

Artigos Livres

Desigualdades sociais e a emergência do SUS como imperativo na crise sanitária ocasionada pela covid-19

Social inequalities and the emergence of brazil's UHS as a necessity in COVID-19 health crisis

Leonardo Soares Trentin^I , Daniela Trevisan Monteiro^{II} ,
Jussara Maria Rosa Mendes^{II} 

^IUniversidade Federal de Santa Maria , Santa Maria, RS, Brasil

^{II}Universidade Federal do Rio Grande do Sul , Porto Alegre, RS, Brasil

RESUMO

O presente ensaio teórico teve como objetivo problematizar o contexto social e político brasileiro, como também evidenciar o Sistema Único de Saúde (SUS) como imperativo no combate a propagação do vírus SARS-CoV-2 e nas consequências de sua doença, a COVID-19. Além disso, evidencia-se a precarização do SUS devido às desigualdades regionais, o financiamento insuficiente, a questão público-privada, a gestão política e a Emenda Constitucional n.º 95. Quanto às repercussões desencadeadas pelo coronavírus (COVID-19), no âmbito social e na assistência em saúde, destaca-se uma lógica perversa, com base na necropolítica, na qual o Estado determina quem importa e quem não importa a partir de condições sociais, de saneamento e de acesso à saúde. Nesse contexto, o SUS surgiu como imperativo no combate à propagação do vírus SARS-CoV-2 e das consequências de sua doença, a COVID-19.

Palavras-chave: Infecções por coronavírus; Condições sociais; Iniquidade social; Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

This theoretical essay aimed to address the Brazilian social and political context, as well as to highlight Brazil's Unified Health System (UHS) as a necessity in order to fight against the spread of the SARS-CoV-2 virus and the consequences of its disease, COVID-19. In addition, UHS's precariousness is revealed due to regional inequalities, not enough funding, the public-private issue, political management, and the Constitutional Amendment no. 95. Concerning the implications triggered by the new coronavirus (COVID-19) in the social aspect and in healthcare, a perverse logic is visible, founded on necropolitics, in which the State determines who matters and who does not, based on social conditions, sanitation and access to health. In this context, UHS emerges as a necessity fight against the spread of the SARS-CoV-2 virus and the consequences of its disease, COVID-19.

Keywords: Coronavirus infections; Social conditions; Social inequity; Unified Health System

1 INTRODUÇÃO

Situações adversas que desencadeiam desastres e tragédias têm se sucedido exponencialmente na sociedade humana. Desastre é uma situação ou evento inesperado com graves consequências, como danos, destruição e sofrimento humano (*Centre For Research On The Epidemiology Disasters*, 2020). Destacam-se, entre os desastres, os fenômenos de ordem natural, cuja causa pode ser tanto natural quanto humana, e que excedem à capacidade de resposta local e demandam assistência nacional ou internacional (Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial da Saúde, 2009). Exemplo disso são situações como os tsunamis na Ásia em 2004; o Furacão Katrina nos EUA em 2005; o terremoto no Haiti em 2010; o terremoto seguido de tsunami e de uma contaminação radioativa no Japão em 2011; e os rompimentos das barragens de Mariana e Brumadinho no Brasil em 2015 e 2019, respectivamente. O que torna comum a todas essas tragédias é que seus efeitos impactam a todos, pelo grau de destruição que ocasionam e pela sensação de vulnerabilidade desencadeada pelo lastro de sofrimento humano deixado (Paranhos; Werlang, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde (2017), os desastres de origem natural desencadeiam impactos à saúde, mortes, danos ao meio ambiente, à propriedade, à economia e interrupção dos serviços e podem ser divididos em cinco categorias: geológicos (deslizamentos, erosão e terremotos); hidrológicos (inundações, enxurradas e alagamentos); meteorológicos (ciclones, tornados, ondas de calor); climatológicos (seca, estiagem e incêndio florestal); e biológicos (epidemias, infestações e pragas). Em relação aos riscos biológicos, segundo o *United Nations Environment Programme* (2016), há um crescimento mundial de doenças e epidemias, principalmente as do tipo zoonoses, as quais são transmitidas entre seres humanos e animais. Deficiência imunológica humana (HIV e AIDS), Síndrome respiratória aguda grave (SARS), gripe aviária, Síndrome respiratória do Médio Oriente (MERS), Ebola e vírus Zika são exemplos de surtos epidêmicos e pandêmicos que assolaram o mundo nas últimas décadas.

Conforme a Secretaria de Vigilância em Saúde (2018), existem quatro fatores que podem desencadear ou intensificar um desastre: uma ameaça natural; exposição populacional à ameaça; vulnerabilidade social e ambiental; capacidades ou medidas insuficientes para conter os potenciais riscos e os danos à saúde da população. Nessa situação, o controle dos riscos deve considerar as condições de vulnerabilidade social e de exposição aos riscos e ainda, ter como enfoque as políticas públicas, os profissionais e serviços de saúde (Batista *et al*, 2019). A partir disso, pode-se pensar que as gravidades dos impactos de um desastre vão depender do contexto social e do manejo das instituições públicas governamentais diante dessas situações de calamidade pública. Por conseguinte, a atuação do Estado torna-se primordial, pois este, como gestor, tem o encargo de prover medidas, orientações, auxílio, investimentos, suprimentos e políticas públicas que evitem um colapso tanto na economia quanto nas instituições de saúde (Machado, 2020).

No final de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na China, cuja cepa do vírus causador, ainda não havia sido identificada em seres humanos. Após a identificação, o vírus foi classificado dentro da família dos coronavírus e denominado de SARS-CoV-2, o qual causa a doença COVID-19. Em 30 de janeiro de 2020, ao se espalhar por outros países, a OMS declarou que o surto de coronavírus constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização. Já em 11 de março do mesmo ano, já atingindo todos os continentes, com exceção da Antártida, e causando milhares de casos e de mortes, a OMS caracterizou a COVID-19 como uma pandemia (OPAS; OMS, 2020).

Como se tratava de um vírus que ainda não havia sido registrado em seres humanos, a ausência de conhecimento e de dados científicos sobre o coronavírus, fomentaram questionamentos sobre quais seriam as medidas mais adequadas a serem adotadas perante a sua alta velocidade de propagação e de levar ao óbito, principalmente as populações mais vulneráveis (Werneck; Carvalho, 2020). Pelo mundo

todo foram discutidos os direcionamentos de recursos financeiros às ações em saúde, bem como medidas econômicas e sociais para o combate da propagação do vírus. Cada país, de acordo com seus recursos e políticas de saúde, adotou medidas estratégicas no enfrentamento da pandemia. Contudo, diante da magnitude e da velocidade que o vírus se propagou e causou seus efeitos, o aumento do endividamento público na área da assistência em saúde pareceu ser a única saída viável (Santos; Peres, 2020).

Cabe salientar que a saúde é direito de todos e, conforme a Constituição Federal do Brasil é dever do Estado, o qual, através de políticas sociais e econômicas, reduz o risco de doenças e de outros agravos (Brasil, 2016a). O conjunto de ações e serviços públicos em saúde, prestados por órgãos e instituições públicas dos estados, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). Para o Ministério da Saúde (2019), o SUS proporciona, sem discriminação, o acesso universal ao sistema de saúde pública, sendo um direito de todos os brasileiros a atenção integral à saúde, que se alicerça na prevenção e na promoção de saúde.

