



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
EM SAÚDE**

**GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE:
TENSÕES E DESAFIOS NO CONTEXTO PANDÊMICO**

FILIPPE SILVA NERI

Foz do Iguaçu
2023



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM
SAÚDE**

**GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE:
TENSÕES E DESAFIOS NO CONTEXTO PANDÊMICO**

FILIPPE SILVA NERI

Artigo apresentado à Universidade Federal da Integração Latino-Americana como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão da Saúde.

Orientador/a: Dra. Juliana Domingues

Foz do Iguaçu
2023

FILIPPE SILVA NERI

**GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE:
TENSÕES E DESAFIOS NO CONTEXTO PANDÊMICO**

Artigo apresentado à Universidade Federal da Integração Latino-Americana como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão da Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Dra. Juliana Domingues
UNILA

Profa. Dra. Maria Geusina da Silva
UNILA

Prof. Dr. Anaxsuell Fernando da Silva
UNILA

Foz do Iguaçu, 30 de junho de 2023.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do/a autor/a: _____

Curso: Especialização em Direitos Humanos na América Latina

	Tipo de Documento
(.....) graduação	(X) artigo
(X) especialização	(.....) trabalho de conclusão de curso
(.....) mestrado	(.....) monografia
(.....) doutorado	(.....) dissertação
	(.....) tese
	(.....) CD/DVD – obras audiovisuais
	(.....) _____

Título do trabalho acadêmico:

GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: TENSÕES E DESAFIOS NO CONTEXTO PANDÊMICO

Nome do orientador(a): Juliana Domingues

Data da Defesa: 08/07/2023.

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, 30 de junho de 2023.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a todos os profissionais do Sistema Único de Saúde que estiveram na linha de frente no enfrentamento da Pandemia da COVID-19. Somos necessários para o Brasil!

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos e citações têm a ver com a justiça distributiva, sendo a moeda com a qual pagamos nossas dívidas intelectuais.

Michael Walzer.

Este trabalho é fruto de contribuições coletivas. Agradeço à banca examinadora pelas contribuições e sugestões necessárias para o aperfeiçoamento acadêmico e profissional.

Agradeço imensamente à minha professora e orientadora, Dra. Juliana Domingues, com quem mantenho um relacionamento acadêmico, profissional e pessoal desde 1º de abril de 2016, quando assumiu oficialmente como docente do magistério superior, professora do curso de Serviço Social da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). Desde então, ela tem sido minha professora, orientadora, supervisora e tudo o que se pode imaginar de uma docente comprometida com a formação profissional. Gratidão, Juliana.

Agradeço ao corpo docente da UNILA, instituição que me acolheu como discente tanto na graduação em Serviço Social quanto na especialização em Gestão em Saúde. Foi a UNILA que me tornou um profissional da saúde e pesquisador. Agradeço também à Universidade Aberta do Brasil por proporcionar um curso sem fronteiras, tanto para o Brasil quanto aos demais países da América Latina e Caribe, em consonância com a missão institucional da UNILA. Agradeço aos colegas de curso, aos docentes e aos tutores que caminharam comigo nesse processo.

O reconhecimento especial vai para duas mulheres. A primeira é a professora Dra. Maria Geusina da Silva, minha fonte de inspiração desde 2015, quando ingressei na UNILA. Geusina também foi minha professora, orientadora e supervisora. Além disso, ela é uma grande amiga que a distância não separa. A professora Geusina é, também, a primeira coordenadora do curso de especialização em Gestão em Saúde da UNILA e coordenadora do Colegiado de Curso. Obrigado por aceitar o desafio de direcionar nossa formação. A segunda é a Dra. Giseli Karenina Traesel, que atuou como tutora em diversas disciplinas desse processo formativo, sempre de forma ética e comprometida com a formação e qualificação profissional. Todas as vezes em que pensei em desistir, Giseli foi essencial para me fazer

continuar.

Por fim, gostaria de expressar meus agradecimentos ao meu grande amigo Alyson Albuquerque, que desde o início do curso tem me incentivado a ser um pesquisador e profissional crítico, ético e comprometido. Sempre que me senti desmotivado, o Alyson esteve ao meu lado, estendendo a mão e oferecendo apoio incondicional. Sua presença foi fundamental para minha jornada, e sou imensamente grato por isso.

Sem dúvidas, vocês fazem a diferença e, por isso, minha gratidão.

Um sistema de saúde forte, universal,
gratuito, acessível e socialmente
referenciado é a base para uma
sociedade saudável e equitativa.
Filipe Silva Neri

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso apresenta uma revisão da literatura sobre a gestão do trabalho em saúde durante a pandemia da Covid-19 no Brasil, abordando as tensões e desafios enfrentados. A pesquisa adota uma abordagem qualitativa, utilizando métodos bibliográficos e documentais. A análise dos documentos foi realizada por meio da confrontação com o referencial teórico, enquanto a revisão da literatura se baseou em livros, artigos, teses e dissertações. Os objetivos da pesquisa incluem analisar os impactos da pandemia na gestão do trabalho em saúde, identificar as principais tensões enfrentadas pelos profissionais e analisar as estratégias adotadas. Os capítulos discutem o Sistema Único de Saúde, a evolução do modelo de saúde no Brasil, as políticas sociais, a pandemia da Covid-19 e suas implicações, além de apresentar boas práticas e desafios na gestão do trabalho em saúde. A pesquisa destaca a importância da formação e qualificação dos profissionais de saúde diante das sequelas da pandemia. Boas práticas foram identificadas, como a implementação da telemedicina e a oferta de cursos de qualificação online. Medidas de proteção e segurança no trabalho também foram adotadas. No entanto, a pesquisa ressalta a necessidade de enfrentar desafios, como a inadequação da formação profissional. O fortalecimento do SUS é fundamental para superar os desafios e garantir uma assistência de qualidade aos usuários.

