

7. CRISE CAPITALISTA E DESESTRUTURAÇÃO DE DIREITOS: seus efeitos na política de saúde e para os trabalhadores do setor*

*Debora Lopes de Oliveira
Maurílio Castro de Matos
Rodriane de Oliveira Souza*

Introdução

Busca-se, neste ensaio, tecer algumas reflexões a respeito da desestruturação do direito à saúde e seus impactos para a classe trabalhadora, tendo como ponto de partida a agenda contemporânea de contrarreformas do setor saúde, influenciada pela reconfiguração da crise capitalista e pelo aprofundamento neoliberal.

A contrarreforma do Estado fundamenta-se nas diretrizes dos organismos financeiros internacionais. Estes a difundiram, sobretudo, em países, como o Brasil, cuja formação social, econômica e política se assenta no capitalismo de natureza periférica e dependente, conforme elaborações de Marini (2005) e Bamberger (2019), realizadas originalmente nos anos 1970. Trata-se de um processo adotado pelos governos brasileiros nos anos 1990, com a adesão ao neoliberalismo. Foi aprofundado na década seguinte, com maior aceleração a partir de 2016, no governo ilegítimo de Michel Temer, resultado do golpe político, parlamentar e midiático.

No contexto de degradação de direitos, o fenômeno sustentado por Mandel (1985) como supercapitalização torna-se a cada dia mais central, pois se processa à medida que as políticas públicas são apropriadas como espaço privilegiado de mercantilização e lucratividade bem como os serviços e benefícios delas derivados são disponibilizados à classe trabalhadora como um *produto* financeiro (SALVADOR, 2020).

*DOI- 10.29388/978-65-86678-47-5-f.181-204

Nesse processo, a saúde é compreendida por Teixeira (1989) como um espaço estratégico, onde a reprodução ampliada do capital nele incide ou se realiza. Isso acontece, sobretudo, por meio dos planos privados de saúde, que alimentam o mercado da especulação financeira; da gestão privada de fundos públicos, fomentada por intermédio da privatização não clássica; e da incorporação do conhecimento científico aos interesses monopolistas via complexo produtivo da saúde. Ao se constituir pelas grandes corporações privadas, esse complexo tem interferido sobremaneira na atual configuração da política de saúde, de modo a corroborar, de acordo com as análises de Chesnais (1996), com os processos de produção, financeirização e mundialização do capital em curso.

A realidade colocada pela pandemia da COVID-19¹ demarca, por um lado, a importância do SUS único, gratuito, público e universal, a exemplo das ações de assistência à saúde e de vigilância epidemiológica, apesar do seu histórico subfinanciamento e, recentemente, do seu desfinanciamento provocado pela política de austeridade fiscal da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, que sustenta um importante deslocamento do fundo público para o campo da financeirização da economia, como aponta Salvador (2020). Por outro lado, tal realidade também demonstra que as desigualdades decorrentes da dinâmica global da acumulação capitalista foram escancaradas, tendo nos números de adoecimento e mortalidade por COVID-19 a expressão de uma crise sanitária, que somadas ao empobrecimento e miserabilidade de segmentos exponenciais da classe trabalhadora, reforçam o que Mandel (1982) denominou de crise cíclica do capital.

Trata-se de uma crise estrutural - profunda, duradoura e insuperável - do sistema sociometabólico do capital, onde este estaria se

¹ Considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como emergência de saúde pública de importância internacional desde 11 de março de 2020, a pandemia da COVID-19 tem sido marcada pela rápida disseminação e letalidade, alcançando, na data de finalização desse artigo, as marcas de 29.188.603 infectados e 928.325 óbitos no mundo. No Brasil, mesmo com a subnotificação e a baixa testagem, que impede o conhecimento do espriamento da COVID-19, os dados publicados fazem com que o país, atualmente, se apresente no contexto mundial com um número de 4.330.455 casos e 131.663 mortes, o que significa o segundo país no quesito mortalidade mundial e o terceiro em casos confirmados (WORLDOMETER, 2020).

tutivos da política bolsonarista. É assim que a barbárie do capital, no país, alcança contornos extremos, sem precedentes.

Considerando essas questões, esse artigo foi estruturado a partir de duas seções. A primeira aborda a atual política de saúde brasileira e como esta assume as características ultraneoliberais e ultraneoliberalizadoras dos recentes governos brasileiros. A segunda apresenta como a classe trabalhadora vem sendo impactada pelo desmonte do SUS em suas condições e relações de trabalho. Para isso, privilegiaremos as particularidades do segmento dos(as) trabalhadores(as) da saúde, cuja atividade é considerada como essencial na sociedade, em especial no contexto da crise sanitária causada pela COVID-19.

A destruição do direito à saúde no Brasil atual e o não enfrentamento à COVID-19

O impeachment de 2016 expressou o descontentamento da classe dominante com o projeto de conciliação de classes dos governos petistas, caracterizando-se como um golpe jurídico, parlamentar e midiático.