A constituição garante que esse sistema seja financiado mediante recursos da seguridade social advindos da União Federal, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Brasil, 2016a). Contudo, em virtude da Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos (EC 95/2016) (Brasil, 2016b), os investimentos públicos, principalmente na área da educação e da saúde, não podem ser superiores ao reajuste inflacionário por 20 anos. Dentro disso, deve ser ressaltado que, ao se instituir um teto, inviabilizou-se os recursos necessários à manutenção e expansão dos serviços públicos, inserção de novas tecnologias, contratação de profissionais, aumentos de salários, reestruturação de carreira entre outras medidas que se fazem necessárias devido ao crescimento demográfico da população e, consequentemente, da demanda nos serviços de saúde (Mariano, 2017). Para Santos e Funcia (2019), o congelamento dos recursos sobre o sistema de saúde é, comprovadamente, subfinanciado e insuficiente há três décadas. Como demonstra a pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (2019), entre os anos de 2009 e 2017, em quase todas

as regiões do país, com exceção do Norte, houve reduções no número de leitos hospitalares disponíveis ao SUS, por habitante.

Somado a isso, a EC 95/2016 também congelou o direcionamento de recursos para o Plano Nacional de Educação (PNE), o qual contempla a área da educação desde o nível mais básico até o ensino superior. Como consequência, devido a suspensão das aulas e a impossibilidade de oferecer merenda durante o período pandêmico, muitos trabalhadores não tiveram onde deixar suas crianças no período de trabalho, o que expôs milhares de crianças e adolescentes à fome e à miséria (Campanha Nacional Pelo Direito à Educação, 2020). O fechamento das escolas interrompeu, igualmente, o acesso a outros serviços básicos, como merenda escolar, programas recreativos, atividades extracurriculares e apoio pedagógico. Apesar da implementação de modalidades do ensino a distância, nem todas as famílias conseguiram ter acesso a esse recurso, principalmente as mais vulneráveis (*United Nations International Children's Emergency Fund*, 2020), acentuando a discrepância existente entre o ensino privado e o público e, conseqüentemente, aumentando a desigualdade social. Já no ensino superior, o congelamento de gastos somado ao corte de bolsas dificultou o desenvolvimento de pesquisas que poderiam ter trazido mais informações sobre o SARS-CoV-2, bem como a produção de testes, tratamentos e vacinas (Pellanda, 2020).

Nessa conjuntura, é imprescindível enfatizar que a crise pandêmica da COVID-19 somente expôs outra crise pré-existente e naturalizada no Brasil, a da desigualdade social. A expansão da pandemia nas periferias do país, como favelas e regiões interioranas, escancarou as desigualdades tanto sociais quanto econômicas, naturalizadas por grande parte da sociedade brasileira e pelo próprio Estado (Rocha, 2020). O uso de itens básicos de segurança, como máscaras, álcool gel e higienização das mãos e a recomendação de não sair de casa, vão de encontro com a ausência de água encanada e de saneamento básico, com o desemprego e com a possibilidade de uma moradia (Stevanim, 2020).

Frente ao exposto, fica evidente o cenário de desastre natural biológico que enfrentaram todos os países, nesta escrita, especificamente, o Brasil. País que, com o congelamento dos recursos e investimentos nos direitos mais básicos do cidadão brasileiro - saúde e educação - encontrou durante a pandemia um cenário caótico. À vista disso, a partir de uma revisão não sistemática de literatura em periódicos eletrônicos, livros e reportagens jornalísticas, o presente ensaio teórico tem o objetivo de problematizar o contexto social e político brasileiro, como também evidenciar o Sistema Único de Saúde (SUS) como imperativo no combate a propagação do vírus SARS-CoV-2 e nas consequências de sua doença, a COVID-19.

2 O CONTEXTO POLÍTICO BRASILEIRO E A DESIGUALDADE SOCIAL REVELADA PELA COVID-19

A partir da década de 1970 o neoliberalismo conquistou espaço em nível mundial. Este modelo de orientação política e econômica se caracteriza pela oposição ao Estado intervencionista e de Bem Estar Social. Como consequência da política econômica neoliberal cita-se a crescente exclusão social comprovada pela elevação da linha de pobreza de parte significativa da população brasileira, o que acentuou a desigual distribuição de renda no país (Ferrer; Rossignoli, 2018). Na década de noventa, através da criação dos mercados globais em condições de instabilidade econômica, destaca-se, a nível mundial, o crescimento sistemático das desigualdades. No Brasil, a desigualdade está entre as 12 mais altas do mundo (Iamamoto, 2018). A conjuntura da desigualdade no país é tão enraizada - consolidada no passado e reproduzida no presente - que se manifesta em vários âmbitos da sociedade, como por exemplo, na economia e na renda; no acesso a oportunidades; na cor e no gênero; na faixa etária; de acordo com a região do país; e no acesso aos direitos básicos de todo o cidadão brasileiro como moradia, transporte, educação e saúde (Schwarcz, 2019).

Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano (PNUD, 2021/2022), o Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil foi de 0,754 ocupando a 87ª posição no ranking

entre 191 países. Em 2020, estava na 86ª, com índice de 0,758. As quebras no Índice de Desenvolvimento Humano foram generalizadas durante a pandemia de COVID-19, com mais de 90 por cento dos países a sofrer um declínio em 2020 ou 2021. Sobre a concentração de renda, segundo dados do Rendimento de Todas as Fontes, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) (Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística, 2022), o rendimento médio mensal da população 1% mais rica foi de 38,4 vezes mais do que a metade da população com os menores rendimentos. A pesquisa também apontou que o rendimento médio domiciliar per capita caiu a R\$ 1.353 em 2021, o menor patamar em 10 anos. Além disso, reconhecendo as perdas de renda por classe social, o IBGE apontou que o rendimento dos mais pobres caiu pela metade desde 2012, enquanto entre os mais ricos a perda foi de 7%, o que também agrava a desigualdade. A partir desses dados, torna-se nítida a discrepante concentração de renda que aflige o país.

Deve ser salientado que, no Brasil, as desigualdades sociais têm suas características marcadas, principalmente, pela região, pela cor e pelo gênero. Conforme a Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2022), em 2021, com a redução na cobertura do Auxílio Emergencial e um mercado de trabalho pouco dinâmico, houve ampliação da vulnerabilidade de renda da população brasileira. Os efeitos desse cenário suscitaram o aumento da desigualdade e da pobreza, cuja maior intensidade recaiu sobre determinados grupos populacionais, como mulheres, crianças, pessoas de cor preta ou parda e residentes das Regiões Norte e Nordeste do Brasil.

Durante o ano de 2021, os homens receberam R\$ 1.393 de rendimento médio domiciliar *per capita*, isto é, um valor 5,9% superior do que as mulheres receberam, R\$ 1.315. Analisando por cor ou raça, no mesmo ano, o rendimento médio domiciliar *per capita* das pessoas brancas foi R\$ 1 866 enquanto das pretas ou pardas foi R\$ 949, tendo sido os menores valores observados em toda a série histórica. Conforme os dados do IBGE (2022), as mulheres sempre tiveram um rendimento menor do que os homens e as pessoas pretas ou pardas ganharam a metade do que as pessoas brancas ganharam

ao longo de toda a série. Além disso, ao se traçar uma intersecção entre sexo e raça, as mulheres pretas ou pardas são as que possuem os maiores índices em termos absolutos de situação de extrema pobreza e pobreza (28,2%), seguido dos homens pretos pardos (27,8%), das mulheres brancas (22,4%) e dos homens brancos (20,6%).