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

RESUMEN

Este trabajo de conclusión de curso presenta una revisión de la literatura sobre la gestión del trabajo en salud durante la pandemia de Covid-19 en Brasil, abordando las tensiones y desafíos enfrentados. La investigación adopta un enfoque cualitativo, utilizando métodos bibliográficos y documentales. El análisis de los documentos se realizó mediante la confrontación con el marco teórico, mientras que la revisión de la literatura se basó en libros, artículos, tesis y disertaciones. Los objetivos de la investigación incluyen analizar los impactos de la pandemia en la gestión del trabajo en salud, identificar las principales tensiones enfrentadas por los profesionales y analizar las estrategias adoptadas. Los capítulos discuten el Sistema Único de Salud, la evolución del modelo de salud en Brasil, las políticas sociales, la pandemia de Covid-19 y sus implicaciones, además de presentar buenas prácticas y desafíos en la gestión del trabajo en salud. La investigación destaca la importancia de la formación y cualificación de los profesionales de salud frente a las secuelas de la pandemia. Se identificaron buenas prácticas, como la implementación de la telemedicina y la oferta de cursos de capacitación en línea. También se adoptaron medidas de protección y seguridad en el trabajo. Sin embargo, la investigación enfatiza la necesidad de enfrentar desafíos, como la inadecuación de la formación profesional. El fortalecimiento del SUS es fundamental para superar los desafíos y garantizar una atención de calidad a los usuarios.

Palabras clave: Salud; Sistema Único de Salud; Gestión del Trabajo; Pandemia; Covid-19.

ABSTRACT

This undergraduate thesis presents a literature review on the management of healthcare work during the Covid-19 pandemic in Brazil, addressing the tensions and challenges faced. The research adopts a qualitative approach, using bibliographic and documentary methods. Document analysis was conducted through confrontation with the theoretical framework, while the literature review relied on books, articles, theses, and dissertations. The research objectives include analyzing the impacts of the pandemic on healthcare work management, identifying the main tensions faced by professionals, and analyzing the strategies adopted. The chapters discuss the Unified Health System, the evolution of the healthcare model in Brazil, social policies, the Covid-19 pandemic, and its implications, as well as presenting best practices and challenges in healthcare work management. The research highlights the importance of training and qualification for healthcare professionals in the face of pandemic sequelae. Good practices have been identified, such as the implementation of telemedicine and the offering of online qualification courses. Measures for protection and workplace safety have also been adopted. However, the research emphasizes the need to address challenges, such as the inadequacy of professional training. Strengthening the Unified Health System is crucial to overcome challenges and ensure quality care for users.

Key words: Health; Unified Health System; Work Management; Pandemic; Covid-19.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descritores e critérios de inclusão e exclusão para seleção de análise documental.....	16
Quadro 2 - Descritores e critérios de inclusão e exclusão para seleção de artigos para revisão de literatura.....	16
Quadro 3 - Força de Trabalho no Sistema Único de Saúde por Região e por Estado	26
Quadro 4 - Ações coordenadas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVASUS	Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde
BIUNILA	Biblioteca Latino-Americana
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
EPIS	Equipamentos de Proteção Individual
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOBS	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PET-Saúde	Programa de educação pelo Trabalho para Saúde
PNESPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PRONAS-PCD	Programa Nacional de Apoio a Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência
PRONON	Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica
SARS-COV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SIMAPES	Sistema de Mapeamento em Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAB	Universidade Aberta do Brasil
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 TENSÕES E DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO PANDÊMICO	18
3 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: DESAFIOS E BOAS PRÁTICAS NO CONTEXTO PANDÊMICO.....	28
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

O trabalho de conclusão de curso aqui apresentado tem como temática uma revisão de literatura sobre a gestão do trabalho em saúde no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil, destacando as tensões e os desafios. Trata, portanto, de resultados de discussões teórico-metodológicas oriundas do curso de Especialização em Gestão da Saúde da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) em parceria com a Universidade Aberta do Brasil (UAB). Assim, o problema de pesquisa reside em apreender quais as tensões e os desafios que se colocam para a gestão do trabalho em saúde no contexto pandêmico no âmbito do Sistema Único de Saúde?

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

Metodologicamente, a pesquisa trata de uma abordagem qualitativa, de caráter bibliográfico e documental. Compreendemos que a abordagem qualitativa responde a questões específicas ao se ocupar de um nível de realidade intrinsecamente não mensurável nas ciências sociais. Essa abordagem engloba o âmbito dos significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, adentrando um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à mera quantificação de variáveis (MINAYO, 2001).

Ao realizar uma pesquisa documental, é essencial ter em mente que, como aponta Poupart (2008, p. 296), o pesquisador deve enfrentar diversos desafios e estar atento a possíveis armadilhas antes de ser capaz de realizar uma análise aprofundada do material. Nesse sentido, a análise e interpretação dos documentos envolvem a confrontação dos materiais coletados com o referencial teórico estudado pelo pesquisador. Assim, as fontes da pesquisa documental se deram nas plataformas oficiais do Ministério da Saúde, assim como no Diário Oficial da União. Para a realização da pesquisa documental, elegemos os seguintes descritores, critérios de

inclusão e critérios de exclusão:

Quadro 1 - Descritores e critérios de inclusão e exclusão para seleção de análise documental.