No exercício da Presidência da República de meados de 2016 ao final de 2018, Michel Temer estabeleceu, apesar do seu curto e ilegítimo governo, um conjunto de medidas importantes para o avanço da contrarreforma na saúde². Dentre elas, a já abordada EC nº 95/2016 que, ao congelar por 20 anos os investimentos em saúde e educação, asfixia o SUS. Paralelo a isso, propôs também a criação de planos populares de saúde. Expressão mais nítida não existiria: destrói o SUS e propõe a criação de um sistema não estatal, ou melhor, estritamente privado, para o atendimento da classe trabalhadora (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020). A criação dos planos privados de saúde não avançou, entretanto, com o sucateamento historicamente vivenciado pelo SUS e com o golpe mortal da EC nº 95/2016, am-

² Nesse capítulo, daremos ênfase à derruição da política pública de saúde e seu impacto no (não) enfrentamento à pandemia da COVID-19. Mas, o governo de Temer promoveu outras ações de destruição do SUS, a exemplo do desmonte de dispositivos previstos pela Reforma Psiquiátrica e da ênfase nas comunidades terapêuticas, respondendo ao clamor do setor privatista de corte religioso.

pliou-se, mais uma vez, a naturalização da participação do setor privado no público, que visa construir uma ideologia de que o público é melhor que o privado.

Contudo, o resultado das eleições de 2018 fugiu das intenções das lideranças golpistas. Bolsonaro não era o candidato de primeira hora das elites (DEMIER, 2019). No entanto, as estratégias realizadas pelo golpe, bem como as ações de Temer quando no poder, significaram um caminho aberto, tanto para a governabilidade como para a execução das próprias ideias bolsonaristas. O que estamos aqui querendo dizer é que mesmo que Bolsonaro não tenha sido o candidato ideal das lideranças golpistas, suas ações, ao favorecer ao capital, também as favorecem. E, ainda, que Bolsonaro incomode a essas elites, estas sabem que o presidente e seus aliados conhecem bem as estratégias utilizadas na efetivação do golpe. Estão enredados na mesma teia, que tem como objetivo a derruição dos direitos da classe trabalhadora.

As ações do governo Bolsonaro na saúde foram marcadas pela continuidade do desfinanciamento, pela manutenção das parcerias público-privadas e pelo fim do Programa Mais Médicos, com a saída de profissionais cubanos(as), deixando amplas regiões do país descobertas de assistência médica³.

Até o momento, esse governo teve três ministros na pasta da saúde: Luiz Henrique Mandetta, médico e vinculado ao setor de seguradoras de saúde, teve sua gestão no período entre janeiro de 2019 e abril de 2020; Nelson Teich, médico e empresário do setor, ministro por quase um mês entre abril e maio de 2020; e Eduardo Pazuello, que não tem formação na área da saúde, mas que desde maio de 2020, conduz o Ministério, supostamente, como ministro interino da pasta⁴.

³ Tal qual o governo anterior, Bolsonaro também promoveu outros ataques ao SUS, vide o desmantelamento do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde e sua fala contrário a universalidade do acesso ao tratamento, dentre outras. Mas, aqui, daremos ênfase a aquilo que diretamente vem prejudicando o necessário enfrentamento à pandemia.

⁴ A permanência de Pazuello no comando do Ministério da Saúde é expressão de um fenômeno maior e de alta gravidade, que é a ocupação de militares nos diferentes espaços de poder, como aponta o Levantamento do Tribunal de Contas da União (2020). Supera, assim, os dados de ocupação dos postos em relação à própria Ditadura Militar, de acordo com o já

A turbulência ministerial tem ligação com enfrentamento da pandemia provocada pela COVID-19. Afinal, desde o seu início, o Presidente da República vem tratando-a como um fenômeno simples; chama de uma *gripezinha*; coloca-se contrário ao distanciamento social; e defende o uso de hidroxiquina e cloroquina para o tratamento da COVID-19⁵. Tais posicionamentos ferem as orientações de todas as autoridades da saúde pública. Assim, ainda que Mandetta e Teich tenham nítida vinculação com o setor privado, não puderam concordar com isso. Somente com Pazuello, foi possível uma condução do Ministério sintonizada com as ações do Presidente, especialmente no que se refere a indicação hidroxiquina e cloroquina para o tratamento da COVID-19.

As respostas do governo federal à pandemia da COVID-19 foram atrasadas e atrapalhadas pelo próprio Presidente da República. O primeiro Ministro da Saúde teve um posicionamento coerente com as orientações das autoridades da saúde pública, propondo o distanciamento social. O presidente tratou de dizer que tal distanciamento não era para toda a população, uma vez que existia um público mais vulnerável ao adoecimento pelo coronavírus, que eram idosos(as) e pessoas com comorbidades. Também ressaltou que pessoas com perfil de atletas, como ele, não seriam atingidas. Disse que a economia não podia parar (e foi seguido por falas públicas de empresários que o apoiaram na campanha) por causa de alguns.

Como enfatizado por Calil (2020), a guerra de informações vivida no país acentua-se com a política de ocultamento de dados promovida pelo governo Bolsonaro, que envolve a restrição da testagem diagnóstica e, conseqüentemente, um alto nível de subnotificação dos casos⁶, além de explícitas tentativas de mascaramento de infor-

sinalizado por Assam, Holanda e Godoy (2018), em dezembro de 2018. Na pasta da saúde, esse fenômeno é também identificado pela troca dos quadros técnicos por militares no segundo escalão (CALIL, 2020).

⁵ Esses medicamentos são contraindicados pela comunidade científica para o tratamento da doença, seja na fase inicial ou na fase avançada, pois, sua efetividade não foi confirmada por estudos científicos, quando associados à COVID-19, e seus efeitos colaterais podem ser fatais, por isso a OMS desaconselha o uso em pessoas com COVID-19, mantendo a indicação apenas para o tratamento da malária e doenças autoimunes (OMS, 2020).

