



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**“Heróis usam máscara?”: Representações Sociais de Profissionais do SUS durante a  
Pandemia de COVID-19**

Luana Mota Oliveira

**Fevereiro de 2024**

**São Carlos - SP**

Luana Mota Oliveira

**“Heróis usam máscara?”: Representações Sociais de Profissionais do SUS durante a  
Pandemia de COVID-19**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Nogueira Fioroni

São Carlos - SP  
2024

## **Agradecimentos**

Aos avós que conheci e aos avós que não conheci, em especial vó Dira, que eu sinto tão presente, agradeço pelos passos vindos desde longe, apesar de todas as dores.

Às tias e aos tios (também ligados a mim por sangue, mas principalmente, ligados a mim por cuidado cotidiano), agradeço pelo ensinamento tão fundamental de que a gente só se faz gente entre muitas gentes.

À minha mãe e ao meu pai, agradeço por me protegerem tanto quanto possível e necessário, por me acolherem quando a proteção não cabia ou dava conta e, acima de tudo, pela possibilidade de sonhar junto e caminhar firme, sem jamais esquecer o que havia no início.

À Vivi e à Vivi, agradeço por terem feito casa junto de mim, no momento em que casa parecia tão distante. Tô com vocês pro que for e pra onde forem.

A José, Regiane, Gabriel e a todas as pessoas com quem pude compartilhar risadas, choro, ideias e silêncios tranquilos nos últimos cinco anos: sou feliz demais em ter encontrado vocês.

À Jhully, agradeço pelo encontro em tempo certo (tempo possível), por me dizer de você e querer saber de mim. Gosto de ouvir seu olhar sobre as coisas.

À Lu e à Lara, que me acompanharam nos altos e baixos da pesquisa, desde quando ela não passava de um emaranhado de ideias-palavras, agradeço pela ajuda essencial no processo de desemaranhamento e tessitura do trabalho que se segue. Com vocês, minha escrita se tornou mais segura de si.

*“Déjame decirle, a riesgo de parecer ridículo, que el verdadero revolucionario es animado por fuertes sentimientos de amor. Es imposible pensar un revolucionario auténtico sin esta calidad.”*

(Che Guevara)

## Resumo

Nas últimas décadas, temos acompanhado o desmonte das políticas públicas em saúde no Brasil, agravado pela pandemia de COVID-19. Paralelamente, neste cenário, emergiram discursos que retratavam as/os profissionais do SUS como figuras heróicas. Tendo isso em vista, este estudo teve como objeto de análise o Trabalho de Cuidado em saúde pública, particularmente, as representações sociais predominantes a seu respeito na conjuntura pandêmica. Objetivamos realizar uma investigação e análise críticas sobre as representações de profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) como heroínas e heróis no contexto da pandemia de COVID-19, a partir de publicações em redes sociais *online* e mídias jornalísticas, a fim de compreender seus pressupostos e implicações para a atuação dessas/es profissionais, bem como para a constituição de suas subjetividades. Trata-se de um estudo qualitativo, interpretativo-compreensivo, cuja base de dados foi documental – publicações de domínio público em mídias jornalísticas e redes sociais *online*, no período de fevereiro de 2020 a janeiro de 2022. Utilizamos a Teoria das Representações Sociais como referencial para tratamento e análise dos dados. O *corpus* de análise foi composto por 522 publicações: 55 do Globo; 46 da Folha de São Paulo; 130 do Estado de São Paulo; 15 do Portal Terra; 38 da Rede HumanizaSUS e 238 do X (antigo Twitter). Este conjunto de dados resultou em 6 categorias analíticas: (1) Heroísmo como reconhecimento e reificação; (2) Vicissitudes da COVID-19 para as(os) trabalhadoras(es) do SUS; (3) (Ir)Responsabilidades do governo federal na disseminação da COVID-19; (4) O herói por trás da máscara: sofrimento ético-político das(os) trabalhadoras(es) do SUS na pandemia de COVID-19; (5) O SUS como potência *apesar de*; (6) Luz no fim do túnel: Respostas ao (Des)Governo absurdo. Discute-se a respeito da função ideológica exercida por discursos que representam as(os) trabalhadoras(es) do SUS como heroínas/heróis, uma vez produzidos em um contexto de precarização do trabalho em saúde e desamparo institucional por parte das autoridades responsáveis, em especial, o governo federal na gestão Bolsonaro. Recuperando a trajetória histórica e o projeto político a partir dos quais foi instituído o SUS e buscando refletir sobre seu futuro, conclui-se que é necessário adotar estratégias de reconhecimento a suas(seus) profissionais ancoradas na materialidade e em processos coletivos.

**Palavras-chave:** representação social; covid-19; políticas públicas de saúde; trabalhadores da saúde; heroísmo.

## Abstract

In recent decades, we have been following the dismantling of public health policies in Brazil, worsened by the COVID-19 pandemic. At the same time, in this scenario, speeches emerged that portrayed SUS professionals as heroic figures. With this in mind, this study's object of analysis was Care Work in public health, particularly, the predominant social representations regarding it in the pandemic situation. We aimed to carry out a critical investigation and analysis on the Public Health System (SUS) professionals representations as heroines and heroes in the context of the COVID-19 pandemic, based on publications on online social networks and journalistic media, in order to understand their assumptions and implications for the performance of these professionals, as well for the constitution of their subjectivities. This is a qualitative, interpretative-comprehensive study, whose database was documentary – public domain publications in journalistic media and online social networks, from February 2020 to January 2022. We used the Theory of Social Representations as a reference for data processing and analysis. The *corpus* of analysis was composed of 522 publications: 55 from Globo; 46 from Folha de São Paulo; 130 from Estado de São Paulo; 15 of Portal Terra; 38 from Rede HumanizaSUS and 238 from Twitter. This data set resulted in 6 analytical categories: (1) Heroism as recognition and reification; (2) Adversities arising from COVID-19 for SUS workers; (3) (Ir)Responsibilities of the federal government in the spread of COVID-19; (4) The hero behind the mask: ethical-political suffering of SUS workers in the COVID-19 pandemic; (5) SUS as a potency *despite it all*; (6) The light at the end of the tunnel: Responses to the absurd (mis)Government. We discuss the ideological function exercised by speeches that represent SUS workers as heroines/heroes, since they are produced in a context of precariousness of health work and institutional abandonment on the part of the responsible authorities, especially, the federal government under Bolsonaro's administration. Recovering the historical trajectory and political project from which our universal health system was established, seeking to reflect on its future, we conclude that it is necessary to adopt recognition strategies for its professionals anchored in materiality and collective processes.