Descritores	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Gestão do trabalho em saúde	Documentos oficiais que abordam a gestão do trabalho em saúde no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil	Documentos que não abordam a gestão do trabalho em saúde
Tensões e desafios	Documentos que evidenciam as tensões e desafios enfrentados pelos profissionais de saúde durante a pandemia da Covid-19	Documentos que não abordam as tensões e desafios enfrentados pelos profissionais de saúde
Temática relacionada à gestão do trabalho em saúde na pandemia da Covid-19	Documentos que abordam a temática específica da pesquisa	Documentos que não estão relacionados à gestão do trabalho em saúde na pandemia da Covid-19

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Já no tocante à revisão de literatura ou bibliográfica, compreendemos que esta se baseia, segundo Severino (2007) no registro existente, proveniente de pesquisas anteriores, contido em documentos impressos, como livros, artigos, teses, entre outros, utilizando dados de categorias teóricas já exploradas por outros. As produções científicas se tornam, portanto, fontes dos temas a serem investigados, permitindo que o pesquisador trabalhe a partir das contribuições dos autores dos estudos analíticos presentes nesses textos. Destarte, a pesquisa bibliográfica se deu a partir de livros, capítulos de livros, artigos em periódicos indexados, teses e dissertações que abordam a temática. Para a realização da revisão de literatura, elegemos os seguintes descritores, critérios de inclusão e critérios de exclusão:

Quadro 2 - Descritores e critérios de inclusão e exclusão para seleção de artigos para revisão de literatura.

Descritores	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Gestão do trabalho em saúde	Artigos que abordam a gestão do trabalho em saúde no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil	Artigos que não abordam a gestão do trabalho em saúde
Tensões e desafios	Artigos que discutem as tensões e desafios enfrentados pelos profissionais de saúde durante a pandemia da Covid-19	Artigos que não abordam as tensões e desafios enfrentados pelos profissionais de saúde
Contexto pandêmico	Artigos que se concentram no contexto pandêmico da Covid-19	Artigos que não abordam o contexto pandêmico
Sistema Único de Saúde (SUS)	Artigos que discutem a gestão do trabalho em saúde no âmbito do SUS	Artigos que não mencionam o SUS

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

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

Na primeira seção, intitulada **Tensões e desafios enfrentados pelos profissionais da saúde no contexto pandêmico**, discutimos o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma das políticas sociais do tripé da seguridade social no Brasil, juntamente com a previdência social e a assistência social. Abordamos a evolução do modelo de saúde no país, começando com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1977, que não era universal, até a criação do SUS em 1989, que tornou a saúde um direito de todos. Discorremos sobre os modelos de proteção social, como o alemão Bismarckiano e o inglês Beveridgiano, e mencionamos as normas operacionais básicas (NOBs) que regulamentaram o SUS. Além disso, discutimos a pandemia da Covid-19 e seus impactos na saúde e nas políticas sociais, enfatizando a necessidade de proteção social em tempos de crise. Pontuamos o conceito de política pública e a importância dos sistemas de proteção social para garantir o bem-estar dos cidadãos.

Na segunda seção, com o título **Gestão do trabalho em saúde: desafios e boas práticas no contexto pandêmico**, discorremos sobre as boas práticas relacionadas à gestão do trabalho em saúde no período da pandemia da covid-19, tais como: distribuição de recursos humanos, implementação de medidas de segurança, apoio psicológico aos profissionais da saúde, flexibilização das práticas de trabalho. Pontuamos sobre as boas práticas em saúde e ações como cursos à distância, dimensionamento de recursos humanos, equidade de gênero e suporte emocional aos profissionais de saúde. Concluimos no sentido de que são necessárias políticas para enfrentar as sequelas da pandemia e promover boas práticas de saúde.

A terceira seção tece as sínteses provisórias do estudo em forma de considerações finais. Debates a sistematização das discussões abordadas no processo da pesquisa, compreendendo os achados que foram balizados pelas análises e interpretações resgatadas desde a introdução ao último capítulo.

A difusão dos resultados da pesquisa ocorre por meio deste Trabalho final de Especialização em Gestão da Saúde e defesa junto à banca avaliadora em apresentação pública e submissão junto ao repositório institucional da Biblioteca Latino-Americana da (BIUNILA).

2 TENSÕES E DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO PANDÊMICO

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

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

No campo da proteção social, existem alguns modelos que a caracterizam, dos quais citamos dois. O primeiro é o modelo alemão Bismarckiano que emergiu em 1883 e tinha uma lógica de seguro social contributivo. De acordo com Pacheco Filho (2011):

O modelo bismarckiano foi criado na Alemanha, na segunda metade do século XIX, e se caracteriza como um seguro social, cujo acesso está condicionado ao prévio pagamento de uma contribuição de empregados e

empregadores, e era destinado apenas a algumas categorias profissionais sob a gestão do Estado. A contribuição garantia o direito à aposentadoria e a alguns outros benefícios resultantes de situações de risco (PACHECO FILHO, 2011, p. 72).

O segundo é denominado de Beveridgiano, modelo inglês que surgiu em 1942. Neste modelo a assistência social era não contributiva. De acordo com Pacheco Filho (2011, p. 72), esse modelo “vai além da lógica do seguro social, envolvendo uma relação de trabalho. Seu foco é o cidadão e considera a assistência e os serviços sociais universais como direitos sociais”. É neste modelo que emergem as balizas do Welfare State.

Os modelos e sistemas de saúde no Brasil seguem dois marcos, sendo que o primeiro está relacionado ao modelo de ações médico-assistenciais individualizadas por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1977, “[...] se constituía como a política pública de saúde que vigorava antes da criação do SUS e foi extinto pela lei federal 8.689, em 1993. O antigo Instituto era responsável pela assistência médica aos trabalhadores que contribuía com a previdência social” (BRASIL, 2023, p. 01)¹. O ponto nodal deste sistema de saúde residia no fato de não era universal, tampouco a quem dele necessitasse. Ou seja, somente trabalhadores formalmente inseridos nos espaços laborais e vinculados à CLT tinham direito de acesso à saúde pública no Brasil, “[...] excluindo, portanto, a grande parcela de trabalhadores informais existente no País” (PACHECO FILHO, 2011, p. 72). Aí reside uma das principais diferenças entre os sistemas ora percorridos.