⁶ As três fases da pesquisa nacional EPICOVID-BR19 finalizadas, respectivamente, em 25/5, 11/6 e 25/7/2020 indicaram um percentual de contaminados que varia entre 5 e 7 vezes

mações e interpretações questionáveis por parte do Ministério da Saúde.

Nesse contexto, a pandemia em curso cresce exponencialmente, atingindo um público mais jovem. Mesmo assim, rendendo-se à força do empresariado local, governos municipais vêm flexibilizando o distanciamento social. O sistema de saúde mostrou seu limite de atendimento, tanto no SUS, mas também no setor privado. No país, os dados de atendimento referentes à pandemia estão em movimento, com redução na maioria dos estados e aumento em alguns. Entretanto, mesmo naqueles em que há uma diminuição da média, está ocorrendo o trânsito da flexibilização para abertura total. Isso pode gerar um aumento dos casos, a exemplo do elevado número de contágio dos(as) profissionais da educação com a reabertura das escolas, no estado do Amazonas (G1 AM, 2020).

Ainda que o vírus atinja diferentes estratos sociais, os dados vêm mostrando que a tragédia é maior para aqueles segmentos da classe trabalhadora com menor poder aquisitivo. Esses segmentos têm classe, raça, etnia e vivem em territórios distintos. Afinal, conforme se observa nas Notas Técnicas tanto do Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro como do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada sobre a realidade da pandemia na cidade do Rio de Janeiro, a taxa de letalidade da COVID-19 tem atingido mais a população negra e moradores da periferia (BATISTA et al., 2020; MIRANDA et al., 2020), o que confirma como a histórica desigualdade social desse país ceifa o acesso à saúde dos estratos com menor remuneração da classe trabalhadora.

Ainda sim, o presidente continua falando contra o distanciamento, participa de atividades públicas com aglomerações, avançando na sua agenda genocida. Pois, a cada passo que a ciência dá, o presidente caminha na direção oposta. No meio da pandemia, se passou a ter orientação do uso de máscaras para todas as pessoas, pois, inicialmente se indicava apenas que pessoas com sintomas as usassem. O presidente, porém, vetou a obrigatoriedade do seu uso em repartições públicas. Diversas vezes, afirmou que o Brasil terá 70% da

maior do que os dados publicados pelo Ministério da Saúde (CALIL, 2020). Essa pesquisa é realizada pela Universidade Federal de Pelotas, com financiamento do Ministério da Saúde e busca o mapeamento da epidemiologia do novo coronavírus.

população infectada e que o distanciamento social seria responsável por um número muito maior de óbitos, respaldando-se nos adeptos do conceito de *imunidade coletiva*, também conhecido como *imunidade de rebanho*, o que significa que a melhor estratégia de superação da pandemia consistiria na contaminação controlada da parte significativa da população, ou seja, dessa forma, o ritmo de contágio seria reduzido *naturalmente* (CALIL, 2020). Atualmente, várias vacinas estão em curso, com resultados otimistas e o presidente já se pronunciou contrário à orientação de que a vacina deva ser tomada por toda a população, argumentando a favor da liberdade de escolha, quando, na realidade, pensa que existem vidas descartáveis. Esses elementos apenas reafirmam a perspectiva negacionista contida no discurso bolsonarista.

Para Bolsonaro, as vidas da classe trabalhadora são descartáveis, porque a economia, leia-se o capital, é o mais importante. Afinal, os mesmos empresários que gravaram vídeos defendendo a abertura do comércio, foram aqueles que financiaram sua campanha e são seus apoiadores até hoje; relutou contra o benefício emergencial de R\$ 600,00 e quando indagado sobre o aumento das taxas, exatamente no dia em que o número de mortes no Brasil superou o da China, respondeu: “E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? Eu sou Messias, mas não faço milagre” (UOL SP, 2020).

Conforme apontam Santos e Silva (2020), o Brasil vem historicamente seguindo as orientações do Banco Mundial e da OMS que criticam o SUS e apontam a focalização, a quebra de universalidade e ampliação da seletividade como (des)caminho. As autoras ressaltam que o documento do Banco Mundial datado de 2018 e intitulado *Proposta de reformas do Sistema Único de Saúde brasileiro* é truculento ao se referir ainda à importância da redução do investimento na atenção primária, argumentando que nem sempre nesta é necessário o(a) profissional de medicina. Nesse documento, também, é apresentada a proposta da Cobertura Universal de Saúde, em detrimento do princípio da universalidade, tomando-a como um pacote básico de serviços e estratégia de focalização, distanciada do entendimento de acesso universal contido na atenção básica. Enfim, trata-se da disputa

do fundo público, na saúde, por parte dos setores privatizantes, favorecedores do capital.

Bolsonaro segue em frente com a execução da agenda de contrarreforma da saúde, mas explicita um componente que até então era oculto na sociabilidade brasileira, mas não ausente, que é a busca de naturalizar desvalores⁷, de forma a legitimar a exclusão de amplos segmentos do direito liberal a ter direitos.