**Keywords:** social representation; covid-19; public health policies; healthcare workers; courage.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Síntese dos procedimentos de coleta e análise de dados.....	27
Quadro 2 - Síntese das categorias temáticas.....	28
Quadro 3 - Síntese da categoria de análise “Heroísmo como reconhecimento e reificação”...29	
Quadro 4 - Síntese da categoria de análise “Vicissitudes da COVID-19 para os trabalhadores do SUS.....	34
Quadro 5 - Síntese da categoria de análise “(Ir)Responsabilidades do governo federal na disseminação da COVID-19”.....	38
Quadro 6 - Síntese da categoria de análise “O herói por trás da máscara: sofrimento ético-político das(os) trabalhadoras(es) do SUS na pandemia de COVID-19”.....	44
Quadro 7 - Síntese da Categoria de análise “O SUS como potência <i>apesar de</i> ”.....	50
Quadro 8 - Síntese da Categoria de análise “Luz no fim do túnel: Respostas ao (des)Governo absurdo”.....	54
Quadro 9 - Síntese dos resultados descritivos e resultados qualitativos-interpretativos.....	71

## **LISTA DE SIGLAS**

AB - Atenção Básica

APS - Atenção Primária à Saúde

EC - Emenda Constitucional

ESF - Estratégia Saúde da Família

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNH - Política Nacional de Humanização

SUS - Sistema Único de Saúde

TRS - Teoria das Representações Sociais

USF - Unidade de Saúde da Família



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
1.1. TRABALHO DE CUIDADO.....	11
1.2. TRABALHO EM SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	12
1.3. SOBRE A PANDEMIA DE COVID-19.....	15
1.4. QUESTÕES ÉTICAS SOBRE HERÓIS DA SAÚDE.....	16
1.5. SOBRE BIOPOLÍTICA, NEOLIBERALISMO E SOFRIMENTO ÉTICO-POLÍTICO.....	18
1.6. O PAPEL DAS REPRESENTAÇÕES MIDIÁTICAS.....	20
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>21</b>
2.1. OBJETIVO GERAL.....	21
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
<b>3. MÉTODO.....</b>	<b>21</b>
3.1. RECORTE TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	22
3.2. PROCEDIMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO E EXTRAÇÃO DOS DADOS, SELEÇÃO E INCLUSÃO DE MATERIAIS E CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS ANALÍTICAS.....	23
3.3. ANÁLISE DE DADOS.....	25
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>26</b>
4.1. RESULTADOS DESCRITIVOS.....	27
4.2. RESULTADOS QUALITATIVOS INTERPRETATIVOS.....	28
4.2.1. Categoria 1: Heroísmo como Reconhecimento e Reificação.....	29
4.2.2. Categoria 2: Vicissitudes da COVID-19 para as(os) Trabalhadoras(es) do SUS.....	34
4.2.3. Categoria 3: (Ir)Responsabilidades do Governo Federal na Disseminação da COVID-19.....	39
4.2.4. Categoria 4: O Herói por trás da Máscara: Sofrimento Ético-Político das(os) Trabalhadoras(es) do SUS na Pandemia de COVID-19.....	45
4.2.5. Categoria 5: O SUS como Potência <i>apesar de</i> .....	51
4.2.6. Categoria 6: Luz no Fim do Túnel: Respostas ao (des)Governo Absurdo.....	56
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE A. Roteiro de extração dos dados das publicações.....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO I. Síntese dos resultados descritivos e resultados qualitativos-interpretativos.....</b>	<b>72</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objeto de estudo o **Trabalho de Cuidado em Saúde**, em especial, a prática em saúde pública. Parto do pressuposto de que o Trabalho configura um eixo estruturante dos sujeitos e das sociedades humanas (Peto & Verissimo, 2018), tal como o Cuidado, que, em sua dimensão ontológica, está posto como essencial para a reprodução da vida (Merhy & Franco, 2008; Ayres, 2009). Não obstante, o trabalho de cuidado recebeu, historicamente, e segue recebendo pouco reconhecimento social, de modo geral, caracterizando-se por jornadas extenuantes, salários baixos, informalidade, etc.

Um dos possíveis fatores explicativos para essa contradição aparente pode residir no fato de o trabalho de cuidado não estar diretamente relacionado à produção de valor numa lógica mercadológica-capitalista, mas à reprodução das forças de trabalho, pautada na divisão sexual do trabalho. Isto é, o trabalho de cuidado não seria produtivo, mas reprodutivo (Souza, 2021). Historicamente, esse tipo de ofício foi majoritariamente exercido por mulheres, na medida em que as atividades de caráter reprodutivo foram interpretadas como expressão de uma “natureza feminina” – retirando-lhe, por conseguinte, o caráter laboral e justificando fenômenos como a desigualdade salarial ou a desvalorização de profissões do cuidado, à medida em que estas são incorporadas às esferas públicas e que um contingente maior de mulheres se insere no mercado de trabalho formal (Hirata, 2016).

No que tange a saúde pública brasileira, particularmente, essa desvalorização se agudiza, diante de uma tradição de representações sociais negativas sobre os serviços públicos (Moraes, 2017). Ao mesmo tempo, ao longo dos últimos 20 anos, sobretudo desde 2016, temos acompanhado o fortalecimento de um projeto político nacional de cunho ultraconservador e neoliberal, responsável por promover um conjunto de modificações nas normativas que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS), aprofundando sua descaracterização enquanto política pública emancipatória e dificuldades crônicas de implementação, em especial no âmbito da Atenção Primária à Saúde (Melo *et al.*, 2018; Giovanella, Franco e Almeida, 2020). Podemos conjecturar que a primeira constatação – prevalência de discursos contrários ao que é público – está fortemente associada à segunda – consolidação de uma agenda de desmonte do que é público – ambas se retroalimentando, progressivamente.