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

¹ Citação retirada do Diretório Brasil de Arquivos. Para mais informações: <https://dibrarq.arquivonacional.gov.br/index.php/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-brasil-1974-1993>

cumprindo, portanto:

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

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

A diferença do SUS para o INAMPS está no entendimento de que a saúde é um dever do estado e um direito de todo cidadão, sendo, portanto, a saúde pública, gratuita e universal que passou a compor a partir da Constituição Federal de 1989 o tripé da seguridade social junto à assistência social e a previdência social. Assim, o SUS é fruto de tensões entre capital e trabalho, fruto da luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e de saúde na busca de compreender a saúde a partir do marco da reforma sanitária e da saúde coletiva.

O caráter inovador do SUS reside em dois movimentos articulados: O primeiro na compreensão da política de saúde no *roll* das políticas de proteção social e de seguridade social no pós-88; o segundo reside na concepção ampliada de saúde. Ou seja, a partir do surgimento do SUS a saúde passa a ser compreendida não apenas como ausência de doença, mas enquanto um conjunto articulado de políticas de proteção social e seus determinantes sociais de saúde, culminando na atenção integral às necessidades de saúde da população usuárias, compreendendo que “[...] as intervenções curativas e orientadas para o risco de adoecer eram insuficientes para a produção da saúde e da qualidade de vida de uma sociedade” (UFSC, 2016, p. 20).

Observa-se ainda como algo inovador, a participação social da população usuária nas instâncias de controle por meio dos conselhos nacional, municipais e estaduais de saúde, assim como a descentralização política e

administrativa e o modelo de financiamento fundo a fundo (BARROS; PIOLA, 2016).

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

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

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

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

No que tange a NOB 96, ocorre um processo de aumento da transferência fundo a fundo, consolidando a autonomia das gestões dos entes federados; lócus privilegiado no Programa Estratégia Saúde da Família enquanto principal programa de atenção às famílias, consolidando uma nova lógica assistencial. Aqui o município passa a ser o responsável imediato no tocante às necessidades e

demandas da população usuária do SUS, tendo o estado e o governo federal como corresponsáveis. Incorpora-se a concepção de saúde enquanto política de proteção social que compõe o tripé da seguridade social a partir de uma concepção ampliada de saúde. Assim como o fortalecimento da participação dos usuários, dos trabalhadores e da sociedade civil por meio dos Conselhos, materializando um novo paradigma de gestão e gerência (CARVALHO; BARBOSA, 2014).

Portanto, a NOB-SUS-96 promoveu um processo de descentralização por meio da municipalização do SUS no intuito de melhorar o acesso e usufruto às ações e serviços do sistema de saúde brasileiro. No entanto, a NOB-SUS 96 culminou num processo denominado pelos autores de atomização dos serviços, ou seja, processo de fracionamento do SUS, uma vez que provocou um novo processo de desarticulação do gerenciamento e financiamento entre Estados e municípios, em consequência do repasse fundo a fundo, por exemplo.

Assim, no cenário político, a implementação destas NOBs são espaços de tensionamento e disputa política. Por um lado, observa-se respostas às necessidades de entidades privadas, de outras demandas de novos sujeitos políticos, tais como a classe trabalhadora que tensiona o estado por melhores condições de vida e de saúde.

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

Assim, essa regionalização das ações em serviço do SUS se materializa a partir de quatro eixos: 1) Plano diretor de regionalização - que busca regulamentar a referência e contrarreferência intermunicipais; 2) Ampliação da atenção à saúde – estipula a habilitação mínima da oferta de ações e serviços nos territórios ao nível de referência básica e de média complexidade; 3) Qualificação das microrregiões na assistência à saúde - que define um conjunto mínimo de

procedimentos de média complexidade e de referência intermunicipal; e 4) Política de alta complexidade/alto custo - busca mecanismos para garantia de acesso para referências interestaduais para procedimentos de alta complexidade (CARVALHO; BARBOSA, 2014).

O fortalecimento da capacidade e gestão do SUS se materializa com as responsabilidades dos Estados e dos municípios. O financiamento trata de estipular o papel dos entes federados no financiamento das ações e serviços de referência e contrarreferência intermunicipais e interestaduais de básica, média e alta complexidade (CARVALHO; BARBOSA, 2014).

Portanto, até chegarmos ao modelo de saúde pública que se deu a partir da transição à seguridade social, houve alguns fatores que tensionaram o Estado brasileiro por melhores condições. Dentre estes fatores destacamos greves operárias; epidemias e endemias; Crise do modelo médico-assistencial privatista.

Destarte, observa-se que os principais interesses de criação dos SUS se deu com os tensionamentos da classe trabalhadora na cena política nacional, tendo como necessidade a criação de um sistema que respondesse às demandas dos sujeitos sociais. Ou seja, o SUS emerge na complexidade do movimento da realidade e por ele permeado. Muitos foram os dilemas e os desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde no Brasil. Na contemporaneidade, destacamos a pandemia da Covid-19, sobre a qual passamos a discutir.

No atual contexto, observamos que o SUS e os demais sistemas de saúde a nível mundial vêm sofrendo tensões e desafios para sua implementação. No final do ano de 2019, surgiu uma infecção na cidade de Wuhan, na província de Hubei, na China. Os primeiros casos foram considerados como uma pneumonia de causa desconhecida. Ainda no mesmo período, as autoridades de Wuhan, através da Comissão Municipal de Saúde notificaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) relatando aumento considerável de casos de pneumonia de etiologia desconhecida com sintomas como febre, tosse e dificuldades respiratórias, por exemplo (OPAS, 2021).

