para o enfrentamento das problemáticas que se manifestam em suas mais diversas expressões.

Silva, Yazbek e Di Giovanni (2014), pontuam que os sistemas de proteção social são formas, mais ou menos institucionalizadas, que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros e decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio e as privações entre outras. Pereira (2013), ao estudar a proteção social no contexto do capitalismo, pontua que proteção social “é um conceito amplo que, desde meados do século XX, engloba a seguridade social (ou segurança social), o asseguramento ou garantias a seguridade e políticas sociais” (Pereira, 2013, p. 16).

Ou seja, para os autores supracitados, proteção social se refere a um arcabouço institucional de segurança contra os riscos da sociedade contemporânea. Compreender a saúde pública nesse contexto e sob estes aspectos é essencial enquanto um contraponto à concepção tradicional que compreende a saúde tão somente como ausência de doenças. Nossa perspectiva parte da apreensão de saúde ampliada a partir dos Determinantes Sociais de Saúde. Essa proteção social, no cenário da saúde pública brasileira, é realizada por meio da atuação de profissionais do SUS, ou seja, pela força de trabalho do SUS. De acordo com a teoria de Marx e Engel (1976), a força de trabalho é o termo usado para descrever a capacidade física e mental dos trabalhadores de realizar um trabalho. Para Marx, a força de trabalho é uma mercadoria peculiar, pois é a única mercadoria capaz de gerar valor.

Marx e Engels (1976) argumentam que a força de trabalho possui um valor de uso, que é sua capacidade de produzir bens e serviços, e um valor de troca, que é determinado pelo tempo de trabalho socialmente necessário para produzir e reproduzir essa força de trabalho. Os trabalhadores vendem sua força de trabalho aos proprietários dos meios de produção (capitalistas) em troca de um salário, que é uma fração do valor que sua força de trabalho gera durante o processo de produção. Nesse sentido, partimos da compreensão de que a força de trabalho no SUS é composta por um conjunto de indivíduos, trabalhadores de saúde que estão envolvidos de forma direta ou indireta na prestação de serviços de saúde, seja dentro de estabelecimentos de saúde ou em atividades relacionadas à saúde. A formação específica para desempenhar funções no setor pode ou

não ser necessária. É importante ressaltar que o aspecto mais relevante na definição de um trabalhador de saúde é sua conexão com o trabalho no setor ou atividade de saúde, independentemente de sua formação profissional ou capacitação (Brasil, 2012).

Dados do Sistema de Informações de Saúde do Ministério da Saúde (DATASUS) revelam que a força de trabalho no SUS é composta por 4.683.919 profissionais⁶. Esses profissionais estão nos 26 Estados e no Distrito Federal, conforme disposto no Quadro 1.

Quadro 1 - Força de Trabalho no Sistema Único de Saúde por Região e por Estado

REGIÃO	ESTADO	FORÇA DE TRABALHO SUS	TOTAL
Norte	Pará	115.826	312.886
	Amazonas	73.859	
	Roraima	37.079	
	Amapá	36.924	
	Rondônia	17.696	
	Acre	17.315	
	Tocantins	14.187	
Nordeste	Bahia	262.701	1.407.360
	Bahia	262.701	
	Paraíba	240.029	
	Pernambuco	164.490	
	Ceará	161.075	
	Maranhão	117.063	
	Paraíba	75.087	
	Rio Grande Do Norte	67.290	
	Piauí	56.924	
Centro-Oeste	Goiás	135.012	271.152
	Mato Grosso	72.611	
	Mato Grosso Do Sul	63.529	
Sudeste	São Paulo	979.832	1.950.640
	Minas Gerais	503.896	
	Rio De Janeiro	376.093	
	Espírito Santo	90.819	
Sul	Rio Grande Do Sul	250.576	653.272
	Paraná	240.029	
	Santa Catarina	162.667	
Distrito Federal	Distrito Federal	88.609	88.609

Fonte: Sistematizado pelo autor, com base no sistema DataSUS (2023).