Com a chegada da pandemia de COVID-19 no Brasil, esse cenário parece ter sido alterado, ao menos parcialmente. Ainda que a agenda de fragilização do SUS tenha permanecido, sendo tensionada, mesmo em decorrência do descaso com que entes federativos, especialmente a nível federal, trataram a pandemia, culminando no colapso dos equipamentos de saúde (Silva *et al.*, 2021); simultaneamente, abriu-se espaço para a circulação de novas narrativas sobre o SUS com um tom aparentemente positivo, paralelamente a um relativo apagamento do sistema privado, abrindo o caminho para campanhas de conscientização crítica a seu respeito e valorização do direito à saúde (Costa, Rizzotto e Lobato, 2020). Suas trabalhadoras e trabalhadores, neste momento e contexto, não só ganharam maior visibilidade, mas passaram a ser retratadas(os) como figuras heróicas.

Ainda assim, podemos nos questionar quanto à viabilidade da narrativa heróica para o cumprimento efetivo dessas funções, tendo em vista todos os reveses aqui enumerados, ou quanto ela é sustentável a longo prazo, considerando seu caráter eminentemente situacional, no caso das profissões em saúde (Hopkins, 2021). Pode-se argumentar que seria necessário repensar as estratégias de valorização das(os) profissionais da saúde, adotando como eixo basilar o fortalecimento das políticas supracitadas.

Pretendo discorrer sobre essa questão no decorrer deste trabalho, pensando-a dialeticamente, tendo como objetivo principal desenvolver uma investigação e análise críticas das representações sociais sobre profissionais de saúde do SUS como heroínas/heróis no contexto da pandemia de COVID-19 e do desmonte das políticas públicas em saúde, a partir de publicações em redes sociais e mídias jornalísticas. Em um exercício reflexivo, procurarei articular os vários elementos que determinam este fenômeno, superando o plano da aparência e hipotetizando sobre suas possíveis consequências, subjetivas e objetivas, para essas(es) trabalhadoras(es) e para a consolidação do SUS segundo seus princípios norteadores, de modo mais amplo.

### **1.1. Trabalho de Cuidado**

O Trabalho enquanto categoria analítica de base materialista, pode ser entendido como atividade humana, processo de subjetivação (humanização) por meio da apropriação de produções humanas anteriores (trabalho morto) e objetivação do sujeito na realidade (trabalho vivo) (Merhy & Franco, 2008). Para o materialismo histórico dialético marxista o Trabalho

não se restringiria a uma atividade específica dos seres humanos em sociedade, mas um processo mediador da relação entre o ser humano e a natureza, fundante do ser social, caracterizado por uma relação metabólica entre humano e natureza, marcando uma interdependência fundante das condições de produção e reprodução da vida humana em suas dimensões materiais e imateriais (Peto & Verissimo, 2018). O Trabalho de Cuidado, por sua vez, denota algumas especificidades em comparação com a concepção materialista clássica: a relação fundamental que se coloca não é entre sujeito e natureza, mas entre sujeitos. Isto é, o trabalho de cuidado não seria produtivo – relacionado à produção de valor, numa esfera mercadológica, mas reprodutivo – relacionado à reprodução das forças de trabalho e da vida, de modo mais amplo (Souza, 2021).

A fim de discutir essa categoria, também é necessário considerar seu determinante de gênero. Historicamente, esse tipo de ofício foi designado às mulheres, interpretado como expressão de uma “natureza feminina”, retirando-lhe, por conseguinte, o caráter histórico. Exercido majoritariamente na esfera privada e de maneira gratuita, a princípio; à medida que é “profissionalizado” e incorporado às esferas públicas, com a crescente inserção de mulheres no mercado de trabalho, mantém-se pouco valorizado econômica e socialmente (Hirata, 2016). Pode-se argumentar que, para ser legitimado enquanto trabalho, ele careceria se desvincular de seu caráter afetivo-emocional, oriundo de um paradigma naturalizante do “amor materno” (Guimarães, 2016; Badinter, 2009). Porém, quando pensamos no trabalho em saúde, particularmente, a dimensão relacional se coloca como basilar, segundo os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH).

## **1.2. Trabalho em saúde e políticas públicas de saúde**

A perspectiva da Humanização das práticas em saúde pressupõe a implicação ética das(os) trabalhadoras(es), para além da qualidade técnica, com o intuito de deslocar o objetivo dos processos desenvolvidos da produção de *cura* (concepção médico-centrada) para a produção de *saúde* (concepção de cuidado enquanto campo interdisciplinar), com ênfase na corresponsabilização, nos vínculos, nas equipes multiprofissionais (Barra, 2011). De acordo com essa compreensão, o trabalho de saúde teria a criatividade como elemento fundante, caracterizado enquanto “trabalho vivo em ato” (Merhy & Franco, 2008), exercido a partir de encontros singulares.

Isto é, para além do emprego de tecnologias duras (máquinas, protocolos institucionais) e duras-leves (saberes técnicos estruturados), o trabalho de cuidado em saúde demandaria uma abertura especial a possibilidades de ação imprevistas, a partir das necessidades particulares apresentadas pelos sujeitos, as quais seriam elaboradas no âmbito das tecnologias leves (relacionais) (Merhy & Franco, 2008; Franco, 2015). Seria nesta dimensão, principalmente, que as trabalhadoras conseguiriam exercer mais autonomia sobre o processo de trabalho. Todavia, é relevante pontuar, tal como foi proposto por Franco (2015) em sua leitura de Spinoza (2008), que essa liberdade potencial ultrapassa a noção de livre arbítrio como algo restrito ao campo das escolhas individuais – acaso entendamos o sujeito humano como ente dissociado do meio em que se encontra – estando diretamente associada à interpessoalidade, ao reconhecimento e à compreensão dos afetos que ela produz.