A partir de janeiro do ano de 2020, com base em estudos de pesquisadores e cientistas chineses, foi identificado o Coronavírus como o causador da doença, sendo posteriormente denominado de SARS-CoV-2, devido sua semelhança com um vírus que causou um surto entre os anos de 2002 e 2003, denominado de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV). Com o passar dos

dias, autoridades sanitárias começaram a identificar casos semelhantes, por vezes idênticos, em outros lugares do mundo, espalhando o vírus da Covid-19 por diversos países e continentes.

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou a Covid-19 como uma pandemia² de proporção mundial. Desde então, toda a dinâmica e o cotidiano da vida social foram alterados significativamente. Mundialmente, as refrações oriundas da Pandemia desvelaram e agudizaram as faces perversas do contexto social oriundos da ordem do capital, com rebatimentos nas políticas sociais, especialmente as de proteção social. O mundo passa, então, a atravessar “uma tempestade sanitária, guiados por diretrizes ainda experimentais” (MINAYO; FREIRE, 2020, p. 02).

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

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

² “O termo ‘pandemia’ se refere à distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade” (OPAS, 2021, p. 01).

É mister apreendermos que o conceito de política pública possui um amplo significado no âmbito das áreas do conhecimento, não existindo uma definição específica e universal para o trato com o tema. Diversos autores buscam delimitar o termo, dos quais podemos destacar as contribuições de: Lopes (2008), Marques (2013), Frey (2000), Saravia (2006), Vazquez (2001), Secchi (2013). O elemento comum que une a maioria dos intentos de qualificar conceitualmente a política pública reside na concepção de que estas são um conjunto de ações e decisões implementadas pelo Estado e pelas autoridades do governo voltadas para a solução (ou não) de problemas da sociedade em um sentido mais amplo (LOPES, 2008; MARQUES, 2013).

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

Di Giovanni *et al.*, (2014), pontuam que os sistemas de proteção social são formas, mais ou menos institucionalizadas, que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros e decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio e as privações entre outras.

Para Pereira (2013), ao estudar a proteção social no contexto do capitalismo, pontua que proteção social “é um conceito amplo que, desde meados do século XX, engloba a seguridade social (ou segurança social), o asseguramento ou garantias a seguridade e políticas sociais” (PEREIRA, 2013, p.16). Ou seja, para os autores, proteção social se refere a um conjunto de arcabouço institucional de segurança contra os riscos da sociedade contemporânea.

Compreender a saúde pública nesse contexto e sob estes aspectos é essencial enquanto um contraponto à concepção tradicional que compreende a saúde tão somente coo ausência de doenças. Nossa perspectiva parte da apreensão de saúde ampliada a partir dos Determinantes Sociais de Saúde, compreendo-os enquanto “[...] fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Essa proteção social, no cenário da saúde pública brasileira, é realizada por meio da atuação de profissionais do SUS, ou seja, pela força de trabalho do SUS.

De acordo com a teoria de Karl Marx (1976), a força de trabalho é o termo usado para descrever a capacidade física e mental dos trabalhadores de realizar um trabalho produtivo. Para Marx, a força de trabalho é uma mercadoria peculiar, pois é a única mercadoria capaz de gerar valor.

Marx (1976) argumentava que a força de trabalho possui um valor de uso, que é sua capacidade de produzir bens e serviços, e um valor de troca, que é determinado pelo tempo de trabalho socialmente necessário para produzir e reproduzir essa força de trabalho. Os trabalhadores vendem sua força de trabalho aos proprietários dos meios de produção (capitalistas) em troca de um salário, que é uma fração do valor que sua força de trabalho gera durante o processo de produção.

Nesse sentido, partimos da compreensão de que a força de trabalho no SUS é composta por um conjunto de indivíduos, trabalhadores de saúde que estão envolvidos de forma direta ou indireta na prestação de serviços de saúde, seja dentro de estabelecimentos de saúde ou em atividades relacionadas à saúde. A formação específica para desempenhar funções no setor pode ou não ser necessária. É importante ressaltar que o aspecto mais relevante na definição de um trabalhador de saúde é sua conexão com o trabalho no setor ou atividade de saúde, independentemente de sua formação profissional ou capacitação (BRASIL, 2012).

Dados recentes do Sistema de Informações de Saúde do Ministério da Saúde (DATASUS) revelam que a força de trabalho no Sistema Único de Saúde é composta por 4.683.919 profissionais³. Esses profissionais estão nos 26 Estados e no Distrito Federal.

Quadro 3 - Força de Trabalho no Sistema Único de Saúde por Região e por Estado

REGIÃO	ESTADO	FORÇA DE TRABALHO SUS	TOTAL
NORTE	Pará	115.826	312.886
	Amazonas	73.859	
	Roraima	37.079	
	Amapá	36.924	
	Rondônia	17.696	
	Acre	17.315	

³ Dados extraídos do Sistema de Consulta de Profissionais em 26 de maio de 2023. Mais informações: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp

	Tocantins	14.187	
NORDESTE	Bahia	262.701	1.407.360
	Bahia	262.701	
	Paraíba	240.029	
	Pernambuco	164.490	
	Ceará	161.075	
	Maranhão	117.063	
	Paraíba	75.087	
	Rio Grande do Norte	67.290	
	Piauí	56.924	
CENTRO-OESTE	Goiás	135.012	271.152
	Mato Grosso	72.611	
	Mato Grosso do Sul	63.529	
SUDESTE	São Paulo	979.832	1.950.640
	Minas Gerais	503.896	
	Rio de Janeiro	376.093	
	Espírito Santo	90.819	
SUL	Rio Grande do Sul	250.576	653.272
	Paraná	240.029	
	Santa Catarina	162.667	
DISTRITO FEDERAL	Distrito Federal	88.609	88.609

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

A força de trabalho no SUS é composta, portanto, por todos os profissionais de diferentes áreas e níveis de formação que trabalham no Sistema. Ou seja, “trabalhadores que passam grande parte do seu dia em hospitais ou unidades básicas de saúde em que o sofrimento se faz presente quase diariamente” (CASTRO; PONTES, 2021, p. 42).