As críticas de Bolsonaro e de integrantes do seu governo à ancestralidade indígena e africana, às pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexual e mais (LGBTQIA+), à universalidade do tratamento para HIV/AIDS e à luta antimanicomial visam construir uma ideologia que propicia o cancelamento de vários direitos. Tal cancelamento se pauta na defesa de que essas pessoas, naturalmente, não devem ser detentoras de direito, logo, não cabe ao Estado o financiamento de políticas públicas para elas. Por isso, trata-se de um equívoco dizer que aquelas críticas conformam uma cortina de fumaça. Ao contrário, o ultraneoliberalismo expresso nas falas e ações desse governo é a contraface do seu ultraneoliberalismo, conformam, assim, a mesma moeda. E, portanto, integram uma nova fase de revigoramento do mesmo e velho capitalismo.

Retrocessos trabalhistas e precarização da saúde: consequências da COVID-19 entre trabalhadores da área

A conjuntura aludida no decorrer deste artigo é adensada pelos retrocessos sociais e civilizatórios, que avançam com a contrarreforma trabalhista aprovada pelo governo ilegítimo de Temer, materializada pelas Leis nº 13.467/2017 e nº 13.429/2017, responsáveis pela liberalização da terceirização e ampliação das formas de contrato temporário, impactando de forma nefasta a classe trabalhadora em função do aumento do sofrimento no trabalho, da redução de sa-

⁷ Para Heller (1992), valor é tudo aquilo que afirma a essência humana, que é o trabalho no seu sentido ontológico e o que deriva dessa ação: a sociabilidade, a universalidade, a consciência e a liberdade. Consequentemente, “[...] pode-se considerar desvalor tudo o que direta ou indiretamente rebaixe ou inverta o nível alcançado no desenvolvimento de uma determinada componente essencial” (HELLER, 1992).

lários e/ou das remunerações, da ampliação da precarização, da manutenção dos níveis de desemprego, da ainda maior concentração de renda e da evasão de divisas. Enfim, contribui para aumentar mais ainda a desigualdade social brasileira.

O objetivo desta contrarreforma trabalhista foi garantir o ajuste do padrão de regulação do trabalho de acordo com as características do capitalismo contemporâneo, fortalecendo a autorregulação do mercado, ao submeter a classe trabalhadora a uma maior insegurança e, por outro lado, ampliar a liberdade do empregador em determinar as condições de contratação, o uso da mão de obra e a remuneração do trabalho. Assim, as alterações realizadas no arcabouço jurídico-legal reforçam que não se trata de uma simples reforma, mas do desmonte dos direitos e da malha de proteção social, pois foram modificados elementos cruciais da relação de emprego, que dizem respeito aos direitos trabalhistas, bem como o papel das instituições públicas responsáveis pela normatização e efetivação das relações de trabalho, conforme apontado por Krein (2018).

Em 2019, já no governo Bolsonaro, a contrarreforma trabalhista tem um novo capítulo com a extinção do Ministério do Trabalho e a publicação da Medida Provisória (MP) nº 905/2019, que institui o *contrato verde e amarelo*, trazendo novas alterações na legislação trabalhista. A medida segue o mesmo caminho das propostas levadas a cabo a partir de 2017, tendo por base uma falsa promessa de geração de empregos. Assim, retira os direitos dos(as) trabalhadores(as), utilizando como justificativa para a realização das privatizações e os cortes da educação e saúde. Desta maneira, são concedidas isenções de impostos e medidas para favorecer o empresariado à custa da redução de direitos da classe trabalhadora. Porém, diante da dificuldade em aprová-la, a MP do *contrato verde e amarelo*, como ficou conhecida, foi revogada no último dia de sua vigência através da MP nº 955/2020. Na tentativa de dar prosseguimento ao desmonte de direitos da classe trabalhadora, o governo Bolsonaro prorroga as atividades do Grupo de Altos Estudos do Trabalho (GAET) até fevereiro de 2021⁸, com o objetivo de finalizar a reforma de Temer.

⁸ Criado por meio da Portaria da Secretaria Especial de Previdência e Trabalho do Ministério da Economia nº 1.001/2019, o GAET findaria suas atividades em 2020.

O estado de calamidade pública decretado pelo governo Bolsonaro em março de 2020, em decorrência da pandemia da COVID-19, atinge fortemente o mundo trabalho e intensifica a crise em curso no país. Neste contexto, foram editadas a MP nº 927/2020 e a MP nº 936/2020, sob o pretexto de preservação do emprego e renda em situação de emergência. A MP nº 927/2020 apresenta como medidas para o enfrentamento da crise o teletrabalho, a antecipação de férias individuais, a concessão de férias coletivas, o aproveitamento e antecipação de feriados, o banco de horas, a suspensão de exigências administrativas em segurança e saúde no trabalho, o direcionamento do trabalhador para qualificação e o diferimento do recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço. Já a MP nº 936/2020 contemplou a possibilidade de redução dos salários e jornadas ou suspensão dos contratos de trabalho, com o pagamento de benefício emergencial pelo Governo e ajuda compensatória mensal pelo empregador. Tais medidas aumentaram a insegurança dos(as) trabalhadores(as) nas dimensões jurídica, política e social, agudizando as expressões da questão social atreladas ao recrudescimento da precarização e da desproteção social.

A pandemia da COVID-19 evidencia como essas situações atingem os(as) profissionais de saúde, expressando as fragilidades e o aviltamento dos direitos. A emergência sanitária deixou exposto o papel dos ambientes de trabalho na disseminação do vírus. A transmissão global da COVID-19 reforça o papel da saúde pública na caracterização do papel dos ambientes e processos de trabalho, que podem facilitar o contágio da doença. Desta forma, o enfrentamento à pandemia deve considerar a análise das condições e da organização do trabalho como determinante para a prevenção dos adoecimentos, bem como compreender a forma como os diversos grupos ocupacionais estão sujeitos a infecções e doenças nos ambientes de trabalho (SILVA et al, 2020).