Seguindo esse raciocínio, podemos analisar o paradigma da Humanização por duas vias principais: em sua dimensão macropolítica – caracterizada pelas diretrizes e políticas de gestão, modelos tecnoassistenciais e dados sobre a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) – e/ou em sua dimensão micropolítica – considerando a organização dos processos de trabalho em saúde, a construção de práticas relacionais e intersubjetivas (Gomes & Schraiber, 2011). Embora seja interessante traçar essa distinção a nível teórico-metodológico, a fim de empreender uma análise que contemple o tema em sua totalidade, é importante destacar que ambas mantêm uma relação indissociável na materialidade, em fluxos de determinações mútuas.

Partindo desse pressuposto, entende-se que tendências macroestruturais que marcam o cenário político nacional, como o recrudescimento de reformas neoliberais, a mercantilização da saúde, a precarização dos vínculos empregatícios e condições de trabalho (Bitencourt & Andrade, 2021), são refletidas nos modos de desenvolver e gerenciar a atenção no cotidiano, agravando contradições já presentes em seu interior, no contexto capitalista – humanização/alienação; procedimentos(homogêneos)/relações(singulares); razão/emoção, etc (Gomes & Schraiber, 2011; Souza, 2021). Afinal, tal como foi exposto no próprio texto da PNH, não se pode falar sobre as relações estabelecidas entre profissionais e usuários de maneira isolada, sem pensar nas condições de produção do processo de trabalho (2004). Podemos tomar como incidente crítico desses movimentos o conjunto de reformas feitas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no decorrer dos últimos anos, em especial, a partir de 2017.

Tomando como base a concepção de atenção primária à saúde estabelecida na conferência de Alma-Ata, em 1978, segundo alguns atributos essenciais – primeiro contato da população com a rede de saúde, base territorial, elemento articulador de um processo de atenção continuada (Melo *et al.*, 2018) – entendemos que a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa um lugar estratégico para a efetivação dos princípios do SUS, com destaque para o acesso universal à saúde, o cuidado Integral e o foco na promoção de saúde.

Embora a primeira edição da PNAB só tenha sido promulgada em 2006, os antecedentes da APS no Brasil remetem à década de 1940, com a instituição do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), um programa integrado que conciliava agentes sanitários, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos. Não obstante, limitava-se a áreas estratégicas e tinha pouca articulação com as demais instituições de saúde ou outros setores. Mesmo após a promulgação da Constituição Federal em 1988 e a instituição do SUS, as medidas reformistas implementadas até meados da década de 1990 se restringiam à descentralização e ampliação da cobertura dos serviços, faltando uma reflexão mais ampla sobre a organização da atenção, dando continuidade a um modelo centrado nas práticas curativas e hospitalares, verticalizado (Fausto & Matta, 2007).

As primeiras iniciativas federais com vistas à reorganização da oferta de cuidado, com ênfase na atenção primária, consoante com as atribuições enumeradas acima, acontecem por meio do estabelecimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, em 1991 e 1994 respectivamente (Fausto & Matta, 2007), propondo um modelo de assistência que prioriza o vínculo com as famílias e a territorialização no planejamento das ações (Ferrer, 2012). Tal como foi colocado por Melo e colaboradores (2018), o que denominamos Estratégia Saúde da Família (ESF), hoje, pode ser compreendida como uma fusão de ambos.

A aprovação da PNAB, em 2006, teve como principais contribuições a legitimação da ESF como estratégia prioritária para reestruturação do sistema de saúde, a revisão e ampliação dos princípios para atuação nesse nível de atenção e a busca pela expansão da cobertura – e, efetivamente, houve um crescimento relativamente contínuo da abrangência de equipes de Saúde da Família (eSF) no intervalo entre 2006 e 2011, ainda que com dificuldades (Ferrer, 2012). A edição de 2011, por sua vez, é elaborada justamente como

forma de enfrentar alguns dos nós críticos encontrados durante o período anterior, com a previsão de incremento no orçamento federal da AB, por exemplo (Melo *et al.*, 2018).

Todavia, a partir de 2016, inaugura-se uma agenda nacional de revisão de políticas sociais, tendo a Emenda Constitucional nº 9520, a qual instituiu o congelamento dos gastos públicos em saúde e educação por vinte anos, como marco fundamental (Melo *et al.*, 2018). Em 2017, essa movimentação é amplificada com a reedição da PNAB, cujas alterações mais substanciais residem nas regras de financiamento federal (extinguindo os repasses e o credenciamento federal dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, NASF, por exemplo) e na composição das equipes multiprofissionais (relativizando a participação e o papel do ACS).

Tal agenda tem como ponto de culminância as modificações implementadas durante o governo Bolsonaro, como o programa “Previne Brasil”, o qual institui um novo modelo de financiamento federal por capitação ponderada, substituindo o modelo de piso fixo e piso variável pelo modelo de repasses financeiros com base no cadastramento da população (ameaçando o princípio da universalidade) e a extinção do financiamento específico para os NASFs (Giovanella, Franco e Almeida, 2020). Essas ações têm como efeitos imediatos a extinção progressiva dos NASFs e, por conseguinte, da proposta de cuidado integral e interprofissional; o sucateamento do SUS, em especial da Atenção Básica e o aprofundamento da lógica procedimental na condução do trabalho em saúde (Melo *et al.*, 2020).

É importante mencionar neste ponto que, desde a transição para a gestão Lula, em 2023, deu-se início a um processo de reversão de algumas das medidas elencadas acima, com o reinvestimento em programas que haviam sido interrompidos ou sucateados, como o Mais Médicos e o Programa Nacional de Imunização (Cancian, 2023). Não obstante, as decisões tomadas durante gestões anteriores continuam a exercer seus efeitos agravantes, tratando-se de um processo demorado, permanentemente em disputa com outras instâncias e/ou forças políticas.