Uma breve análise dos dados disponibilizados pelo sistema DataSUS e que sistematizamos no quadro 03 demonstram o número de profissionais por região e estado, mostrando a distribuição da força de trabalho no SUS. Esses números são importantes para entender a disponibilidade de profissionais em diferentes partes do país. Outro elemento importante identificado é a questão da significativa disparidade em relação ao número de profissionais entre as regiões que compõem a força de trabalho no SUS. Por exemplo, a região Sudeste tem uma quantidade muito maior de profissionais em comparação com outras regiões, como, por exemplo, o Norte e o Nordeste. Isso pode indicar desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde, pois regiões com menos profissionais podem enfrentar dificuldades para atender às necessidades da população.

A pandemia, ao agudizar e desvelar a crise, colocou o trabalho dos profissionais da saúde “sob o fogo cruzado” (ANTUNES, 2020), ao considerarmos o mapeamento realizado por Barroso *Bil et al.*, (2020), em que os pesquisadores

identificaram o alto índice de risco de contaminação pela Covid-19 durante suas atuações profissionais. De acordo com o mapeamento, a força de trabalho no SUS apresentaram cerca de 97 a 100% de risco de contágio pelo vírus. Ou seja, observamos que a pandemia alterou sobremaneira as condições de trabalho em saúde, considerando que este termo se refere, conforme CONASEMS (S/A); (BRASIL, 2012), aos níveis de saúde e trabalho dos trabalhadores, considerando as circunstâncias em que suas atividades ocorrem e seu estado para lidar com as demandas apresentadas.

3 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: DESAFIOS E BOAS PRÁTICAS NO CONTEXTO PANDÊMICO

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

No Brasil, a política de gestão do trabalho em saúde é gerida pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), vinculada ao Ministério da Saúde (MS). Institucionalmente, a SGTES conta com dois departamentos: Departamento de gestão da educação na saúde e Departamento de gestão e regulação do trabalho em saúde (BRASIL, 2023).

A SGTES tem como objetivos promover a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, elaborar políticas de formação e desenvolvimento profissional, coordenar atividades relacionadas ao trabalho e educação em saúde, cooperar internacionalmente para solucionar questões no campo da saúde e participar na análise técnica de projetos de lei e propostas normativas sobre trabalho e educação em saúde. Isso inclui a formulação de critérios, parcerias entre gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e o estabelecimento de uma rede

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

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

Quadro 4 - Ações coordenadas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde

AÇÃO	CARACTERÍSTICAS E OBJETIVOS
Ambientes Virtuais de Aprendizagem	Plataforma virtual do SUS que disponibiliza cursos de formação e qualificação profissional continuada, em temas relevantes na área. Assim, por meio desses ambientes, a SGTES coordena três plataformas: 1) AVASUS que é uma plataforma pública de ensino a distância (EaD) acessível pela internet, criada para aprimorar as habilidades e conhecimentos de estudantes, professores, trabalhadores e profissionais de saúde no Brasil. As oportunidades educacionais são elaboradas por instituições de ensino especializadas em EaD, com base nas necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). 2) UNA-SUS, que oferece uma abordagem didático-pedagógica que enfatiza a aprendizagem ativa e permite que os estudantes organizem seus estudos de acordo com sua disponibilidade de tempo e acesso às tecnologias. 3) UniverSUS, que disponibiliza ações educacionais voltadas para profissionais, estudantes e pesquisadores da área da saúde. O ambiente virtual tem como objetivo promover o desenvolvimento dos profissionais de saúde, oferecendo iniciativas inovadoras de educação.
Dimensionamento de Recursos Humanos em Saúde	Tem como responsabilidade incentivar a adoção de práticas de gestão que facilitem o estudo dos processos de trabalho na área da saúde. Uma das práticas destacadas é o desenvolvimento do dimensionamento da força de trabalho em saúde, que consiste em um processo sistemático de avaliação das necessidades futuras de profissionais de saúde, abordando aspectos como quantidade de pessoal, composição e perfil desejado. Além disso, também engloba a definição de estratégias e ações necessárias para atender a tais necessidades.
Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no	Iniciativa do governo federal que busca enfrentar as desigualdades de gênero e raça no sistema de saúde. As ações do programa têm como objetivo impactar diretamente 2,12 milhões de mulheres trabalhadoras da saúde no Brasil, além de estudantes de cursos na área da saúde. O programa é baseado em seis diretrizes que abordam questões como equidade de gênero, enfrentamento de violências no trabalho, apoio às trabalhadoras na maternidade, acolhimento ao