Já em termos regionais, os menores rendimentos se apresentaram nas Regiões Norte (R\$ 871) e Nordeste (R\$ 843) - regiões que concentram maior parte da população preta e parda - enquanto os maiores se apresentam nas Regiões Sul (R\$ 1 656), Sudeste (R\$ 1 645) e Centro-Oeste (R\$ 1 534). Cabe salientar que, apesar das Regiões Norte e Nordeste serem as mais impactadas pelos programas emergenciais de transferência de renda em 2020, foram as regiões que registraram aumento da extrema pobreza. Entre 2020 e 2021, a proporção de extremamente pobres passou de 8,5% para 12,5% na Região Norte e de 10,4% para 16,5% no Nordeste, variações superiores ao verificado para as demais regiões do País (IBGE, 2022).

Atualmente, o desemprego e a precarização do trabalho suscitam o recrudescimento do abismo social. Conforme Ricardo Antunes (2018), 50 milhões de trabalhadores não estão protegidos por um contrato de trabalho e uma mesma parcela, de trabalhadores formais, estão em condições precárias de trabalho. A causa disso, segundo o sociólogo, são as últimas flexibilizações nas leis trabalhistas, as quais deixam o emprego formal cada vez mais semelhante ao informal e, por conseguinte, deixam os trabalhadores mais vulneráveis às crises, como a da COVID-19. Dessa maneira, nem as políticas públicas nem a Constituição Federal de 1988 - considerada cidadã por ampliar e garantir direitos sociais - conseguiram reduzir os alarmantes índices sociais brasileiros.

Conforme a Síntese de Indicadores Sociais (2022), ao se observar o Índice de Gini, que sintetiza a distribuição da renda do Brasil em um único valor que varia de 0 a 1 - sendo 0 a situação de perfeita igualdade na distribuição dos rendimentos e 1, de perfeita desigualdade - torna-se nítida uma desigualdade. Em 2012, o Gini era de 0,540, recuou até 2015, quando atingiu o menor valor de desigualdade da série

(0,524), e posterior crescimento com estabilidade em 2018-2019. Nesse período, com a Emenda Constitucional nº 95 que estabeleceu um novo regime fiscal e instituiu um teto de gastos nas áreas da saúde e educação, a capacidade do Estado de reduzir as desigualdades sociais e combater a pobreza foi totalmente restringida (Brasil, 2016b).

No contexto pandêmico, ressalta-se que a introdução dos benefícios emergenciais de transferência de renda teve como um de seus principais efeitos a redução da desigualdade de renda em 2020, o que justifica a queda do Gini em 2020, que atingiu o mesmo valor de 2015, de 0,524. Em 2021, com a redução dos referidos benefícios, o índice voltou ao patamar de 2019, 0,544. Em termos regionais, em 2021, a Região Nordeste possuía o Gini mais elevado (0,556), seguida das Regiões Sudeste (0,533), Norte (0,528) e Centro-Oeste (0,514). A Região Sul possuía o menor Gini (0,462), em um patamar bem inferior às demais regiões (IBGE, 2022). Para Schwarcz (2019), a desigualdade social se faz presente e se acentua em países que não investem recursos nas áreas sociais e culturais e, ainda, naqueles em que as oportunidades de emprego são escassas.

Nesse sentido, as condições sociais, como causas primordiais da saúde e da doença, influenciam a exposição a diferentes fatores de risco e proporcionam acesso a recursos que podem garantir a saúde, operando como fatores subjacentes que expõem as pessoas ao risco. Assim sendo, condições sociais adequadas mantêm o acesso a recursos flexíveis e aplicáveis em diferentes situações, evitando riscos ou minimizando as consequências da doença quando esta ocorre. Em contrapartida, a sociedade brasileira esteve submetida a uma série de processos subjacentes (estrutura do emprego, mercado de trabalho, condições de vida, distribuição da renda, entre outros) que afetaram os resultados de saúde e sua distribuição populacional (Santos, 2020).

Essa questão fez-se notória na situação de pandemia, na qual a alta taxa de letalidade por COVID-19, no Brasil, esteve intrinsecamente ligada às desigualdades socioeconômicas, sociais e raciais. Conforme análise realizada, em maio de 2020, com

pouco menos de 30 mil casos de COVID-19, que tiveram desfecho - recuperação ou morte - o Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS) (Batista *et al.*, 2020) apontou que a porcentagem dos considerados pretos e pardos que vieram a óbito pela doença (54,78%) foi maior do que o de brancos (37,93%) em todas as faixas etárias. Em relação ao nível de escolaridade, pessoas com nível de escolaridade superior demonstram menor proporção de óbitos (22,5%) em comparação aos que possuem escolaridade considerada inferior (71,3%). Destes, a proporção dos considerados pretos e pardos mostrou quatro vezes mais óbitos (80,35%) do que em relação aos brancos com nível superior (19,65%). Ainda, segundo a pesquisa, a probabilidade de óbito em um município com baixo ou médio IDH é quase o dobro num município com IDH muito alto e é maior na população considerada preta e parda.

Corroborando com esses dados, o Departamento de Medicina da Universidade de Cambridge junto com a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) (Baqui *et al.*, 2020), evidenciou que ser considerado preto e pardo no país é o segundo maior fator de risco, depois da idade. A pesquisa contou com cerca de 11 mil pacientes com a COVID-19 de todas as regiões do país e apontou que tanto nas regiões Norte e Nordeste quanto na região Centro-Sul, a maior parte dos pacientes que sobreviveram são jovens, brancos e do sexo feminino, enquanto a maioria dos óbitos são dos considerados pretos e pardos. Acentua-se que as regiões Norte e Nordeste, segundo dados do IBGE (2022), são as que apresentam a maior concentração da população considerada preta e parda (cerca de 60%) e da população indígena (cerca de 56%). Além disso, são as regiões que mais carecem de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), como também apresentam indicadores de pobreza acima da média nacional.

Ainda, devem ser apontadas três populações, muitas vezes, invisíveis diante da sociedade, que estão em situação de vulnerabilidade acentuada diante da COVID-19 - a população indígena, carcerária e moradora de favela. Segundo a nota técnica, do Instituto Socioambiental (2020), sobre a vulnerabilidade da população indígena perante a COVID-19, regiões mais isoladas e distantes da assistência em saúde e da

logística de transportes têm maiores probabilidades de serem impactadas pelo vírus, como é o caso de muitas aldeias indígenas. Estudo da Fundação Oswaldo Cruz, em 2020, mostrou que 48% das mortes por COVID-19 em pacientes internados estavam entre os indígenas. Neste quesito, foi a maior taxa de mortalidade do país – superando as populações parda (40%), negra (36%), amarela (34%) e branca (28%) (Conselho Indigenista Missionário - CIMI, 2020). O CIMI também denunciou em janeiro de 2022 que menos de 50% dos indígenas do país foram vacinados com a segunda dose da vacina contra a COVID-19, sendo que indígenas e indigenistas denunciaram o aumento de casos de contaminação pelo vírus. Semelhante a essa situação, devido às condições de moradia - população aglomerada em pequenas casas, sem água encanada, sem coleta de lixo e esgoto à céu aberto - as favelas brasileiras foram territórios favoráveis à disseminação do coronavírus (Buss, 2020). Além do mais, com um sistema superlotado e em condições insalubres, segundo Pelucio (2020), o fechamento de presídios para conter o avanço da pandemia, se mostrou insuficiente, com o aumento de 478% dos casos entre os detentos. Ressalta-se, com estes dados, a necessidade de medidas voltadas às pessoas em situação de rua, presidiários, comunidades periféricas e pouco assistidas pelo poder público (Barros-Delben *et al.*, 2020).