A força de trabalho no SUS é composta, portanto, por todos os profissionais de diferentes áreas e níveis de formação que trabalham no SUS. Ou seja, “trabalhadores que passam

⁶ Dados extraídos do Sistema de Consulta de Profissionais em 26 de maio de 2023. Mais informações: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp

grande parte do seu dia em hospitais ou unidades básicas de saúde em que o sofrimento se faz presente quase diariamente” (Castro; Pontes, 2021, p. 42).

Uma breve análise dos dados disponibilizados pelo sistema DataSUS e que sistematizamos no quadro 01 demonstra o número de profissionais por região e estado, mostrando a distribuição da força de trabalho no SUS. Esses números são importantes para entender a disponibilidade de profissionais em diferentes partes do país. Outro elemento importante identificado é a questão da significativa disparidade em relação ao número de profissionais entre as regiões que compõem a força de trabalho no SUS. Por exemplo, a região Sudeste tem uma quantidade muito maior de profissionais em comparação com outras regiões, como, por exemplo, o Norte e o Nordeste. Esse dado pode indicar desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde, pois regiões com menos profissionais podem enfrentar dificuldades para atender às necessidades da população.

A pandemia, ao agudizar e desvelar a crise, colocou o trabalho dos profissionais da saúde “sob o fogo cruzado” (Antunes, 2020), ao considerarmos o mapeamento realizado por Barroso *Bil et al.* (2020), em que os pesquisadores identificaram o alto índice de risco de contaminação pela Covid-19 durante a atuação desses profissionais. De acordo com o mapeamento, a força de trabalho no SUS apresentaram cerca de 97 a 100% de risco de contágio pelo vírus. Ou seja, observamos que a pandemia alterou sobremaneira as condições de trabalho em saúde, considerando que este termo se refere, conforme CONASEMS ([2025]) e (Brasil, 2012), aos níveis de saúde e trabalho dos trabalhadores, considerando as circunstâncias em que suas atividades ocorrem e seu estado para lidar com as demandas apresentadas.

Gestão do Trabalho Em Saúde: Desafios e boas práticas no contexto pandêmico

A gestão do trabalho no SUS é uma política que aborda as relações de trabalho com base na participação fundamental dos profissionais para garantir a efetividade e eficiência do sistema. Nessa perspectiva, o trabalho é concebido como um processo de coparticipação e corresponsabilização, onde o profissional é o autor de suas atividades, não sendo apenas um “recurso humano” passivo que executa tarefas pré-determinadas. O trabalho no SUS trata de atividades desempenhadas por trabalhadores da área de saúde, sejam eles contratados ou conveniados, em serviços públicos e privados. É importante destacar que essas atividades podem ter caráter permanente ou temporário, desde que sejam realizadas no âmbito do SUS (Brasil, 2012).

No Brasil, a política de gestão do trabalho em saúde é gerida pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), vinculada ao Ministério da Saúde (MS). Institucionalmente, a SGTES conta com dois departamentos: Departamento de gestão da educação na saúde e Departamento de gestão e regulação do trabalho em saúde (Brasil, 2023). A SGTES tem como objetivos promover a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, elaborar políticas de formação e desenvolvimento profissional, coordenar atividades relacionadas ao trabalho e educação em saúde, cooperar internacionalmente para solucionar questões no campo da saúde e participar na análise técnica de projetos de lei e propostas normativas sobre trabalho e educação em saúde. Isso inclui a formulação de critérios, parcerias entre gestores do SUS e o estabelecimento

de uma rede estratégica de educação e gestão. Além disso, busca promover experiências inovadoras, especialmente no contexto de países vizinhos do continente latino-americano, países de língua portuguesa e países do hemisfério sul (Brasil, 2023).

No âmbito da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), estão vinculadas ações como: os Ambientes Virtuais de Aprendizagem; Dimensionamento de Recursos Humanos em Saúde; Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no SUS (Equidade no SUS); Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (Mesa de Negociação); PET-Saúde; Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon); Residências em Saúde; Saúde com a Gente; Sistema de Mapeamento da Educação na Saúde (SIMAPES); e Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Brasil, 2023).