SUS (Equidade no SUS)	longo do ciclo de vida, saúde mental e gênero, e formação e educação permanente considerando as interseccionalidades no trabalho na saúde. O programa é guiado por sete princípios, incluindo a rejeição de discriminação e preconceito, a laicidade do Estado, equidade, transversalidade, isonomia de direitos, reconhecimento da interseccionalidade e participação e controle social.
Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (Mesa de Negociação)	Fórum que reúne gestores, prestadores de serviços e trabalhadores do SUS. Foi criada em 1993 e reinstalada em 1997, tornando-se permanente em 2003. Ao longo de 14 anos, a MNNP-SUS desenvolveu nove protocolos que orientam a Gestão do Trabalho e os trabalhadores do SUS. Em 2019, suas atividades foram interrompidas, mas foram retomadas em março de 2023, com uma nova estrutura e membros ampliados, definindo metodologias de trabalho para os próximos anos.
PET-Saúde	O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foi instituído pelas Portarias Interministeriais nº 421 e nº 422 em março de 2010. É uma ação conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação, conduzida pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com o objetivo de integrar ensino, serviço e comunidade para qualificar profissionais de saúde e estudantes da área. O PET-Saúde baseia-se na educação pelo trabalho e fortalece a integração ensino-serviço-comunidade por meio de atividades de ensino, pesquisa, extensão e participação social. Instituições de Ensino Superior públicas e privadas sem fins lucrativos com cursos na área da saúde, em parceria com Secretarias de Saúde estaduais, distritais e municipais, podem apresentar projetos para os editais temáticos do programa. O PET-Saúde oferece bolsas nas modalidades de iniciação ao trabalho para estudantes, tutoria acadêmica para professores das instituições de ensino e preceptoria para profissionais de serviços de saúde. A participação no programa requer que o projeto seja selecionado por edital.
Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon)	O Pronas/PCD e o Pronon foram instituídos pela Lei nº 12.715/2012 como programas do Ministério da Saúde. Eles visam apoiar ações e serviços de entidades sem fins lucrativos nas áreas de oncologia e atenção à saúde da pessoa com deficiência. Os programas têm como objetivos ampliar a oferta de serviços médico-assistenciais, apoiar a formação de recursos humanos e realizar pesquisas clínicas e socioantropológicas. Os prazos para doação de recursos por pessoas físicas e jurídicas, que permitiam a dedução do imposto de renda, já expiraram em 2020 e 2021. Não há previsão para novos projetos ou credenciamento de instituições. A continuidade dos programas depende da sanção de um projeto de lei que altere a Lei nº 12.715/2012 e estabeleça novos prazos. Os projetos aprovados em anos anteriores, dentro dos prazos vigentes, continuam sendo executados pelas instituições contempladas pelos programas.
Residências em Saúde	A residência é o padrão de excelência na pós-graduação em saúde, e o Ministério da Saúde, por meio da SGTES, tem fomentado a residência por meio de programas de bolsas. Os programas de residência são oferecidos por instituições de saúde credenciadas pela CNRM e CNRMS, sob a orientação de profissionais qualificados. A SGTES/MS publica anualmente editais para seleção de programas de residência médica e em área profissional da saúde, concedendo bolsas que valem durante todo o período de vigência do programa, com duração de 1 a 5 anos.
Saúde com a Gente	O Programa Saúde com Agente, em parceria com a UFRGS e o Conasems, é o maior programa de formação técnica na área da saúde no formato híbrido do país. Com investimento de mais de R\$ 388 milhões, visa qualificar 200 mil agentes de saúde em todo o Brasil, em atenção às leis que ampliaram suas atribuições. A formação é semipresencial, com carga horária de 1.275 horas e duração mínima de 10 meses. O objetivo é melhorar os indicadores de saúde e a qualidade dos serviços na Atenção Primária, valorizando os agentes como educadores para a cidadania na saúde. Eles terão um papel importante na prevenção e cuidado das pessoas, orientando melhor os pacientes com base nas informações coletadas nas residências.
Sistema de Mapeamento da Educação na	O SIMAPES é um projeto coordenado pela SGTES em parceria com a UFG, que investiga a relação entre a oferta de cursos na área da saúde e a estrutura de serviços do SUS, focando na qualidade do campo de prática. O objetivo é

Saúde (SIMAPES);	gerar informações para subsidiar gestores e profissionais na tomada de decisões na área da educação em saúde. O projeto coleta e analisa dados de diferentes fontes, como e-MEC, IBGE, CNES, COAPES e e-SUS AB, permitindo observar a estrutura necessária para ampliação e melhoria dos cursos na área da saúde, além de apoiar mudanças curriculares e garantir instalações adequadas.
Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).	Formular políticas públicas nessa área. A PNEPS foi instituída em 2004 para promover a educação permanente em saúde. Em parceria com a USP, a SGTES/MS realizou uma pesquisa em 2007, resultando na regulamentação da Política. A PNEPS é uma estratégia importante do SUS para qualificar e transformar as práticas em saúde, por meio da formação e desenvolvimento dos profissionais.

Fonte: Sistematizado pelo autor com base nas informações disponíveis na plataforma da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), 2023⁴.

As informações apresentadas no quadro 04 descrevem diversas ações e programas coordenados pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde. Essas iniciativas abrangem áreas como formação profissional, equidade de gênero e raça, gestão do trabalho, apoio à saúde de pessoas com deficiência e atenção oncológica, entre outros.

Em geral, as informações fornecidas destacam a importância de ações e programas voltados para a formação, valorização e equidade dos profissionais de saúde, bem como para a melhoria da gestão do trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, é necessário acompanhar de perto a implementação e efetividade dessas iniciativas, garantindo que elas alcancem seus objetivos e contribuam para o fortalecimento do sistema de saúde como um todo.

Observamos, portanto, que as ações relacionadas ao trabalho em saúde são carregadas de subjetividades, “sendo em sua essência relacional, agregando tecnologias durante o processo saúde-doença-cuidado, exigindo dos trabalhadores uma formação de qualidade, educação permanente e competências específicas para atender as demandas do mercado de trabalho sanitário” (MACHADO, 2018, p. 1973).