### **1.3. Sobre a pandemia de COVID-19**

Com a chegada da pandemia de COVID-19, essa conjuntura de incertezas e desamparo é intensificada, na medida em que os equipamentos de saúde passam a operar segundo a lógica do estado de exceção, caracterizada pelo direcionamento prioritário dos recursos já escassos para a resposta ao Coronavírus, culminando no desamparo e na

cronificação de outras demandas em saúde; pela falta de informações a respeito de novos protocolos e oferta irregular de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs); pela ausência de coordenação nacional e frágil organização municipal, etc (Silva *et al.*, 2021).

Embora a AB estivesse em posição privilegiada para desenvolver atividades essenciais para o controle da pandemia, como a vigilância epidemiológica e a ampla mobilização da população para seu enfrentamento, por meio de estratégias comunitárias; privilegiou-se um modelo de resposta com ênfase excessiva na intervenção individual e na atenção hospitalar (Giovanella *et al.*, 2021). Desse modo, colocou-se uma nova pressão sobre a AB e seus profissionais para atuar segundo um referencial de urgência e emergência, negligenciando algumas atribuições elementares desse nível de atenção e ocasionando também, por consequência, a sobrecarga dos dispositivos da Atenção Especializada. Ao mesmo tempo, contou-se com um suporte institucional fragmentado e insuficiente, dependendo fortemente de iniciativas independentes e do esforço pessoal de profissionais mais engajados para se adaptar à nova situação (Silva *et al.*, 2021).

Ao passo que a pandemia de COVID-19 escancarou ainda mais os efeitos nefastos da desigualdade social no Brasil e o projeto de sucateamento das políticas públicas em saúde, paralelamente, no âmbito dos veículos de informação formais e informais, acompanhamos a ascensão de narrativas que caracterizavam os profissionais da saúde, com destaque para aqueles que atuaram na chamada “linha de frente” do combate à COVID-19, como “heróis”.

Se, por um lado, esse fenômeno pode ser interpretado como positivo, na medida em que expressava certa gratidão aos profissionais da saúde, perante o reconhecimento da pressão acentuada a que estavam submetidos em situação pandêmica, ele também carrega alguns problemas, dentre os quais podemos mencionar: foco excessivo em atitudes individualizadas de “coragem<sup>1</sup>”; conveniência para a desresponsabilização de instâncias governamentais; naturalização de riscos ocupacionais historicamente determinados (Cox, 2020). Em suma, esse discurso se mostra problemático, à medida que evoca a dimensão dos deveres relativos ao trabalho em saúde sem considerar, para tanto, seus direitos associados, ou refletir sobre as bases filosóficas e operacionais que o sustentam (Cox, 2020).

---

<sup>1</sup> Segundo o Dicionário Michaelis, a palavra coragem pode ser entendida nas seguintes acepções: (a) “força ou energia moral diante do perigo”; (b) “sentimento de segurança para enfrentar situações de dificuldade moral”; (c) “atributo de quem tem determinação para realizar atividades que exigem firmeza”; (d) “força física para suportar esforço que demanda tempo prolongado”.



#### 1.4. Questões éticas sobre *heróis da saúde*

Podemos entender a palavra *dever* como aquilo que se espera de nós, acarretando responsabilizações caso não o façamos. No caso de profissionais da saúde, particularmente, defende-se que certo grau de risco seria inerente à sua atividade, justamente em decorrência de sua natureza. Pode-se argumentar ainda, se adotarmos um modelo de contrato social como referência, que, embora precisem consentir com tais riscos (em contratações formais ou ao concordar com códigos de ética profissionais, por exemplo), a fim de exercer as respectivas profissões, as(os) trabalhadoras(es) da saúde também deveriam ser recompensadas(os) social e culturalmente, de alguma maneira (material ou imaterial), pela função insubstituível que cumprem (Redmann *et al.*, 2020). Ao mesmo tempo, os riscos associados ao dever necessariamente são limitados, objetivando a preservação dos direitos.

Pode-se pensar que, durante uma pandemia, o *dever de cuidar* se intensifica, considerando os princípios bioéticos da beneficência e da justiça<sup>2</sup> – desde que tomemos como pressuposto que alguns riscos realmente são inerentes às profissões de saúde, legitimados a partir de contratos sociais. Entretanto, na ausência da asseguarção de medidas de mitigação de riscos por instituições responsáveis e levando em consideração o princípio de autonomia das(os) trabalhadoras(es), o dever de cuidar pode ser relativizado (Redmann *et al.*, 2020). Conjecturamos que, nessas condições, a diferenciação entre as atitudes previstas no escopo de cada profissão enquanto deveres e as ações extraordinárias torna-se menos evidente, abrindo caminho para os discursos que retratam esses profissionais como heróis.

Como foi apresentado por Malm *et al.* (2008), quando a perspectiva do dever de cuidar é levantada sem refletir sobre as problemáticas que foram expostas acima, criam-se imbróglis de ordem prática, na organização dos processos de trabalho, principalmente em uma conjuntura pandêmica. Nesse sentido, podemos nos questionar quanto ao status moral e ético da representação heróica, diante das circunstâncias sociais e históricas apresentadas, e suas consequências.

Alguns trabalhos têm apontado potenciais malefícios desencadeados por esse discurso, adotando uma perspectiva crítica (Cox, 2020; Mohammed *et al.*, 2021; Bitencourt & Andrade, 2021; Hsin & Macer, 2004). Ademais, também é possível encontrar manifestações de

---

<sup>2</sup> Segundo Junqueira *et al.* (2011), o princípio da beneficência pode ser entendido como “fazer o bem e evitar o mal”, enquanto o princípio da justiça está relacionado ao conceito de *equidade*, isto é, dar a cada pessoa o que lhe é devido segundo suas necessidades, sem qualquer forma de discriminação.

profissionais da saúde em fóruns e outros espaços virtuais rejeitando tal título, compartilhando algumas das angústias que ele suscita (Barron, 2020; Lewis, Willette & Park, 2020; Anderson & Turban, 2021). Quando considerada em relação com os determinantes sociais e históricos que foram elencados anteriormente, a imagem de herói aparece como demasiadamente moralizante, tendo em vista que ela negligencia o caráter estrutural das dificuldades enfrentadas e desvincula a ética profissional do campo afetivo-emocional, colocando a “motivação” pessoal como fenômeno independente das possibilidades apresentadas pelo ambiente (Hsin & Macer, 2004).