As informações coletadas na pesquisa documental descrevem diversas ações e programas coordenados pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde. Essas iniciativas abrangem áreas como formação profissional, equidade de gênero e raça, gestão do trabalho, apoio à saúde de pessoas com deficiência e atenção oncológica, entre outros. Em geral, as informações destacam a importância de ações e programas voltados para a formação, valorização e equidade dos profissionais de saúde, bem como para a melhoria da gestão do trabalho no âmbito do SUS. No entanto, é necessário acompanhar de perto a implementação e efetividade dessas iniciativas, garantindo que elas alcancem seus objetivos e contribuam para o fortalecimento do sistema de saúde como um todo. Observamos, portanto, que as ações relacionadas ao trabalho em saúde são carregadas de subjetividades, “sendo em sua essência relacional, agregando tecnologias durante o processo saúde-doença-cuidado, exigindo dos trabalhadores uma formação de qualidade, educação permanente e competências específicas para atender as demandas do mercado de trabalho sanitário” (Machado; Ximenes Neto, 2018, p. 1973).

Apesar dos avanços alcançados, de acordo com Machado e Ximenes Neto (2018), a formação em saúde ainda apresenta desafios não resolvidos, como a inadequação da formação dos profissionais e a desconexão entre ensino e realidade prática. Além disso, a expansão do ensino privado também contribui para esses problemas. Mesmo após três décadas de existência do SUS, ainda persistem dificuldades no desenvolvimento de práticas abrangentes de prevenção, cuidado e promoção da saúde para as famílias e comunidades em todo o país. Para esses autores, é essencial uma educação em saúde que seja competente, baseada nos determinantes sociais da saúde, nas necessidades da população e em um perfil epidemiológico específico da região. Isso deve incluir vivências teórico-práticas que reflitam a realidade local e um currículo que permita aos estudantes de graduação a inserção em cenários de prática desde o início do curso.

No contexto da pandemia da Covid-19, identificamos o surgimento de novos desafios na gestão do trabalho em saúde, tais como a falta de recursos humanos, o aumento da demanda, a sobrecarga de trabalho, condições de trabalho, capacitação e treinamento, gerenciamento de equipes, dentre outros. Apesar de a pandemia ter sido devastadora, no âmbito da gestão do trabalho no SUS, considerando o cenário contemporâneo de

profundas alterações no mundo do trabalho, a partir da pesquisa documental nas bases de dados do Governo Federal, observamos o surgimento de boas práticas em saúde que tiveram como objetivo prevenir e controlar a propagação do vírus. No âmbito da gestão do trabalho em saúde, essas boas práticas podem ser identificadas em ações que buscam o gerenciamento eficaz dos profissionais da saúde durante a pandemia, das quais destacamos as seguintes: Recrutamento, capacitação e alocação de recursos humanos; medidas de proteção e segurança no trabalho no SUS; suporte emocional aos profissionais de saúde.

No que se refere ao recrutamento, capacitação e alocação de recursos humanos, identificamos a criação de algumas medidas, como a implantação regulamentação da telemedicina, que foi adotada em caráter emergencial com o aprofundamento da crise da pandemia. A telemedicina visa oferecer atendimento médico à distância, mediado pelas tecnologias de informação e comunicação (TICs), possibilitando acesso à saúde durante o distanciamento social. Inicialmente a prática foi autorizada por meio da Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020, que dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Posteriormente, esse instrumento foi revogado por meio da Lei 14.541, de 27 de dezembro de 2022, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional. Assim, considera-se a prática de telessaúde enquanto

[...] modalidade de prestação de serviços de saúde a distância, por meio da utilização das tecnologias da informação e da comunicação, que envolve, entre outros, a transmissão segura de dados e informações de saúde, por meio de textos, de sons, de imagens ou outras formas adequadas (Brasil, 2022, p. 01).

Outra ação caracterizada como boa prática na gestão do trabalho em saúde se deu com a oferta de cursos à distância por meio dos Ambientes Virtuais de Aprendizagem: AVASUS, UNA-SUS e UniverSUS, como por exemplo: o Curso Manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde, ofertado para profissionais da saúde no contexto da pandemia; a criação de vídeos com protocolos de manejo clínico na atenção especializada, entre outros. Outro destaque foi a criação da política e gestão da força de trabalho em saúde no contexto da resposta à pandemia da Covid-19, criada pela organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que reuniu informações sobre os recursos humanos para a Covid-19 para balizar a formulação de políticas de saúde e preservação da força de trabalho necessária para o manejo da pandemia.