A partir do exposto, torna-se nítido que a pandemia expôs todas as formas de desigualdades enraizadas na sociedade brasileira. Descortinou ainda uma determinada lógica de gestão, na qual certos indivíduos, excluídos socialmente, podiam morrer. Nesse contexto, cita-se a necropolítica, na qual o Estado define quem importa e quem não importa para a sociedade. O conceito, cunhado pelo historiador camaronês Achille Mbembe (2016), refere-se, em primeiro plano, à implantação de armas de fogo, em determinadas zonas periféricas do mundo no interesse da destruição máxima de pessoas. Contudo, o termo não se limita a isso, ainda se pode aplicá-lo na expansão de condições que provoquem a morte, como nas zonas periféricas brasileiras - favelas, aldeias indígenas e presídios - nas quais o governo Bolsonaro à época não priorizou a vida, não somente com violência armamentista, mas também com a manutenção das

condições inumanas de moradia e pela inexistência de políticas públicas eficazes que assegurassem condições mínimas de vida para essas populações. Diante disso, fez-se urgente a emergência de um Estado que tenha o compromisso com a redução das desigualdades sociais, através de políticas públicas eficazes que se atentem para as populações mais fragilizadas e vulneráveis.

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): DO NASCIMENTO ÀS SUAS CONTRADIÇÕES ENQUANTO POLÍTICA SOCIAL

Circunstâncias de desastre, como a pandemia causada pela COVID-19, requerem medidas rápidas e agilidade nas tomadas de decisão por autoridades dos diferentes setores. Durante situações pandêmicas devem ser recomendadas orientações e criadas políticas públicas para a gestão de eventos futuros (Alonso *et al.*, 2020), pois a eclosão de novas doenças desencadeia não somente inúmeros casos e mortes, mas também exige a ação do Estado para aprimorar os sistemas de vigilância e assistência em saúde (Lana *et al.*, 2020). No Brasil, a principal política pública de assistência em saúde, que se tornou imprescindível no momento de desastre biológico da COVID-19, foi o Sistema Único de Saúde (SUS). Regulamentado pela Lei 8.080/1990 (Brasil, 1990a) e 8.124/1990 (Brasil, 1990b), o SUS garante a todos os cidadãos brasileiros o direito de acesso universal, integral, igualitário e gratuito aos serviços de saúde.

Anteriormente, desde a colonização do território brasileiro, o acesso à assistência em saúde variava de acordo com a classe social - sendo somente a pequena parcela branca e rica da sociedade que detinha acesso a médicos e remédios. Em contraste, para a maior parte da população, pobre e escravizada, as opções eram a caridade e as Santas Casas de Misericórdia, cujos recursos sempre estavam em falta. Já na primeira metade do século XX, foram feitas reformas urbanas e sanitárias nas regiões portuárias e de grande população, apesar disso o país ainda continuava refém dos problemas sanitários e das epidemias - doença de chagas, varíola, febre amarela e gripe espanhola - principalmente entre a população pobre. A partir do período getulista,

houve reformulações no sistema, como a centralização nas epidemias e endemias. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde com políticas de atendimento às populações de zonas rurais, enquanto na cidade, somente trabalhadores que tinham carteira de trabalho assinada podiam ter acesso aos recursos de saúde. No período militar, com o corte de investimentos na área da saúde, doenças como dengue, malária e meningite se intensificaram, bem como os planos particulares, que tratavam a saúde como mercadoria.

Já em 1986, a 8ª Conferência Nacional em Saúde reformulou os conceitos de saúde pública no país, caracterizando-a como um direito universal e tendo como foco o saneamento, a medicina preventiva, a descentralização dos serviços e participação da sociedade nas decisões (Brasil, 2017). Somado a isso, com a Constituição Federal de 1988, tornou-se dever do Estado estabelecer condições que assegurem esses direitos através da formulação e da execução de políticas econômicas e sociais, bem como das transferências intergovernamentais de recursos financeiros que visem à redução de riscos de doenças de outros agravos, isto é, para a promoção, proteção e recuperação em saúde (Brasil, 2016a). Torna-se nítido o caráter democrático dessa política pública de assistência em saúde, cuja regulamentação garante acesso universal e igualitário a todos os brasileiros.

Em pouco mais de 30 anos de atuação, o sistema único de assistência obteve proeminentes conquistas para a saúde da população brasileira, como também para a diminuição das desigualdades sociais. Desde 1990, ano de sua criação, houve diminuição na mortalidade infantil, neonatal e materna; diminuição da prevalência de desnutrição; aumento de instalações sanitárias e do acesso à água; aumento da expectativa de vida; controle e eliminação de doenças por meio da vacinação gratuita; distribuição de medicamentos para o controle de doenças crônicas; sistema nacional de transplante; hemocentros; expansão do programa saúde da família, entre outras conquistas (Brasil, 2013). Com a descentralização da gestão e das políticas em saúde, o poder e a responsabilidade pelo financiamento e administração do setor foram

distribuídos em três níveis de governo, municipal, estadual e federal, cujo objetivo era uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade, bem como uma atenção maior para os determinantes sociais: fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais (Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, 2014).

Cabe ressaltar que a década de 1980 se configurou com um período de movimentos populares e de consolidação de direitos - sociais, civis e políticos - tendo a participação de diversos segmentos da classe trabalhadora que deflagraram processos de lutas para conquistar um Estado democrático. Dentro do campo da saúde, destaca-se o movimento de reforma sanitária, o qual a partir de uma perspectiva político-emancipatória, defendia o direito de todo cidadão ter uma saúde pública, universal, igualitária e participativa, como também incorporando a concepção ampla de saúde, atribuindo sentido e visibilidade às suas determinações sociais (Rosado; Freitas, 2020).

Para Fleury (2019), o conteúdo revolucionário do projeto reformista da saúde no Brasil não foi a reforma do Estado e de sua relação com a sociedade civil, mas sim o reconhecimento do princípio da igualdade na condição de cidadania e universalidade dos direitos. Nesse sentido, a superação do autoritarismo e do centralismo das políticas públicas permitiram a organização social e a reforma do Estado, como também evidenciaram a compreensão da determinação social nos processos de saúde e doença, revelando a iniquidade estrutural que caracteriza a matriz brasileira de produção e distribuição dos bens privados e dos recursos públicos. Desse modo, as políticas públicas de saúde se relacionam com políticas sociais de combate às vulnerabilidades e às desigualdades sociais, dado a necessidade da integralidade do cuidado e da intersetorialidade das políticas sociais nos espaços territoriais os quais a rede de serviços de saúde e de atendimento das demais políticas sociais estão situadas (Araújo; Joazeiro, 2019).

No entanto, é importante salientar a natureza contraditória da política social, que se encontra no fato de atender as demandas e necessidades sociais ao mesmo

tempo que em que é capturada pelo capital para servir aos seus interesses (Pereira, 2013). Logo, ao longo dessas três décadas, no lugar do Estado, foram se atrelando, paulatinamente, algumas empresas privadas para a gestão de hospitais do SUS, as Organizações Sociais de Saúde (OSS) (Narvai, 2020). Para Krüger e Reis (2019), a inter-relação do SUS com o setor privado submete os direitos sociais básicos aos interesses financeiro e mercantil, o que pode suscitar o desmonte e a privatização de empresas e de serviços públicos estatais. Assim sendo, constata-se um descrédito dos governantes com sua população que sobrepôs questões econômicas à direitos constitucionalmente garantidos, como a saúde e a vida de seus cidadãos.