A expansão exponencial da contaminação e aumento do número de casos graves exigiu uma resposta que implicou diretamente os(as) profissionais de saúde no atendimento assistencial às pessoas infectadas pela doença, compondo, por este motivo, um grupo de alto risco para adquirir a infecção. Por estarem na chamada *linha de*

frente da saúde, estão mais sujeitos a fatores de risco, como a exposição aos patógenos, extensas e intensas jornadas de trabalho, sofrimento psicológico, fadiga, esgotamento profissional, estigma e violência física e psicológica, que os tornam mais vulneráveis ao contágio e adoecimento (SILVA et al, 2020; RIBEIRO et al, 2020).

Essa realidade mostra que a COVID-19 pode ser considerada uma nova doença relacionada ao trabalho a ser descrita e reconhecida na presente década. No entanto, no Brasil, este reconhecimento é refutado pelas medidas adotadas pelo governo federal, a exemplo da já referida MP nº 927/2020 que, dentre as medidas autorizadas, não reconheceu a COVID-19 como doença relacionada ao trabalho, a não ser nos casos comprovados, dificultando o enquadramento dos casos de contaminação e adoecimento entre trabalhadores expostos nos ambientes de trabalho, o que agrava a situação laboral e de saúde por não ter cobertura garantida em eventuais afastamentos. Diante desta questão, cabe destacar a mobilização de segmentos da classe trabalhadora, por meio de entidades representativas e órgãos ligados à defesa dos direitos do trabalho, que fez com que a questão fosse levada ao Supremo Tribunal Federal. Este reconheceu a COVID-19 como doença ocupacional, suspendendo o artigo 29 da referida MP, que estabelecia que os casos de contaminação pelo coronavírus não consistiriam em doença ocupacional, situação que se não fosse corrigida aprofundaria os danos para os(as) trabalhadores(as), em especial para aqueles(as) que atuam na saúde.

Um dos mais recentes ataques à classe trabalhadora, no contexto da pandemia, foi a revogação de forma arbitrária da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.309/2020, que atualizava a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho incluindo, dentre outras, a COVID-19. Este ataque expressa os interesses que comandam as ações de enfrentamento à pandemia no país, consoante com a proposta de mercantilização e dissonante dos princípios que norteiam o SUS, ao não priorizar o cuidado e a atenção integral aos(as) trabalhadores(as), desconsiderando o quadro das mais de 131 mil mortes, já apontadas, das quais muitas podem ter decorrido da contaminação, seja no trajeto ou durante a jornada de trabalho. Salienta-se esta questão porque se sabe que os dados sobre a pandemia no Brasil são escamotea-

dos e a variável ocupacional foi deixada de lado. Os instrumentos utilizados para notificar a doença não incorporaram dados específicos sobre trabalho, que só foram introduzidos nas fichas de investigação de síndrome gripal suspeito de COVID-19 e de registro individual dos casos de usuários(as) com COVID-19 já hospitalizados(as), de forma tardia, no decorrer da pandemia.

Estas situações incidiram diretamente na informação sobre o adoecimento entre os(as) trabalhadores(as) de saúde. Há uma grande dificuldade na obtenção de dados oficiais sobre o número de profissionais infectados(as) por COVID-19, decorrente da subnotificação e da política de ocultamento de dados. Mas, sabe-se também que as categorias mais afetadas são os(as) técnicos(as) / auxiliares de enfermagem, enfermeiros(as), médicos(as), agentes comunitários de saúde e recepcionistas de unidades de saúde, como sinalizado pelo Ministério da Saúde (2020b) e por Helioterio et al. (2020).

Outrossim, o Boletim Epidemiológico Especial nº 30, publicado pelo Ministério da Saúde (2020b), informa que, até o dia 05 de setembro de 2020, foram notificados 1.178.002 casos de Síndrome Gripal suspeitos de COVID-19 em profissionais de saúde, dos quais 288.936 foram confirmados para a doença. A mesma publicação também indica a notificação de 1.926 casos de Síndrome Respiratória Aguda (SRAG) hospitalizados em profissionais de saúde, número que representa casos graves da doença, sendo 1.219 casos causados por COVID-19 e 435 que ainda se encontram em investigação. Em relação aos óbitos, a publicação aponta, entre trabalhadores da saúde, 321 casos por SRAG e destes 270 causados por COVID-19⁹, números que divergem tanto do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) como do Sindicato dos Médicos de São Paulo (SIMESP), se considerarmos apenas essas distintas categorias profissionais. Criado pelo COFEN, o Observatório da Enfermagem registra, em 14 de setembro de 2020, 19.210 casos confirmados e 361 mortes por COVID-19 em profissionais da enfermagem, dentre técnicos(as) / auxiliares de enfermagem e enfermeiros(as). Já o SIMESP aponta que 244 médicos(as) foram a óbito por COVID-19 (G1, 2020).

⁹ Segundo o Ministério da Saúde (2020b), as categorias do setor que tiveram maior número de óbitos por SRAG confirmados por COVID-19 foram os(as) profissionais da enfermagem, com 124 casos, e os médicos, com 54.