No tocante às medidas de proteção e segurança no trabalho, destacam-se a criação de materiais gráficos que abordam temas sobre higiene e proteção individual e coletiva, tais como: *folders*, cartazes e panfletos, garantindo uma comunicação entre gestores, profissionais e usuários da saúde, com o fornecimento de informações atualizadas sobre a pandemia e os respectivos protocolos. Fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPIs) e treinamento sobre uso e manejo, possibilitando que os profissionais da saúde estejam preparados para atuação nos mais diversos espaços, permitindo o uso racional dos insumos e equipamentos em saúde.

No âmbito das medidas de suporte emocional, destacam-se ações para monitoramento da saúde dos profissionais da saúde, como a implementação de medidas de vigilância da

saúde desses profissionais. Destaca-se a pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) que realizou monitoramento da saúde, acesso à EPIs de técnicos de enfermagem, agentes de combate às endemias, enfermeiros, médicos e psicólogos, no município do Rio de Janeiro. Essa pesquisa teve como foco gerar informações acerca do impacto da pandemia por Covid-19 sobre a saúde de trabalhadores que estiveram na linha de frente do combate ao novo coronavírus.

No entanto, apesar de considerarmos medidas importantes, Barreto e Mendes (2023), ao evidenciarem a superexploração da força de trabalho na saúde em um contexto de pandemia de Covid-19 no Brasil, chamam atenção para um “contingente considerável de trabalhadores(as) da saúde adoecidos física e psiquicamente” (Barreto; Mendes, 2023, p. 12). De acordo com os autores,

Se somarmos a esse cenário a precarização histórica dos trabalhadores(as) do SUS, que através da sua assistência à saúde e serviços (mas não somente isso) confere o aporte de saúde necessário para que a classe trabalhadora reproduza a sua força de trabalho e continue trabalhando com melhores condições de vida, é possível conceber o quanto essa precariedade da saúde pública brasileira contribui para o rebaixamento do valor da força de trabalho, logo, para a superexploração da força de trabalho, para a extração de excedente do trabalho, a mais-valia. [...] Além disso, questiona-se também a falta de insumos mínimos para o atendimento da população (por exemplo: medicamentos essenciais para o tratamento das infecções; lençol para maca hospitalar; oxigênio; luvas; testes de gravidez e espéculos vaginais etc.) (Barreto; Mendes, 2023, p. 14).

Leonel (2021), pontua que os resultados da pesquisa “*Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19*”⁷, realizada pela Fiocruz em todo o território nacional, refletem o impacto da precarização como fator de sofrimento dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde:

Os dados indicam que 43,2% dos profissionais de saúde não se sentem protegidos no trabalho de enfrentamento da Covid-19, e o principal motivo, para 23% deles, está relacionado à falta, à escassez e à inadequação do uso de EPIs (64% revelaram a necessidade de improvisar equipamentos). Os participantes da pesquisa também relataram o medo generalizado de se contaminar no trabalho (18%), a ausência de estrutura adequada para realização da atividade (15%), além de fluxos de internação ineficientes (12,3%). O despreparo técnico dos profissionais para atuar na pandemia foi citado por 11,8%, enquanto 10,4% denunciaram a insensibilidade de gestores para suas necessidades profissionais (Leonel, 2021, p. 01).