Além disso, deve ser acentuado que, apesar do avanço no estabelecimento de direitos sociais em direção a um Estado do Bem-Estar Social, desde sua concepção, o SUS encontrava-se minado pela ausência de recursos fiscais necessários à uma efetiva política redistributiva. Primeiramente, o avanço e a apropriação dos recursos destinados ao Orçamento de Seguridade Social - saúde, previdência e assistência - passaram a ser destinados para o amparo do rombo no orçamento fiscal. Ainda, a disputa pelos fundos públicos também se expôs a partir do crescimento do setor mercantil da saúde - seguros, planos e serviços - que através de desonerações e ausência de regulamentações apropriadas subverteram na prática a noção constitucional da saúde como bem de relevância pública, cuja consequência foi sua incremental mercantilização (Fleury, 2019).

Nessa perspectiva, de acordo com Rosado e Freitas (2020), ao se analisar o direito à saúde e suas contradições na sociedade capitalista contemporânea, emerge uma incompatibilidade entre os interesses e as estratégias capitalistas e a efetivação dos direitos sociais. Para as autoras, a esfera da saúde pública brasileira está inserida em um espaço de contradições, conflitos e interesses do setor privado, isto é, atrelado à lógica lucrativa do capital, cujo efeito é a fragmentação e não a efetivação da universalidade da assistência em saúde. Desse modo, um Estado capitalista, que pauta suas medidas em um modelo neoliberal e em medidas de austeridade, impulsiona o

desmonte de direitos conquistados pela classe trabalhadora, tendo reflexos nefastos nas políticas e no acesso à saúde.

Dentro dessa conjuntura, o SUS enfrenta suas próprias contradições, dificuldades de acesso e utilização de serviços com qualidade, transformando a proposta da seguridade social em insegurança cotidiana para a população (Fleury, 2019). À vista disso, torna-se nítido que os objetivos legais e fundamentais do SUS são maiores do que os recursos repassados pelo Estado, situação que ficou evidente durante a pandemia de COVID-19. Logo, mesmo que a política social seja capaz de servir a interesses contrários ao mesmo tempo, é imprescindível reconhecer seu potencial em uma sociedade que busca equilíbrio e justiça social, embora pouco contribui para superar relações sociais alienantes que asseguram a manutenção do sistema capitalista (Devit; Cá; Mendes, 2021).

4 O SUS E A PANDEMIA: DA PRECARIZAÇÃO À POTÊNCIA DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

O SUS é considerado como um exemplo de sistema universal de saúde devido suas experiências exitosas. Essa política de saúde representa uma conquista popular a partir da luta pelo direito à saúde, no entanto, apesar de sua amplitude e importância reconhecida mundialmente, o SUS sofre desde sua implantação com tensões relacionadas aos interesses do mercado, que são incompatíveis com o modelo de atenção proposto pelo sistema (Devit; Cá; Mendes, 2021). A expansão do SUS pelo território brasileiro permitiu com que o país atendesse às necessidades em saúde de cada região. No entanto, mesmo o sistema sendo referência mundial, algumas projeções sugerem que as desigualdades regionais, o financiamento insuficiente e a questão público-privada podem colocar o funcionamento desse sistema de saúde em risco (Castro *et al.*, 2019), principalmente em momentos de caos pandêmico. Ou seja, o SUS segue como alvo de ataques, desmontes e mudanças em sua concepção,

o que reflete no sucateamento dos serviços de saúde, nas diferentes formas de privatização e precarização da rede; colocando a saúde da população nas mãos do capital (Devit; Cá; Mendes, 2021).

O primeiro ponto que se torna urgente salientar é a disponibilidade de recursos, como leitos hospitalares em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), tanto para pacientes com sintomas graves de COVID-19, quanto para pacientes com outros agravos. Antes da pandemia, em janeiro de 2020, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) (Brasil, 2020a), em 72% das regiões de saúde do país - o que corresponde a 56% da população brasileira - o número médio de leitos de UTI pelo SUS (7,1 leitos por 100 mil habitantes) era inferior ao considerado adequado em um ano típico (10 leitos por 100 mil habitantes). Desses, 15% da população atendida pelo SUS não dispõe de acesso às UTIs, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Além disso, deve ser evidenciado que existe maior número de leitos de UTI em hospitais privados do que em hospitais que atendem pelo SUS, ou seja, cerca de 55% dos leitos de UTI estão na rede privada, que atende somente 25% da população brasileira; e a maioria dos leitos estão concentrados nas regiões mais urbanizadas do país, como Sul e Sudeste (Rache *et al.*, 2020). Em contrapartida, 75% da população, que possui o SUS como referência, tem acesso a somente 45% dos leitos de UTI disponíveis no país e é válido apontar que, entre essa população, cerca de 80% se autodeclara negra (ONU, 2017).

Com base nesses dados, nota-se a disparidade de recursos disponíveis para a maior parcela da população brasileira: majoritariamente negra, com menos recursos financeiros e que possui acesso somente ao SUS como meio de assistência à saúde. Já a menor parcela da população tem acesso a maior proporção de leitos e a hospitais particulares. A situação revela uma conjuntura que vai de encontro com as normas e diretrizes do SUS, que garantem o acesso universal e igualitário à assistência em saúde. Assim, a história da desigualdade social no Brasil cobra, de maneira aguda, o seu alto custo social (Santos; Peres, 2020). Neste ponto, observa-se uma dinâmica

perversa, baseada na necrogestão dos recursos e dos investimentos em saúde, na qual o racismo impera.

A precarização do SUS não vem somente da distribuição desigual dos recursos, mas também da escassez de investimentos monetários destinados à assistência à saúde. Em virtude da Emenda Constitucional nº 95, que estabelece um teto de gastos da União, mais de R\$22,5 bilhões foram retirados do sistema entre os anos de 2018 e 2019, anterior à pandemia (Brasil, 2020b). Para Santos e Funcia (2019), congela-se um sistema já insuficiente, que ainda não cumpriu seu mandamento constitucional de garantia do direito, cujo desfecho será um colapso diante de um desastre pandêmico. Anteriormente à EC 95/2016, os investimentos direcionados à saúde brasileira não se diferenciavam muito dos países que oferecem acesso universal e de qualidade, como o Reino Unido, Austrália, Canadá e Espanha. Contudo, no Brasil, os recursos destinados à saúde pública foram inferiores ao da saúde privada (Piola *et al.*, 2013). Situação semelhante ocorre nos Estados Unidos, que não possui sistema universal de saúde pública e não direcionam seus recursos em saúde para os menos favorecidos, optando assim por uma lógica mercantilista de assistência (Saldiva; Veras, 2018).

Países como Brasil e Estados Unidos apresentam os maiores índices de casos confirmados da COVID-19 e de óbitos em todo o mundo. O Reino Unido, mesmo ao dispor de um dos sistemas de saúde pública mais antigos do mundo, o National Health Service (NHS), também está entre os países com maiores números de casos confirmados e de óbitos, devido ao fato da decisão de seus governantes de, inicialmente, testar poucas pessoas e apostar na “imunidade de rebanho”. Já o Vietnã, país pobre e populoso, possui um sistema de saúde ineficaz e em transição e, mesmo assim, registrou poucos casos da COVID-19 e nenhuma morte, até a primeira quinzena de junho de 2020, devido ao fato de a gestão em saúde impor medidas rígidas de isolamento social e de fechamento de fronteiras, imediatamente após os primeiros casos na China (Socal, 2020). Dessa forma, torna-se visível que não bastam somente investimentos suficientes para o bom funcionamento de determinado sistema

de saúde, mas também é fundamental uma gestão adequada, a qual administre e distribua com equidade os recursos disponíveis em saúde pelas regiões do país.