Entre trabalhadores(as) da saúde, os principais motivos de contaminação pelo coronavírus são as falhas ou indevidas medidas de precaução e de proteção contra a doença; a presença de aglomerações; o contato com pessoas infectadas e assintomáticas; a insuficiência de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) - máscaras cirúrgicas e vestuário - e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC's); além da falta ou limitada oferta de treinamento, abrangendo temáticas diversas sobre a COVID-19, o uso e descarte de EPI bem como a adequada paramentação e desparamentação - nas situações que envolvem assistência a usuários(as) infectados(as)¹⁰. A ausência de condições seguras para o trabalho profissional - que inclui as barreiras físicas proporcionadas pelos EPI's - significa negligência do empregador e medida constitutiva do projeto necropolítico de poder bolsonarista.

Apesar de essenciais para o trabalho em saúde, condições seguras de trabalho ultrapassam o uso de EPI's. Traços da precarização da saúde, a intensificação das jornadas de trabalho, o aumento da carga de trabalho e o impedimento para pausas e descanso provocam não só o desgaste dessa força de trabalho, mas também levam ao adoecimento mental. Essa situação se agrava se considerarmos que parcela significativa dos(as) trabalhadores(as) da saúde é constituída por mulheres que, historicamente, vivenciam o acúmulo do trabalho doméstico - por vezes, outro(s) vínculo(s) de trabalho - e que durante a pandemia convivem com o excesso de responsabilidades imposto pelo contexto de distanciamento social (HELEOTERIO et al, 2020). Neste sentido, concordamos com Ribeiro et al (2020) quando dizem que o viés da biossegurança precisa ser ultrapassado. Uma ação efetiva de proteção à saúde dos(as) trabalhadores(as) passa, primeiramente, pela organização do trabalho, através da adoção de medidas que alterem os processos de trabalho e de proteção coletiva.

¹⁰ Dados da pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos da Burocracia da Fundação Getúlio Vargas sobre a pandemia e os(as) profissionais de saúde pública apontam que, até junho de 2020, metade dos participantes continuava sem receber EPI e o acesso a treinamentos permanecia exíguo, sobretudo na atenção básica, onde apenas 11% dos agentes comunitários de saúde e agentes de endemia participantes do estudo informaram ter realizado (LOTTA et al, 2020).

Considerações Finais

Ao discutirmos o tensionamento em torno do direito à saúde, determinado tanto pela lógica da crise capitalista como pela face ultraneoliberal e ultraneococonservadora dos recentes governos brasileiros, que marca a atual política de saúde e as condições e relações de trabalho no país, ressaltamos o quanto sua desestruturação foi intensificada pela crise sanitária provocada pela pandemia da COVID-19 e pelo espraiamento das medidas privatizantes e destrutivas do SUS, que encarnam a agenda do Banco Mundial e da OMS.

Na saúde, a asfixia financeira provocada pela austera EC nº 95/2016 já chegou ao patamar de R\$ 22,5 bilhões, desde 2018, como demonstra Funcia (2020), significado do abandono governamental do setor saúde. No que se refere aos insuficientes recursos do fundo público destinados ao setor, para além da necessidade de garanti-los no orçamento da pasta, outra preocupação é com a sua aplicação, a exemplo dos R\$ 12,9 milhões provenientes de MP's aprovadas para o enfrentamento à pandemia, agora indisponíveis, dada a morosidade do Ministério da Saúde, que não empenhou esse recurso no período devido (CNS, 2020), corroborando com a política genocida do governo Bolsonaro.

Nesse contexto é que ressaltamos os impactos sentidos pelos(as) trabalhadores(as) da saúde, especialmente em função da crise capitalista, que tem na crise sanitária da COVID-19 uma das suas expressões e que por isso é compreendida por Harvey (2020) como uma pandemia de classe, de gênero e de raça. Trata-se de um contexto que evidencia o aviltamento das condições e relações de trabalho, inclusive de desproteção do(a) trabalhador(a), marcado tanto pela reforma trabalhista como pelos poucos recursos alocados na saúde.

O quadro apontado até aqui indica a urgente necessidade dos(as) trabalhadores(as) da saúde se apropriarem e defenderem a legitimidade do SUS e os fundamentos da Reforma Sanitária no debate da crise sanitária e nas ações de enfrentamento à pandemia. Neste sentido, as ações desenvolvidas por entidades de classe, movimentos sociais e organizações da sociedade civil são fundamentais na elabo-

ração de uma agenda de luta voltada para uma ação coordenada entre os entes federativos no enfrentamento à pandemia, que garanta saúde e segurança dos(as) trabalhadores(as), considerando suas especificidades e diversidades em relação às condições de trabalho, a hierarquização das relações técnicas e sociais, bem como as relações de poder e de dominação existentes.

Nessa lógica, reiteramos a agenda da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCS), em função do contexto de emergência da pandemia e em face da urgência na adoção, por parte do governo federal, de uma política, de fato, de enfrentamento à COVID-19, que envolve, dentre algumas medidas, a testagem e disponibilização de EPI's e EPC's em quantidade e qualidade aos(às) trabalhadores(as) de saúde, garantindo a eles(as) o devido acompanhamento de saúde; a recomposição dos quadros de carreira do Ministério da Saúde em substituição à militarização, pois a falta de formação e experiência na saúde pública das diretorias da pasta, em plena expansão da pandemia, coloca em risco a vida da população; e a garantia do direito ao afastamento ao(à) trabalhador(a) que se enquadre nos grupos de risco ou em situações previstas nos protocolos internacionais de combate à COVID, com garantia de estabilidade do emprego e sem supressão de qualquer outro direito (FNCS, 2020).