Desta forma, podemos considerar que uma gestão eficiente do trabalho em saúde pode impactar sobremaneira na qualidade do trabalho e da assistência prestada aos usuários do SUS, especialmente no contexto decorrente da pandemia da Covid-19. Essa gestão eficiente pode incluir a organização adequada das equipes de saúde, a alocação eficiente dos recursos humanos e financeiros, o planejamento estratégico em saúde a

⁷ “Foram entrevistados, na pesquisa-mãe, 15.132 profissionais de saúde, sendo eles: médico, enfermeiro, fisioterapeuta/terapeuta ocupacional, cirurgião dentista, biomédico, farmacêutico/bioquímico, psicólogo, assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo, biólogo, médico veterinário, adm. hospitalar, ed. físico, engenheiro/segurança do trabalho/sanitarista, graduando (medicina, enfermagem etc.)” (Machado et al., 2023, p. 03).

implementação de políticas, programas e projetos que visem qualificar o cuidado aos usuários do sistema de saúde. Na esfera do setor público residem desafios para a gestão do trabalho em saúde, considerando que a força de trabalho do SUS teve que se adequar às novas exigências postas à formação, a qualificação e ao trabalho profissional no contexto da pandemia, ocasião em que o Sistema de Saúde brasileiro experienciou expansão acelerada e precarizada de contratação de profissionais, aumentando consideravelmente a força de trabalho, especialmente de recém-formados.

Considerações Finais

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das políticas sociais que compõem a seguridade social brasileira, juntamente com a previdência social e a assistência social. Ele surgiu como uma resposta às expressões multifacetadas da “questão social” no capitalismo, buscando assegurar os direitos relacionados à saúde para todos os cidadãos. O SUS é fruto da luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e saúde, sendo um sistema de saúde público, gratuito e universal.

O caráter inovador do SUS está na sua compreensão da saúde como um conjunto articulado de políticas de proteção social, não se limitando apenas à ausência de doença. Ele incorpora a participação da população usuária nas instâncias de controle, descentralização política e administrativa, além de um modelo de financiamento fundo a fundo. A implementação do SUS foi acompanhada pela criação de Normas Operacionais Básicas que regulamentam o sistema e estabelecem o pacto entre os entes federativos.

No contexto contemporâneo, destaca-se a pandemia da Covid-19 como um dos principais desafios enfrentados pelo SUS. A doença, que se tornou uma pandemia global, provocou mudanças significativas na dinâmica social e revelou as fragilidades dos sistemas de proteção social e da gestão dos serviços de saúde em escala mundial. A crise econômica também se agravou, afetando especialmente a classe trabalhadora, com altos índices de desemprego e aumento da informalidade. A negação das medidas de combate à pandemia por parte do governo federal brasileiro e a deterioração das condições de vida da população contribuíram para agravar a situação.

A interrelação entre crise econômica e crise pandêmica alteraram significativamente a atuação dos profissionais do SUS, desvelando ainda as precárias condições de trabalho, o sofrimento e o adoecimento psíquico destes profissionais. Nesse cenário, a gestão do trabalho em saúde tem importância contínua tanto no cenário da pandemia quando no pós-pandemia no sentido de gerenciamento eficiente da força de trabalho, promovendo boas práticas em saúde no sentido de enfrentar as sequelas postas pela Covid-19 e/ou outras pandemias/epidemias.

A pesquisa demonstra a importância da formação e qualificação profissional permanente da força de trabalho do SUS para atendimento às sequelas decorrentes da pandemia da Covid-19. No entanto, observa-se que a formação em saúde ainda enfrenta desafios complexos e não resolvidos, tais como a inadequação ou a parca formação dos profissionais e a desconexão entre ensino e realidade prática.

A pandemia da Covid-19 trouxe novos desafios para a gestão do trabalho em saúde, como a falta de recursos humanos, a sobrecarga de trabalho e as condições adversas. Apesar disso, identificamos boas práticas na gestão do trabalho no âmbito do SUS que visaram a prevenção e o controle da propagação do vírus. No âmbito do recrutamento, da capacitação e da alocação de recursos humanos, destaca-se a implantação do serviço denominado telemedicina, como resposta emergencial que trata de prestação de consultas de saúde na modalidade à distância, mediada por tecnologias da informação, saúde e de comunicação. No mesmo sentido, foram ofertados cursos de qualificação da força de trabalho do SUS mediados por ambientes virtuais de aprendizagem, abordando o manejo clínico da Covid-19 e protocolos de atendimento especializado.