### **1.5. Sobre biopolítica, neoliberalismo e sofrimento ético-político**

Esse tipo de narrativa parece se inserir em um quadro normativo mais amplo, constituído por valores que caracterizam aquilo que Dardot e Laval (2017) definem como governamentalidade neoliberal. Isto é, antes de configurar um sistema econômico ou ideológico específicos, o neoliberalismo deve ser compreendido como racionalidade biopolítica, cuja característica principal seria a generalização do princípio de concorrência para todas as esferas da vida e da lógica empresarial-gerencialista como modelo de subjetivação.

Dessa forma, a novidade introduzida pelo neoliberalismo em relação ao liberalismo clássico, por exemplo, é que ele não se propõe, necessariamente, a estabelecer os limites da intervenção estatal sobre o regime econômico. Na verdade, ele tem como propósito primário universalizar a lógica mercadológica como ordem natural, normativa, a qual deve reger todas as instâncias da existência – desde a administração do Estado até a intimidade, o governo sobre a própria conduta (Dardot & Laval, op. cit.). Isto pode ser visualizado em declarações feitas por representantes do governo federal durante a pandemia, nas quais os cuidados com a vida eram colocados como antagônicos à proteção da economia, priorizando esta última em detrimento da adoção de medidas sanitárias essenciais, minimizando a gravidade do vírus e naturalizando as mortes por COVID -19 (Aos Fatos, 2022).

Se, no plano da aparência, o discurso do sujeito empreendedor de si mesmo se coloca como exaltação de qualidades como autonomia, criatividade e motivação, ferramenta de “empoderamento” pessoal; quando investigamos mais a fundo o cenário em que ele ganha

expressão, ele se revela como parte de um processo imaginário de inclusão perversa, em concordância com as ideias de Sawaia (2017), e, por conseguinte, gerador de sofrimento.

Tal como foi exposto por Castel (2019), citado por Boff e Cabral (2021), ao passo em que o trabalho está posto como um dos principais caminhos para integração na sociedade contemporânea, a maneira como ele se organiza acarreta em desigualdades sociais. Desse modo, mesmo quando há alguma inclusão, dizemos que se dá de maneira perversa, dado que ela mantém as mesmas formas de exploração e injustiças para acontecer. Em outras palavras, exclui-se primeiro para incluir depois, gerando um tipo de sofrimento que é eminentemente ético-político (Sawaia, 2009). Sendo assim, o trabalho, da forma como foi/é apropriado pelo sistema capitalista, não estimula efetivamente o exercício de criatividade ou autonomia, uma vez que, em última instância, as(os) trabalhadoras(es) não conseguem escapar às determinações sociais (Boff & Cabral, 2021).

Essa proposição parece estar em acordo com os achados de Curvo e Silva (2011), ao investigarem o sofrimento ético-político em uma Unidade de Saúde da Família (USF). A partir de grupos focais realizados com a equipe, identificou-se como principal fator associado ao sofrimento entre as(os) trabalhadoras(es) um sentimento generalizado de impotência frente às demandas do cotidiano. Este, por sua vez, ligava-se ao desbalanço entre prescrições (como as diretrizes nas políticas públicas de saúde, manuais, etc.) e as condições materiais de produção encontradas na realidade.

Conforme foi pontuado pelos autores, quando considerado em seu aspecto ético-político, o sofrimento tem o potencial de estimular reflexões críticas sobre as circunstâncias que o produzem e, por conseguinte, instigar mobilizações em direção à transformação do que está dado (Curvo & Silva, *op. cit.*). Entretanto, quando a organização do trabalho não permite à(ao) trabalhadora(or) desenvolver mecanismos de defesa (individuais e coletivos), o sofrimento pode se tornar patogênico (Ambrósio *et al.*, 2019), culminando na moralização das questões enfrentadas e no embotamento dos afetos vivenciados nos processos.

O sofrimento ético-político, de acordo com a proposta de Sawaia (2017), está radicado no conceito de afetividade, considerada em sua dimensão ontológica – a partir das contribuições de Spinoza, Vigotski e Heller – como algo intrínseco à ética e à possibilidade de agir no mundo, tomando a necessidade de liberdade e felicidade como tão essenciais quanto a necessidade de alimento ou abrigo para a existência humana. Diante da manutenção de

estruturas sociais injustas, opressivas – ou seja, geradoras de maus encontros – pode-se afirmar que o sofrimento ou os afetos negativos “se cristalizam na forma de potência de padecimento, isto é, de reação e não de ação, [...] transformando-se em um estado permanente de existência” (Sawaia, 2009, p. 370).

Tendo em vista o cenário desolador que se colocou para a atuação em saúde pública, durante a pandemia de COVID-19, e a potencial cristalização de afetos decorrente de sua persistência, podemos elucubrar a respeito de suas repercussões para o exercício profissional em saúde, tomando-o como “trabalho vivo em ato”, criativo por essência, e as possibilidades de concretização dos princípios de humanização da assistência. Cabe destacar que, quando falo em potência criativa nos processos de trabalho em saúde, parto da compreensão vigotskiana. Segundo este autor, embora a atividade criadora constitua uma condição ontológica dos indivíduos, de superação de um determinado momento em direção ao *devoir*, ela está submetida às condições concretas de existência e aos afetos que a permeiam (Maheirie *et al.*, 2015).

Quando é examinado a partir deste recorte epistemológico, o fenômeno da exaltação de heroísmo em função da COVID-19 e do desmonte das políticas públicas em saúde parece adquirir uma conotação distorcida ou, no mínimo, ambivalente, ao passo que encerra os profissionais da saúde em uma posição não-humana, fundamentalmente, dando pouco espaço para a expressão dos afetos proporcionados pela atuação e estabelecendo o estado de exceção como norma ou “novo normal” (Cox, 2020).