A essas propostas podemos incluir a necessidade da melhoria das condições e relações de trabalho bem como a redefinição de fluxos assistenciais e de atendimentos de acordo com o estabelecimento de protocolos de acordo com as recomendações de controle da COVID-19 nos ambientes de trabalho. O reconhecimento da COVID-19 como doença relacionada ao trabalho, em especial entre trabalhadores(as) da saúde, é pauta fundamental nesta luta, face as recorrentes medidas adotadas pelo governo para descaracterizar o nexo laboral.

A situação atual exige respostas urgentes em defesa da vida, contra a política de morte e a favor da proteção da classe trabalhadora. O caminho se inscreve na resistência contra o processo de mercantilização da vida, na luta pela garantia dos direitos sociais e na reorganização da classe trabalhadora em direção à construção de um projeto próprio, que atenda seus interesses.

Referências

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

_____.; FILGUEIRAS, V. Plataformas digitais, uberização do trabalho e regulação no capitalismo contemporâneo. **Contracampo**, Niterói, v.39, n.1, p.27-43, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/contracampo/issue/view/2137/showToc>> . Acesso em: 17 jun. 2020.

ASSAM, A. B.; HOLANDA, M.; GODOY, M. Ministério terá mais militares do que em 1964. **O Estadão**. 16 dez. 2018. Disponível em: <<https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,numero-de-militares-no-1-escalao-e-o-maior-desde-1964,70002647839>> . Acesso em: 10 set. 2020.

BAMBIRRA, V. **O capitalismo dependente latino-americano**. 4.ed. revista. Florianópolis: Insular, 2019.

BATISTA, A. **Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil**. Nota Técnica n. 11, Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1tSU7mV4OPnLRFMMY47JIXZgzkklvkydO/view>> . Acesso em: 05 jun. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm> . Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Presidência da República. **Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm> . Acesso em: 10 set. 2020.

_____. Presidência da República. **Lei nº 13.429, de 31 de março de 2017**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13429.htm> . Acesso em: 10 set. 2020.

_____. Presidência da República. **Medida Provisória nº 905, de 11 de novembro de 2019**. Disponível em: <<http://>

www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv905.htm . Acesso em: 10 set. 2020.

_____. Presidência da República. **Medida Provisória nº 955, de 20 de abril de 2020**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv955impressao.htm> . Acesso em: 10 set. 2020.

_____. Presidência da República. **Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv927impressao.htm> . Acesso em: 10 set. 2020.

_____. Presidência da República. **Medida Provisória nº 936, de 1º de abril de 2020**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv936impressao.htm> . Acesso em: 10 set. 2020.

_____. Ministério da Economia. Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. Portaria nº 1.001, de 4 de setembro de 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, ed. 172, seção 2, p. 21, 05 set. 2019. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.001-de-4-de-setembro-de-2019-214576646>> . Acesso em: 10 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.309, de 28 de agosto de 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, ed. 168, Seção 1, p. 40, 01 set. 2020a. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.309-de-28-de-agosto-de-2020-275240601>> . Acesso em: 10 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial: Doença pelo Coronavírus COVID-19**. Brasília, n.30, 2020b. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/09/Boletim-epidemiologico-COVID-30.pdf>> . Acesso em: 10 set. 2020.

_____. Tribunal de Contas da União. Secretaria-Geral de Controle Externo. **Memorando nº 57, de 17 de julho de 2020**. Assunto: Atendimento a comunicação do Ministro Bruno Dantas na Sessão do Ple-

nário de 17/06/2020. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/dl/levantamento-tcu.pdf>> . Acesso em: 10 set. 2020.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147> . Acesso em: 25 abr. 2020.

CALIL, G. Negacionismo e guerra de informações na construção da tragédia brasileira sob a pandemia. **Marx e o Marxismo**, Niterói, v.8, n.14, p. 176-187, 2020. Disponível em: <<http://www.nieparx.blog.br/revistadoniep/index.php/MM/article/view/372>> . Acesso em: 09 set. 2020.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

COFEN. **Observatório da Enfermagem**. 14 set. 2020. Disponível em: <<http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>> . Acesso em: 14 set. 2020.

CNS. **Dinheiro indisponível**: Ministério da Saúde deixa de investir R\$ 12,9 milhões no combate à pandemia. 21 ago. 2020. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1325-dinheiro-indisponivel-ministerio-da-saude-deixa-de-investir-r-12-9-milhoes-no-combate-a-pandemia>>. Acesso em: 22 ago. 2020.

DEMIER, F. Democracia e bonapartismo no Brasil pós-Golpe. In: CISLAGHI, J. F.; DEMIER, F. (Orgs.) **O neofascismo no poder (Ano I)**: Análises críticas sobre o governo Bolsonaro. Rio de Janeiro: Consequência, p. 117-133, 2019.

FNCPS. **Vida acima dos lucros**: Enfrentar a pandemia é possível e necessário já! Documento de lançamento da campanha nacional. jul./2020. Disponível em: <<https://www.facebook.com/108112879306321/posts/3034693216648258/?sfnsn=wiwspwa&extid=IFy7iPe34I2OnjGg>> . Acesso em: 09 ago. 2020.