No tocante às medidas de proteção e segurança no trabalho, identificamos que foram adotadas ações como, por exemplo, a criação de materiais informativos sobre higiene e proteção individual e coletiva, o fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e treinamentos para o seu uso adequado. Também foi importante implementar medidas de suporte emocional aos profissionais de saúde, como o monitoramento da saúde e ações de vigilância em saúde. Ou seja, podemos afirmar que uma gestão eficiente impacta na qualidade do trabalho profissional e na assistência aos usuários do SUS.

Diante desses desafios, é importante compreender que as políticas públicas, como o SUS, são conjuntos de ações e decisões implementadas pelo Estado para solucionar problemas sociais. No caso do SUS, sua criação foi impulsionada pela luta dos trabalhadores e pela necessidade de um sistema que respondesse às demandas sociais.

Em suma, consideramos que o SUS é uma política social importante tanto para o Brasil quanto para outros países da América Latina, especialmente os países do Mercosul que fazem fronteira, como Argentina, Paraguai e Uruguai, sendo um sistema de saúde público, gratuito e universal. Sua implementação enfrentou e vem enfrentando desafios e tensões ao longo do tempo, e a pandemia da Covid-19 evidenciou as fragilidades do sistema e a necessidade de fortalecimento das políticas de proteção social. É fundamental que sejam adotadas medidas para aprimorar o SUS, buscando soluções e boas práticas para enfrentar os desafios e as sequelas decorrentes da pandemia da Covid-19 e garantir um trabalho em saúde de qualidade e bem-estar para a população usuária do SUS. Por fim, afirmamos que um sistema de saúde forte, universal, gratuito, acessível e socialmente referenciado é a base para uma sociedade saudável e equitativa.

Referências

ALMEIDA, Bruno G. De; TEIXEIRA Carmen F.; ALVES, Gilda A.; PINTO, Isabela C. de M. Da administração de recursos humanos à gestão do trabalho em saúde: pluralidade teórica e desenvolvimento institucional no sistema único de saúde In: ALMEIDA, Bruno Guimarães de; Pinto, Isabela Cardoso de Matos (org.). **Gestão do trabalho no SUS Bahia: esquadrinhando caminhos e esperando a prática**. Belo Horizonte: Avohai, 2021.

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

ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. São Paulo: Boitempo, 2020.

BARRETO, Antônio A. M.; MENDES, Áquilas N. Superexploração da força de trabalho na saúde em um contexto de pandemia de Covid-19 no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, 2023, e02093212. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2093>

BARROS, Maria Elizabeth D. B.; PIOLA, Sérgio F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S.F.; ROA, A. C. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. 1. ed. Rio de Janeiro OPAS/OMS no Brasil, 2016. p. 101-138.

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

BEHRING, Elaine R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 11.358, de 1º de janeiro de 2023**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11358.htm#art4. Acesso em: 26 mai. 2023.

BRASIL. **Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da tele saúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/Lei/L14510.htm#art5. Acesso em: 28 maio 2023.

BRASIL. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jul. 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8689.htm. Acesso em: 06 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PNGTES)**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). **Ações coordenadas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde**. Brasília, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 44 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2023.

CARVALHO, Antônio I. de; BARBOSA, Pedro R. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração, UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. Disponível em: https://cesad.ufs.br/ORBI/public/uploadCatalogo/10541817022012Políticas_de_Saude_Fundamentos_e_Direitos_do_SUS_Aula_1.pdf. Acesso em: 23 jun. 2025.

CASTRO, Janete L. de et al. A Importância dos Trabalhadores da Saúde no Contexto COVID-19. In: SANTOS, Alethele de O. (org.). **Profissionais de Saúde e Cuidados Primários**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), 2021. Cap. 3. p. 40–53. Disponível em: www.conass.org.br/biblioteca. Acesso em: 29 jan. 2021.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde. **Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde**. {[2025]}. Disponível em: <https://portal.conasems.org.br/>. Acesso em: 23 jun. 2025.

DWECK, Esther; OLIVEIRA, Ana Luíza M. de; ROSSI, Pedro (coord.). **Austeridade e retrocesso: impactos sociais da política fiscal no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert Stiftung, 2018.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, n. 21, jun. 2000. Disponível em: <https://fiocruz.br/noticia/2021/03/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>. Acesso em: 23 jun. 2025.