Conforme Santos, Oliveira e Albuquerque (2022), apesar do SUS ser um sistema público, universal e capilarizado por todo o território nacional, a falta de coordenação por parte do governo federal para consolidar uma resposta nacional consistente fez com que governos estaduais e municipais tivessem que tomar suas próprias decisões de enfrentamento da COVID-19. Por conseguinte, os estados tiveram que enfrentar desafios relativos às lacunas e ao acesso à serviços assistenciais em saúde que se intensificaram, principalmente, nas regiões Norte e Nordeste, onde há, historicamente, um déficit de oferta de recursos hospitalares e necessidade de grandes deslocamentos por parte dos usuários e pacientes.

Como alternativa, houve a necessidade da construção de hospitais de campanha para atender a demanda que crescia exponencial, reorganização do atendimento dos usuários, redimensionamento e contratações emergenciais dos profissionais de saúde, compra de recursos materiais para a assistência, treinamentos com foco na segurança dos profissionais e no uso adequado dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), etc (Castro *et al.*, 2021). No entanto, a má gestão federativa acarretou problemas na compra desses recursos, insumos e na contratação de profissionais, o que dificultou sua capacidade de funcionamento pleno ou mesmo a abertura desses hospitais (Santos; Oliveira; Albuquerque, 2022). Exemplo disso, é o estado do Amazonas que possuía todas as suas UTI's concentradas em sua capital Manaus e que se tornou-se o epicentro da doença no país, visto o esgotamento na rede pública hospitalar, o exponencial aumento de mortes e as irregularidades na compra de recursos materiais para a assistência dos pacientes infectados - ventiladores pulmonares ou respiradores (Supremo Tribunal de Justiça, 2021).

É evidente que os efeitos que emergem a partir do vírus colocaram à prova toda a estrutura de saúde no Brasil, principalmente, em um período em que o direcionamento de recursos para as áreas sociais e da saúde - como o SUS e a

pesquisa - estavam congelados (Alonso *et al.*, 2020). À vista disso, deve ser frisado que, constitucionalmente, o Sistema Único de Saúde tem potencial para enfrentar a crise que a COVID-19 instaurou no mundo. Todavia, para potencializar um sistema de saúde pública precarizado, como o SUS, é imprescindível uma gestão estatal competente e que não tenha atuação mínima, especialmente, em circunstâncias de desastres biológicos. Ainda, é vital que o Estado brasileiro admita a extrema desigualdade, tanto geográfica quanto social, ao acesso à recursos indispensáveis à saúde (Portela *et al.*, 2020) e, por conseguinte desloque recursos para as áreas mais necessitadas e vulneráveis do país.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo problematizou o contexto social e político brasileiro, apresentando suas desigualdades sociais durante o período pandêmico. Além disso, evidenciou-se a precarização do Sistema Único de Saúde (SUS) devido às desigualdades regionais, o financiamento insuficiente, a questão público-privada, a gestão política e a Emenda Constitucional nº. 95. A partir do exposto, torna-se nítido que as gravidades do impacto de uma calamidade pública, como a pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2, estão vinculadas com o contexto histórico de cada país, como também com o manejo das instituições e dos seus respectivos governantes diante do desastre biológico. No Brasil, a crise pandêmica descortinou as desigualdades sociais enraizadas na sociedade brasileira. Assim como, expôs a urgência de um sistema de saúde potente e eficaz que consiga atender de modo igual a demanda desencadeada pela doença COVID-19.

No entanto, a conjuntura da saúde pública e do saneamento básico pelo território brasileiro estrutura-se de forma heterogênea. A maior proporção dos recursos em saúde, como leitos e hospitais, não está concentrada nas regiões que mais utilizam o sistema público de saúde - Norte e Nordeste - nem conseguem atender a população que tem somente esse sistema como referência, a população pobre e negra. Até a primeira quinzena de junho de 2020, essa parcela da população era a que apresentava os maiores índices de mortalidade por COVID-19. Neste contexto, destaca-se uma

lógica perversa, com base na necropolítica, na qual o Estado determina quem importa e quem não importa para a sociedade de acordo com a manutenção de condições precárias de moradia e pela inexistência de políticas públicas eficazes que garantam condições mínimas de vida para essas populações.

Por fim, é notório destacar que o Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto regulamentação e política pública, detém potencial para enfrentar a desigual assistência em saúde do Brasil - como também as repercussões suscitadas pela COVID-19 - já que esse sistema, constitucionalmente, garante um acesso universal, igualitário e gratuito a todo o cidadão brasileiro. Contudo, em virtude do financiamento insuficiente e da gestão desproporcional desses recursos, o sistema está precarizado e em colapso. Somam-se a esse cenário a Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos nº 95, a qual congelou os investimentos na área da educação e saúde por 20 anos, o que inviabiliza, quando necessário, à manutenção e expansão dos serviços em saúde - como no caso da tragédia humanitária pela COVID-19. Ainda, conclui-se que o SUS é uma política pública que não pode ser privatizada devido às características socioeconômicas da sociedade brasileira, a qual não tem condições financeiras de arcar com um direito que é inalienável ao sujeito: sua própria saúde. Portanto, sustentar o SUS como política pública é assegurar os direitos humanos e, por conseguinte, a democracia.

REFERÊNCIAS

ALONSO, W. J. *et al.* Covid-19 em contexto: comparação com a mortalidade mensal por causas respiratórias nos estados brasileiros. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, Campinas, v. 3, p. 1-15, 14 maio 2020. DOI: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.93>. Disponível em: <https://www.iajmh.com/iajmh/article/view/93>. Acesso em: 27 maio 2020.

ANTUNES, R. **O privilégio da servidão**: o novo proletário de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.

ARAÚJO, L. J. C.; JOAZEIRO, E. M. G. Direitos sociais em tempos de crise: desigualdades sociais e agravos à saúde. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 44, 21-44, maio\ago 2019. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=682&-sid=59>. Acesso em: 25 abr. 2023.

BAQUI, P. O. *et al.* Ethnic and regional variation in hospital mortality from COVID-19 in Brazil. **MedRxiv preprint**, [S. l.], 26 maio 2020. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.05.19.20107094>. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.19.20107094v1>. Acesso em: 4 jun. 2020.

BARROS-DELBEN, P. *et al.* Saúde mental em situação de emergência: COVID-19. **Debates in Psychiatry**, Rio de Janeiro, n. 2, abr./jun. 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-10-2>. Disponível em: https://d494f813-3c95-463a-898c-ea1519530871.filesusr.com/ugd/c37608_e2757d5503104506b30e50caa6fa6aa7.pdf. Acesso em: 06 jun. 2020.

BATISTA, A. *et al.* **Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil**. Nota técnica 11. Rio de Janeiro: NOIS, 27 maio 2020. Disponível em: <https://sites.google.com/view/nois-pucrio>. Acesso em: 4 jun. 2020

BATISTA, F. E. S. *et al.* Desastres biológicos e sua relação com a saúde coletiva: Uma análise dos artigos publicados no estado do Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 215, n. 1, jul. 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desastres-biologicos-e-sua-relacao-com-a-saude-coletiva-uma-analise-dos-artigos-publicados-no-estado-do-parana/17289?id=17289>. Acesso em: 24 maio 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016a]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 24 maio 2020.