FUNCIA, F. R. Coronavírus e o desfinanciamento do SUS: revogar EC 95/2016 já! **Domingueira**, Campinas, n. 12, mar. 2020. Disponível em:

<<http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-12-marco-2020>>. Acesso em: 22 ago. 2020.

G1 AM. **Número de profissionais de educação com Covid-19 em Manaus sobe para 342.** 25 ago. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2020/08/25/numero-de-profissionais-de-educacao-com-covid-19-em-manau-sobe-para-342.ghtml>> . Acesso em: 04 set. 2020.

G1. **Desde o início da pandemia, 244 médicos brasileiros morreram de Covid-19, aponta sindicato.** 07 set. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/09/07/desde-o-inicio-da-pandemia-244-medicos-brasileiros-morreram-de-covid-19-aponta-sindicato.ghtml>>. Acesso em: 12 set. 2020.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural.** 5.ed. São Paulo: Loyola, 1992.

_____. Política anticapitalista em tempos de coronavírus. **Blog da Boitempo.** 24 mar. 2020. Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2020/03/24/david-harvey-politica-anticapitalista-em-tempos-de-coronavirus/#prettyPhoto>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

HELLER, A. **O cotidiano e a história.** 4.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

HELIOTERIO, M. C. et al. Covid-19: por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p. 1-13, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tes/v18n3/0102-6909-tes-18-3-e00289121.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2020.

KREIN, J. D. O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva: consequências da reforma trabalhista. **Tempo Social**, São Paulo, v.30, n.1, p. 77-104, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ts/v30n1/1809-4554-ts-30-01-0077.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2020.

LOTTA, G. et al. **A pandemia de COVID-19 e os profissionais de saúde pública no Brasil: 2ª fase.** Nota técnica. São Paulo: Núcleo de Estudos da Burocracia, da Fundação Getúlio Vargas, jul. 2020. Disponível em:

<<https://neburocracia.files.wordpress.com/2020/07/rel05-saude-covid-19-fase2-v4.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2020.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. 2.ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MARINI, R. M. Dialética da dependência, 1973. In: TRASPADINI, R.; STEDILE, L. P. (Orgs.) **Ruy Mauro Marini: vida e obra**. São Paulo: Expressão Popular, p. 137-180, 2005.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição**. 1.ed. rev. São Paulo: Boitempo, 2011a.

_____. **A crise estrutural do capital: rumo a uma teoria da transição**. 2.ed. rev. e ampliada. São Paulo: Boitempo, 2011b.

MIRANDA, P. et al. **Aspectos socioeconômicos da COVID-19: o que dizem os dados do Município do Rio de Janeiro?** Nota Técnica, n.72, Diretoria de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200731_nt_diset_n_72.pdf>. Acesso em: 08 set. 2020.

OMS. **Folha informativa COVID-19** - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. 08 set. 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>>. Acesso em: 09 set. 2020.

RIBEIRO, A. P. et al. Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 45, p. 1-12, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbso/v45/2317-6369-rbso-45-e25.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2020.

SALVADOR, E. Fundo público e conflito distributivo em tempos de ajuste fiscal no Brasil. In: CASTRO, J. A.; POCHMANN, M. (Orgs.) **Brasil: Estado social contra a barbárie**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, p. 367-388, 2020. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2020/07/Brasil-Estado-Social-contra-a-Barb%C3%A1rie-Capa.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

SANTOS, G. G.; SILVA, A. X. Intelectuais coletivos e o processo da contrarreforma na política de saúde brasileira. **Ser Social**, Brasília, v.22,

n.46, p. 33-53, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25495/25137>. Acesso em: 25 abr. 2020.

SILVA, L. S. et al. Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da COVID-19 entre trabalhadores da saúde. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v.45, p. 1-8, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbso/v45/2317-6369-rbso-45-e24.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2020.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: _____. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 2.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995, p. 17-46.

UOL SP. **'Sou Messias, mas não faço milagres', diz Bolsonaro sobre recorde de mortes**. 28 abr. 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/04/28/sou-messias-mas-nao-faco-milagres-diz-bolsonaro-sobre-recorde-de-mortes.htm>>. Acesso em: 16 jun. 2020.

WORLDOMETER. **Pandemia de coronavírus COVID-19**. 14 set. 2020. Disponível em: <<https://www.worldometers.info/coronavirus/>>. Acesso em: 14 set. 2020.

Sobre os autores

Debora Lopes de Oliveira - Professora Assistente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FSS/UERJ); Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Gestão Democrática na Saúde e Serviço Social; Assistente Social do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias / RJ; Mestre em Saúde Pública pelo Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Fundação Osvaldo Cruz (CESTEH/FIOCRUZ); Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGSS/UERJ). E-mail: dwlopes@uol.com.br .

Maurílio Castro de Matos - Professor Adjunto da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FSS/UERJ). Pesquisador do Grupo de Pesquisa Gestão Democrática na Saúde e Serviço Social. Assistente Social. Mestre (UFRJ) e Doutor (PUC-SP) em Serviço Social. Pós-doutor (UnB) em Política Social. E-mail: maurilio-matos@gmail.com .

Rodriane de Oliveira Souza - Professora Assistente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FSS/UERJ); Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Gestão Democrática da Saúde e Serviço Social; Assistente Social e Mestre em Serviço Social pela Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ); Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSS/UFRJ). E-mail: rodriane.o.souza@gmail.com .