Apesar dos avanços alcançados, de acordo com Machado (2018), a formação em saúde ainda apresenta desafios não resolvidos, como a inadequação da formação dos profissionais e a desconexão entre ensino e realidade prática. Além disso, a expansão do ensino privado também contribui para esses problemas. Mesmo após quase 30 anos de existência do SUS, ainda persistem dificuldades no desenvolvimento de práticas abrangentes de prevenção, cuidado e promoção da

⁴ Ver mais em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes>.

saúde para as famílias e comunidades em todo o país. Para a autora, é essencial uma educação em saúde que seja competente, baseada nos determinantes sociais da saúde, nas necessidades da população e em um perfil epidemiológico específico da região. Isso deve incluir vivências teórico-práticas que reflitam a realidade local e um currículo que permita aos estudantes de graduação a inserção em cenários de prática desde o início do curso.

No contexto da pandemia da COVID-19, identificamos o surgimento de novos desafios na gestão do trabalho em saúde, tais como a falta de recursos humanos, o aumento da demanda, a sobrecarga de trabalho, condições de trabalho, capacitação e treinamento, gerenciamento de equipes, dentre outros.

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

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

[...] modalidade de prestação de serviços de saúde a distância, por meio da utilização das tecnologias da informação e da comunicação, que envolve, entre outros, a transmissão segura de dados e informações de saúde, por

meio de textos, de sons, de imagens ou outras formas adequadas (BRASIL, 2022, p. 01).

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

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

No âmbito das medidas de suporte emocional aos profissionais de saúde, destacam-se ações para monitoramento da saúde dos profissionais da saúde, como a implementação de medidas de vigilância da saúde desses profissionais. Destaca-se a pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) que realizou monitoramento da saúde, acesso à EPIs de técnicos de enfermagem, agentes de combate às endemias, enfermeiros, médicos e psicólogos, no município do Rio de Janeiro em tempos de COVID-19. Essa pesquisa teve como foco gerar informações acerca do impacto da pandemia por COVID-19 sobre a saúde de trabalhadores que estiveram na linha de frente do combate ao novo coronavírus.

Desta forma, podemos considerar que uma gestão eficiente do trabalho em saúde pode impactar sobremaneira na qualidade do trabalho e da assistência prestada aos usuários do SUS, especialmente no contexto decorrente da

pandemia da COVID-19. Essa gestão eficiente pode incluir a organização adequada das equipes de saúde, a alocação eficiente dos recursos humanos e financeiros, o planejamento estratégico em saúde a implementação de políticas, programas e projetos que visem qualificar o cuidado aos usuários do sistema de saúde.

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

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

população contribuíram para agravar a situação.

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

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

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

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

Diante desses desafios, é importante compreender que as políticas

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

Em suma, o SUS é uma política social importante tanto para o Brasil quanto para outros países da América Latina, especialmente os países do MERCOSUL que fazem fronteira, como Argentina, Paraguai e Uruguai, sendo um sistema de saúde público, gratuito e universal. Sua implementação enfrentou e vem enfrentando desafios e tensões ao longo do tempo, e a pandemia da COVID-19 evidenciou as fragilidades do sistema e a necessidade de fortalecimento das políticas de proteção social.

É fundamental que sejam adotadas medidas para aprimorar o SUS, buscando soluções e boas práticas para enfrentar os desafios e as sequelas decorrentes da pandemia da COVID-19 e garantir um trabalho em saúde de qualidade e bem-estar para a população usuária do SUS.

Por fim, afirmamos que um sistema de saúde forte, universal, gratuito, acessível e socialmente referenciado é a base para uma sociedade saudável e equitativa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Bruno Guimarães de. TEIXEIRA Carmen Fontes. ALVES, Gilda Assis, PINTO, Isabela Cardoso de Matos. DA ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS À GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: PLURALIDADE TEÓRICA E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE *In: Gestão do trabalho no SUS Bahia: esquadrihando caminhos e esperando a prática / Bruno Guimarães de Almeida; Isabela Cardoso de Matos Pinto (organizadores). – Belo Horizonte: Avohai, 2021.*

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

BARROS, Maria Elizabeth Diniz Barros; PIOLA, Sérgio Francisco. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. 2016. p. 101-138.

BARROSO BIL, et al. Saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. João Pessoa: Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, Preprint, 2020.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: Fundamentos e História. São Paulo: Cortez, 2011.

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

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

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

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

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

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

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

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. In *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. In *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. Políticas de Saúde: Fundamentos e Diretrizes do SUS.

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

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde. Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

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

MACHADO, Maria Helena; XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1971-1979, 2018.

Marx, K., & Engels, F. (1976). *O Capital: Crítica da economia política*. Volume 1. Editora Abril Cultural.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; FREIRE, Neyson Pinheiro. Pandemia exacerbada desigualdades na Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3555-3556, 2020.

NERI, Filipe Silva. SILVA, Ana Beatriz Ribeiro da. FERREIRA, Laura Noveli. TORRES, Mabel Mascarenhas. Formação em tempos de pandemia: desafios para o serviço social. In: VIII Seminário de Políticas Sociais no Mercosul - SEPOME / (Novas) demandas e (novos) desafios em tempos de pandemia: resumos, de 08 a 10 de novembro de 2021 (8: 2021: Pelotas, RS). – Pelotas: UCPEL, 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Histórico da pandemia da Covid19. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemicovid-19>. Acesso em: 26 de mai. de 2023.

PACHECO FILHO, Calino Ferreira. Seguridade Social e Previdência: situação atual. **Indicadores Econômicos FEE**, v. 39, n. 3, 2011.

PEREIRA, C. P. Proteção social no capitalismo: contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes. 2013. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

POUPART, Jean. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Metodologia do trabalho científico. 23ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SPOSATI, Aldaiza. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil. – Brasília, UNESCO, 2009.424 p. Disponível em: www.mds.gov.br

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade a Distância. Atenção integral à saúde do adulto: medicina [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Calvino Reibnitz Júnior... [et al] (Organizadores). 2. ed. — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2016