BRASIL. Emenda Constitucional n.º95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 dez. 2016b. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21295527/do1-2016-12-16-emenda-constitucional-n-95-21295459. Acesso em 24 maio 2020.

BRASIL. **Lei n.º 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. **Diário Oficial da União**, Brasília 20 set 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 jun. 2020.

BRASIL. **Lei n.º 8.024, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.142%2C%20DE%2028%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 9 jun. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações e Programas**, Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas>. Acesso em: 5 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consultas**, Brasília, jan. 2020a. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>. Acesso em: 5 jun. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Nota Pública:** CNS reivindica revogação imediata de emenda que retirou verba do SUS, prejudicando enfrentamento ao Coronavírus. Brasília, 2020b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1064-nota-publica-cns-reivindica-revogacao-imediata-de-emenda-que-retirou-verba-do-sus-prejudicando-enfrentamento-ao-coronavirus>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desastres de origem natural.** Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-ambiental/vigidesastres/desastres-de-origem-natural>. Acesso em: 15 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública,** Brasília, ago. 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 5 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus.** Brasil, 2020c. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 14 jun 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Desastres naturais e saúde: análise do cenário de eventos hidrológicos no Brasil e seus potenciais impactos sobre o Sistema Único de Saúde. **Boletim Epidemiológico,** Brasília, v. 49, n. 10, p.1-13, mar. 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/22/2017-032-Publicacao.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Sistema Único de Saúde:** estrutura, princípios e como funciona. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 24 maio 2020.

BUSS, P. A força! COVID-19 e na saúde em todas as políticas. **Radis Comunicação e Saúde,** Rio de Janeiro, 07 abr. 2020. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/opiniaao/a-forceps-covid-19-e-a-saude-em-todas-as-politicas>. Acesso em: 6 jun. 2020.

CAMPANHA NACIONAL PELO DIREITO À EDUCAÇÃO. **Entidades pedem suspensão imediata do Teto de Gastos no STF por conta de pandemia do coronavírus.** São Paulo, 18 mar. 2020. Disponível em: <https://campanha.org.br/noticias/2020/03/18/entidades-pedem-suspensao-imediata-do-teto-de-gastos-no-stf-por-conta-de-pandemia-do-coronavirus>. Acesso em 24 maio 2020. /

CASTRO, M. C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet,** London, v. 394, n. 10195, p. 345-345, 11 jul. 2019. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext). Acesso em: 5 jun. 2020.

CASTRO, A. R.; SILVA, M. R. F.; DUARTE, R. B; SANTOS, M. A. P. Diários de batalha: enfermeiros na linha de frente do enfrentamento ao covid-19. **Rev. urug. Enferm.,** Montevideo, v. 16, nº 2, p. 1-10, jul. 2021. Disponível em: [10.33517/rue2021v16n2a1](https://doi.org/10.33517/rue2021v16n2a1). Acesso em: 03 de out. 2021.

CENTRE FOR RESEARCH ON THE EPIDEMIOLOGY OF DISASTERS. **Emergency Events Database:** The Internacional Disaster Database. Brussels, c2009. Disponível em: <https://emdat.be/>. Acesso em: 15 maio 2020.

CONSELHO NACIONAL INDIGENISTA MISSIONÁRIO. **Mortes por covid-19 entre indígenas deve virar assunto para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos**. Brasília, 3 jun. 2020. Disponível em: <https://cimi.org.br/2020/06/mortes-por-covid-19-entre-indigenas-precisam-virar-assunto-para-a-comissao-interamericana-de-direitos-humanos/>. Acesso em: 6 jun. 2020

DEVIT, T. V.; CÁ, V. I. V.; MENDES, J. M. R. A importância da defesa do SUS em tempos de pandemia: a experiência do Rio Grande do Sul. **Humanidades & Inovação**, v. 3, n. 35, p. 129-142, 2021. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/5343>. Acesso em: 03 maio 2023.

FERRER, W. M. H.; ROSSIGNOLI, M. Constituição Federal e direitos sociais: uma análise econômica e social do atual estado brasileiro. **Revista Argumentum**, Marília, v. 19, n. 1, p. 27-50, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://ojs.unimar.br/index.php/revistaargumentum/article/view/557/271>. Acesso em: 30 maio 2020.

FLEURY, S. Contradições, resistências e insurgências: perspectivas da democracia e do SUS. **Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz**. Rio de Janeiro, 03 out. 2019. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1053>. Acesso em: 25 abr. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PenseSUS**. Brasil, 2014. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/> Acesso em: 5 jun. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. Monitoramento da assistência hospitalar no Brasil. **Boletim Informativo da PROADESS**, n. 4, fev. 2019. Disponível em: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/Boletim_4_PROADESS_Monitoramento%20da%20assistencia%20hospitalar_errata_1403.pdf. Acesso em: 24 maio 2020.

IAMAMOTO, M. V. Questão social no Brasil: relações sócias e desigualdade. **Consciencia Social** – Revista Digital de Trabajo Social, Córdoba, v. 2, n. 3, p. 27-44, nov. 2018. Disponível em: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/21586>. Acesso em: 30 maio 2020.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais**. Brasil: IBGE, 2022. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101979.pdf>. Acesso em: 30 maio 2023.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **Covid-19 e os povos indígenas**. Brasil, 2020. Disponível em: <https://covid19.socioambiental.org/>. Acesso em: 4 jun. 2020.

KRÜGER, T. R.; REIS, C. Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 135, p. 271-289, maio/ago. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.178>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n135/0101-6628-sssoc-135-0271.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2020.

LANA, R. M. *et al* . Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 1-5, mar. 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00019620. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n3/1678-4464-csp-36-03-e00019620.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2020

MACHADO, J. Importantes antes, essenciais na pandemia. **Folha do Noroeste**, Frederico Westphalen, 14 maio 2020. Disponível em: <https://www.folhadonoroeste.com.br/colunas/importantes-antes-essenciais-na-pandemia/>. Acesso em: 24 maio 2020

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/rinc.v4i1.50289> Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rinc/v4n1/2359-5639-rinc-04-01-0259.pdf>. Acesso em: 24 maio 2020

MBEMBE, A. Necropolítica. **Artes e Ensaios**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 32, p. 122-151, dez. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993>. Acesso em: 20 maio 2020.

NARVAI, P. C. **SUS, 32 anos: esta terra tem dono**. ABRASCO, Rio de Janeiro, 18 maio 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/sus-32-anos-esta-terra-tem-dono-artigo-de-paulo-capel-narvai/48352/>. Acesso em: 07 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (Brasil). **Quase 80% da população brasileira que depende do SUS se autodeclara negra**. Brasil, 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/quase-80-da-populacao-brasileira-que-depende-do-sus-se-autodeclara-negra>. Acesso em: 10 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Brasil). **Desastres Naturais**. Brasília, 2009. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=312:desastres-naturais&Itemid=685. Acesso em: 15 maio 2020

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Brasil). **Folha Informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. Brasília, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:-covid19&Itemid=875#contagio. Acesso em: 24 maio 2020

OXFAM BRASIL. **País Estagnado: um retrato das desigualdades brasileiras 2018**. São Paulo: Conselho Deliberativo da Oxfam Brasil, nov. 2018. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/um-retrato-das-desigualdades-brasileiras/pais-estagnado/>. Acesso 30 maio 2020.

PARANHOS, M. E.; WERLANG, B. S. G. A Psicologia nas Emergências: uma nova prática a ser discutida. **Psicologia: Ciência e profissão**, Brasília, v. 35, n. 2, p. 557-571, abr./jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-370301202012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v35n2/1982-3703-pcp-35-2-0557.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.