### **1.6. O papel das representações midiáticas**

Não obstante, considerando a centralidade da mídia nas sociedades contemporâneas, entendendo-a não como mera reprodutora de fatos, mas um instrumento responsável por moldar as formas como percebemos o mundo e interagimos com o cotidiano social (Oliveira, 2000 *apud* Moraes, 2017), também é interessante refletir sobre a função simbólica e cultural que a veiculação desse tipo de narrativa pode desempenhar.

Tradicionalmente, a mídia brasileira tem retratado o SUS como disfuncional e ineficiente, difundindo informações sobre suas mazelas em detrimento das conquistas que ele representa e desvinculadas de seus determinantes macropolíticos (Moraes, 2017). Durante a pandemia, por sua vez, ele adquiriu um novo status de importância midiática, paralelamente a

um relativo apagamento do sistema privado, abrindo o caminho para campanhas de conscientização crítica a seu respeito e valorização do direito à saúde (Costa, Rizzotto e Lobato, 2020).

Ainda assim, podemos nos questionar quanto à viabilidade da narrativa heróica para o cumprimento efetivo dessas funções, tendo em vista todos os reveses aqui enumerados, ou quanto ela é sustentável a longo prazo, considerando seu caráter eminentemente situacional, no caso das profissões em saúde (Hopkins, 2021). Pode-se argumentar que seria necessário repensar as estratégias de valorização das(os) profissionais da saúde, adotando como eixo basilar o fortalecimento das políticas supracitadas.

Nesse sentido, esta pesquisa teve como objetivo principal desenvolver uma investigação e análise críticas das representações sociais sobre profissionais de saúde do SUS como heroínas/heróis no contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil, e do desmonte das políticas públicas em saúde, a partir de publicações em redes sociais e mídias jornalísticas. Pretendeu-se tecer uma reflexão sobre os pressupostos que subjazem esse discurso, suas implicações subjetivas e objetivas para essas(es) trabalhadoras(es) e para a consolidação do SUS segundo seus princípios norteadores, de modo mais amplo.

## **2. OBJETIVOS**

**Objetivo geral:** Realizar uma investigação e análise crítica sobre as representações de profissionais de saúde do SUS como heroínas/heróis no contexto pandêmico, a partir de publicações em redes sociais e mídias jornalísticas.

### **Objetivos específicos:**

- a. Levantar, identificar e analisar nas mídias jornalísticas e redes sociais narrativas que retratam as/os profissionais de saúde do SUS como heroínas/heróis, no contexto da pandemia.
- b. Analisar os pressupostos e as implicações da representação heróica de profissionais da saúde do SUS, considerando o contexto da pandemia e do desmonte das políticas públicas de saúde.
- c. Refletir sobre os efeitos dessa representação heróica na constituição das subjetividades e das práticas das/dos profissionais da saúde.

### **3. MÉTODO**

O presente trabalho se tratou de uma investigação de caráter qualitativo, interpretativo e de natureza teórica. Julgamos esse desenho adequado aos objetivos estabelecidos na medida em que ele permitiu a exploração de novos aspectos em um campo de pesquisa o qual ainda não estava tão consolidado, ao mesmo tempo em que possibilitou lançar um olhar aprofundado sobre os fenômenos de interesse.

#### **3.1. Recorte teórico-metodológico**

Adotamos como pressuposto teórico-conceitual e como recurso metodológico para interpretação dos dados a Teoria das Representações Sociais (TRS) de Moscovici e Jodelet. De acordo com Jodelet (2001), as Representações Sociais (RS) podem ser entendidas como uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, tendo objetivos eminentemente práticos (comunicação, ação, etc.) e concorrendo para construção de uma realidade comum a um grupo social. A palavra “representação”, neste caso, remete a um duplo movimento: primeiramente, diz respeito à substituição de um determinado objeto existente na realidade material por um símbolo, na ausência do primeiro. Simultaneamente, também sinaliza um processo de reconstrução subjetiva, ou seja, implica a expressão ativa do sujeito, em sua perspectiva singular.

Assim sendo, a linguagem do senso comum – tomado como forma de conhecimento e interação social de natureza distinta do conhecimento científico – se coloca como campo privilegiado para o estudo e a compreensão das RS, na medida em que permite acessar como os indivíduos vivenciam e significam suas condições de existência, permeada por contradições e aspectos ideológicos (Minayo, 2014). É interessante destacar que a função cognitiva das RS (seu estatuto gnosiológico) não está dissociada da função sócio-afetiva que cumprem. Isto é, a adesão a um determinado sistema de RS preexistente ao indivíduo, compartilhado por um grupo em que se encontra inserido, estimula o sentimento de pertencimento, o estreitamento do tecido social e a construção da identidade (Minayo, 2014).

Posto isto, costuma-se dizer que as RS tendem à conservação. Não obstante, elas também não negam a possibilidade de mudança. Essa dualidade pode ser melhor observada conforme pensamos nos dois processos principais que estão envolvidos na formação das RS:

a ancoragem e a objetivação (Sêga, 2000). A ancoragem entra em ação uma vez que ocorre a introdução de um elemento novo, desconhecido, ao campo perceptivo-representacional do sujeito. Diante do estranho, o indivíduo procura torná-lo familiar (em outras palavras, explicá-lo, nomeá-lo, classificá-lo) por meio da inserção em sistemas de RS já conhecidos. Pode-se dizer que a ancoragem corresponde ao aspecto mais “conservador” das RS.

A objetivação, por sua vez, faz referência ao movimento de materialização do produto da ancoragem na realidade, à composição de um “núcleo imagético” significativo. Está mais diretamente relacionada à comunicação com outras pessoas e à orientação da conduta. A partir desse ponto, o sistema anterior é ampliado, conforme acontece um deslocamento de sentidos em relação às imagens que compõem o objeto representacional (Gomes, 2015). Por conseguinte, podemos afirmar que a objetivação está mais relacionada à transformação.