IAMAMOTO, Marilda V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2008.

LEONEL, Filipe. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. **Portal Fiocruz**, 22 mar. 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/ppp/article/view/89>. Acesso em: 23 jun. 2025.

LOPES, B.; AMARAL, J. N.; CALDAS, R. W. (org.). **Políticas públicas: conceitos e práticas**. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008.

MACHADO, Maria Helena; XIMENES NETO, Francisco R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1971–1979, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>

MACHADO, Maria Helena; MACHADO, Antônio V.; PEREIRA, Everson J.; VARGAS, Filipe L. **O mundo do trabalho em saúde: condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da COVID-19 no Brasil**. Brasília: ENSP; CEE; Fiocruz, 2023. (Resumo executivo).

Disponível em:

<https://informe.ensp.fiocruz.br/assets/anexos/fbbb293d529dc998ddd9da724742ded2.PDF>. Acesso em: 19 maio 2025.

MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos A. P. (ed.). **A política pública como campo multidisciplinar**. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Unesp, Editora Fiocruz, 2013.

MARX, K.; ENGELS, F. **O Capital: crítica da economia política**. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1976. v.1.

MINAYO, Maria Cecília de S.; FREIRE, Neyson P. Pandemia exacerba desigualdades na Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3555–3556, 2020. DOI:

<https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.13742020>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/yFSBrKr7Tvz9Rg4vhCWx6rQ/>. Acesso em: 23 jun. 2025.

NERI, Filipe S.; SILVA, Ana B. R. Da; FERREIRA, Laura N.; TORRES, Mabel M. Formação em tempos de pandemia: desafios para o serviço social. In: SEMINÁRIO DE POLÍTICAS SOCIAIS NO MERCOSUL (SEPOME), 8., (Novas) demandas e (novos) desafios em tempos de pandemia: resumos, 08–10 nov. 2021, Pelotas, RS. Anais **eletrônicos** [...]. Pelotas, RS: UCPEL, 2021. Disponível em: <https://pos.ucpel.edu.br/ppgps/wp-content/uploads/sites/5/2022/03/VIII-SEPOME-ANAIS.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2025.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Histórico da pandemia da Covid-19**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemiaCovid-19>. Acesso em: 26 maio 2023.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345300>. Acesso em: 19 maio 2025.

PACHECO FILHO, Calino F. Seguridade social e previdência: situação atual. **Indicadores Econômicos FEE**, v. 39, n. 3, 2012. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345300>. Acesso em: 23 jun. 2025.

PATRÍCIO, Carlos M. S.; SILVA, Emily de P. S. O estado capitalista neoliberal e a (re)configuração das políticas sociais: impactos para a classe trabalhadora. In: SEMINÁRIO CETROS, 6., 2018, Fortaleza. **Anais eletrônicos** [...]. Fortaleza: UECE, 2018. Disponível em: https://www.uece.br/eventos/seminariocetros/anais/trabalhos_completos/425-12729-18072018-194445.pdf. Acesso em: 19 maio 2025.

PEREIRA, Camila P. **Proteção social no capitalismo: contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes**. 2013. 307f. Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15153/1/2013_CamilaPotyaraPereira.pdf. Acesso em: 23 jun. 2025.

SANTOS, Leila B. D.; SANTOS NETO, Arnaldo B. S. Reflexões em torno à crise do estado de bem-estar social. **Revista da Faculdade de Direito da UFG**, Goiânia, v. 32, n. 1, p. 61–75, 2010. DOI: 10.5216/rfd.v32i1.12112. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/revfd/article/view/12112>. Acesso em: 20 maio. 2025.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SILVA, Maria O. da S. e; YAZBEK, Maria C.; DI GIOVANNI, Geraldo. **A Política Brasileira no Século XXI**: a prevalência dos programas de transferência de renda. São Paulo: Cortez, 2014.

REIBNITZ JÚNIOR, Calvino et al. (org.). **Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica**: modalidade a distância. Atenção integral à saúde do adulto: medicina. 2. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

Submetido em: 20/11/2025

Revisto em: 16/5/2025

Aceito em: 28/5/2025