PELLANDA, A. Em 2019, a educação perdeu R\$32,6 bilhões para o Teto de Gastos. **Le Monde Diplomatique Brasil**, São Paulo, 26 abr. 2020. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/a-educacao-perdeu-r-326-bi-para-a-ec-95-do-teto-de-gastos/>. Acesso em: 24 maio 2020.

PELUCIO, L. Covid-19: participação social em privação de liberdade foi tema de debate. **Agência CNJ de notícias**, Brasília, 2 jun. 2020. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/covid-19-participacao-social-em-privacao-de-liberdade-foi-tema-de-debate/>. Acesso em: 6 jun. 2020.

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

PIOLA, S. F. *et al.* Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: estrutura do financiamento e do gasto setorial, v. 4, p. 19-70. Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-03.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). 2022. Relatório de Desenvolvimento Humano 2021-22: **Tempos Incertos, Vidas Incertas**: Moldando nosso Futuro em um Mundo em Transformação. Nova Iorque, 2022. Disponível em: https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22?_gl=1*1gj6jgj*_ga*NjQwMjAzNDM0LjE2ODI1Mjc3Njg.*_ga_3W7LPK0WP1*MTY4MjUzMMD1MC4yLjAuMTY4MjUzMMD1MC42MC4wLjA. Acesso em: 26 abr. 2023.

PORTELA, M. C. *et al.* **Disponibilidade de recursos e razão de dependência SUS e saúde suplementar**. Nota técnica 2. Fiocruz/ENSP, Rio de Janeiro, abr 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nt_3_portela_et_al_disponibilidade_de_recursos_e_razao_de_dependencia_sus_e_saude_suplementar.pdf. Acesso em: 27 maio 2020.

RACHE, B. *et al.* **Necessidades de Infraestrutura do SUS em preparo a COVID-19**: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar. Nota técnica nº 3. IEPS, São Paulo, mar, 2020. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/NT3%20vFinal.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2020.

ROCHA, R. L. Ficar em casa?. **Radis Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, 05 maio 2020. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/opiniaio/editorial/ficar-em-que-casa>. Acesso em: 24 Mai 2020.

ROSADO, I. V. M.; FREITAS, G. A. As contradições do direito à saúde no capitalismo: apontamentos da realidade brasileira. **SER Social**, [S. l.], v. 22, n. 47, p. 368-388, 2020. Disponível em: 10.26512/sersocial.v22i47.25428. Acesso em: 2 maio 2023.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 32, n. 92, p. 47-61, jan./abr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-4014.20180005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v32n92/0103-4014-ea-32-92-0047.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

SANTOS, P. P. G. V.; OLIVEIRA, R. A. D. D.; ALBUQUERQUE, M. V. Desigualdades da oferta hospitalar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe1, p. 322-337, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E122>. Acesso em: 04 maio 2023.

SANTOS, F. P.; PERES, U. D. Por uma Contribuição Social Emergencial para enfrentar a Covid-19. **Estadão**, São Paulo, 11 abr. 2020. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/gestao-politica-e-sociedade/por-uma-contribuicao-social-emergencial-para-enfrentar-a-covid-19/>. Acesso em: 24 maio 2020.

SANTOS, J. A. F. Desigualdades e Interações de Classe Social na Saúde no Brasil. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 1-46, maio 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/001152582020203>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/dados/v63n1/0011-5258-dados-63-1-e20180104.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2020.

SANTOS, L.; FUNCIA, F. Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito à saúde. **Centro de Estudos e Estratégicos da Fiocruz**, Rio de Janeiro, 24 jan. 2019. Disponível em: <http://www.cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude>. Acesso em: 24 maio 2020

SCHWARCZ, L. M. **Sobre o autoritarismo brasileiro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

SOCAL, M. A peça-chave. **Revista Piauí**, Teresina, maio 2020. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/a-peca-chave/>. Acesso em: 12 jun. 2020.

STEVANIM, L. F. Vulnerabilidades que aproximam. **Radis Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, 5 maio 2020. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/vulnerabilidades-que-aproximam>. Acesso em 24 maio 2020.

SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Governador do Amazonas vira réu no STJ por fraude na compra de respiradores. **Notícias**, Brasília, 20 ago. 2021. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/20092021-Governador-do-Amazonas-vira-reu-no-STJ-por-fraude-na-compra-de-respiradores.aspx#:~:text=Segundo%20o%20MPF%2C%20os%20crimes,de%20R%24%20100%20mil%20cada>. Acesso em: 04 maio 2023.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Human Development Report 2019: Beyond income, beyond averages, beyond today: Inequalities in human development in the 21st century**. New York: UNDP, 2019. Disponível em: <http://www.hdr.undp.org/en/2019-report>. Acesso em 30 maio 2020.

UNITED NATIONS ENVIRONMENT PROGRAMM. **UNEP Frontiers 2016 Report: Programme Emerging Issues**. Nairobi: UNEP, 2016. Disponível em: https://wedocs.unep.org/bitstream/handle/20.500.11822/7664/Frontiers_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 15 maio 2020.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND. COVID-19: More than 95 per cent of children are out of school in Latin America and the Caribbean. **UNICEF**, New York, 23 mar. 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/press-releases/covid-19-more-95-cent-children-are-out-school-latin-america-and-caribbean>. Acesso em: 24 Mai 2020.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 1-4, mai 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-cs-p-36-05-e00068820.pdf>. Acesso em 24 Mai 2020.

Contribuição de Autoria

1 – Leonardo Soares Trentin

Acadêmico do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Estagiário na Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP) - Núcleo de Psicanálise. Membro do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde (NEIS). Bolsista FIEIX - UFSM (2019); FIPE - UFSM (2020; 2021).

<https://orcid.org/0000-0003-0355-5864> • leosoarest@hotmail.com

Contribuição: Escrita – Primeira Redação; Conceituação; Validação - Análise Formal - Investigação

2 – Daniela Trevisan Monteiro

Psicóloga, Pós-doutoranda em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pós-doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), bolsista PNPd/CAPES. Doutora em Psicologia Social e Institucional, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com bolsa CAPES. Mestra em Psicologia - ênfase em psicologia da Saúde, pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com bolsa CAPES. Pós-graduada em Criança e Adolescente em Situação de Risco (2009) e Pós-graduada em Psicologia Clínica - Escutas da Infância (2007), pela Universidade Franciscana (UFN).

<https://orcid.org/0000-0003-4736-0460> • daniela.trevisan.monteiro@gmail.com

Contribuição: Escrita – Revisão e Edição; Metodologia; Supervisão; Administração do Projeto

3 – Jussara Maria Rosa Mendes

Possui graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS (1980), mestrado em Serviço Social pela PUCRS (1993), doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP (1999) e pós doutorado em Serviço Social pela Universität Kassel, República Federal da Alemanha (2010). Docente credenciada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia/ UFRGS, docente credenciada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social e de Saúde Coletiva.

<https://orcid.org/0000-0002-3908-4964> • jussaramaria.mendes@gmail.com

Contribuição: Escrita – Revisão e Edição; Metodologia; Supervisão; Administração do Projeto

Como citar este artigo

TRENTIN, L. S.; MONTEIRO, D. T.; MENDES, J. M. R. Desigualdades sociais e a emergência do SUS como imperativo na crise sanitária ocasionada pela COVID-19. **Revista Sociais e Humanas**, Santa Maria, v. 38, e67556, 2025. DOI 10.5902/2317175867556. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2317175867556>. Acesso em: XX/XX/XXXX.