### **3.2. Procedimentos de identificação e extração dos dados, seleção e inclusão de materiais e construção das categorias analíticas**

O *corpus* de análise foi formado a partir de publicações de livre acesso e circulação nacional em três jornais virtuais brasileiros (O Globo, Folha de São Paulo, O Estado de São Paulo); e em uma plataforma digital de notícias (Portal Terra) que também é de livre acesso e grande penetração. Inicialmente, havíamos planejado utilizar a plataforma UOL Notícias, porém, diante de problemas para acessá-la e filtrar seus conteúdos, optamos por excluí-la. Também excluimos a plataforma G1, inicialmente prevista, por concluir que já havíamos reunido uma quantidade suficiente de material com os domínios supracitados, isto é, chegamos ao ponto de saturação das mídias jornalísticas. Além disso, consideramos que ela está vinculada ao Globo, portanto, algumas publicações poderiam ser duplicadas.

Também foram coletadas postagens de domínio público em duas redes sociais: Twitter e Rede HumanizaSUS. Optou-se pelo Twitter devido à evidência que alcançou durante a pandemia de COVID-19 como meio de comunicação e produção de sentidos por diferentes agentes sociais – representantes de instituições; veículos de mídia tradicional; profissionais da saúde e usuários de serviços. A Rede HumanizaSUS, por sua vez, distingue-se em relação às demais redes sociais virtuais, de amplo acesso e uso pela população em geral, por se tratar de uma rede especificamente voltada para trabalhadoras(es), gestoras(es) e usuários do SUS, colocando-se como um dos dispositivos da PNH.

A extração dos dados foi feita com o auxílio de um roteiro (Apêndice A) para leitura desenvolvido a partir das hipóteses e objetivos da pesquisa. Optou-se pelas mídias jornalísticas e redes sociais virtuais como fontes de pesquisa por considerá-las *loci* de produção de sentidos e expressão de vivências importantes na contemporaneidade, especialmente durante a pandemia de COVID-19, mediante a imposição de distanciamento social como uma das principais medidas sanitárias. Nesta nova lógica de interação, as mídias sociais passaram a ter mais peso na construção das narrativas e na circulação de representações.

Foram utilizadas como palavras-chave para a busca nesses veículos: “**herói**”, “**profissional da saúde**”, “**SUS**” e “**COVID-19**”. Utilizamos o recorte temporal de fevereiro de 2020 até janeiro de 2022 por se tratar de um período que cobriu desde o início da pandemia até um momento marcado por respostas sanitárias e epidemiológicas mais consistentes (campanhas de vacinação, queda consecutiva das taxas de contaminação e morte, etc.) e em que a cobertura midiática da pandemia de COVID-19 no Brasil ganhou mais relevância.

No que diz respeito aos procedimentos de busca nos veículos jornalísticos selecionados, as palavras-chave apresentadas acima foram inseridas na barra de pesquisa das respectivas plataformas nas seguintes combinações: “herói” + “profissional da saúde”; “herói” + “SUS”; “herói” + “COVID-19”; “profissional da saúde” + “SUS” e “profissional da saúde” + “COVID-19”. Os resultados foram filtrados a partir do recorte temporal estabelecido. No caso da Rede HumanizaSUS, especificamente, foi feita uma busca para cada termo, isoladamente, a fim de ampliar os resultados, uma vez que havia menos materiais disponíveis. Para a pesquisa no Twitter, especificamente, utilizou-se o mecanismo de busca avançada próprio da plataforma, o qual conta com operadores *booleanos* (“AND”/“OR”). Neste caso, foram feitas as mesmas combinações de palavras-chave usadas nos veículos jornalísticos, porém, relacionando-as por meio do operador “AND”.

Incluimos publicações produzidas por usuários dos serviços de saúde, profissionais da saúde, jornalistas e mensagens de cunho institucional (ex.: comunicados do Ministério da Saúde); as quais continham pelo menos um dos descritores supracitados e sentido aproximado aos objetivos deste trabalho. No caso do Twitter, grande parte das postagens eram de autoria individual, isto é, contas pessoais de usuários da rede social. Foram excluídas publicações que



apenas mencionavam as palavras-chave, mas cujo conteúdo não convergia com os objetivos da pesquisa.

O procedimento de identificação e seleção dos dados se deu da seguinte maneira: uma vez levantados os resultados das buscas, procedemos a uma primeira leitura das manchetes, no caso dos conteúdos jornalísticos, e dos títulos das publicações, no caso da Rede HumanizaSUS, selecionando aquelas que apresentavam alguma aproximação com o objeto da pesquisa e exportando seus *links* de acesso para planilhas integradas, de acesso exclusivo pelas pesquisadoras, dedicando uma aba para cada veículo/plataforma. Em seguida, acessamos novamente as publicações incluídas na primeira etapa, lendo-as na íntegra a fim de confirmar quais efetivamente se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo, excluindo aquelas que não se enquadravam.

### **3.3. Análise de dados**

O procedimento de análise baseado no referencial da TRS se desenvolve justamente por meio da identificação dos processos de ancoragem e objetivação, apresentados anteriormente. É importante entender os sentidos que seriam centrais (estruturantes, resistentes à mudança) e os que seriam mais periféricos (flexíveis, subgrupos representacionais) nos discursos, a fim de caracterizar o processo de formação da RS, em sua dinâmica de permanência e renovação (Gomes, 2015).

Nesse sentido, uma vez definido o *corpus* de análise e sistematizados os materiais nas planilhas, conduzimos uma leitura flutuante e exaustiva, buscando organizar os conteúdos a partir dos sentidos mais relevantes que emergiram, em diálogo com o objeto de interesse. Em seguida, fizemos uma análise preliminar dos materiais selecionados, classificando-os com base em sua similaridade (i.e. trechos destacados por possuírem sentidos aproximados); em sua relevância (i.e. trechos destacados por sua singularidade e expressividade); e em sua relação com os objetivos da pesquisa.

Partindo dos resultados desta análise inicial, formamos os primeiros núcleos de sentido, os quais foram articulados entre si, posteriormente, a fim de elaborar as categorias temáticas finais (mais abrangentes, robustas e abstratas). Estas, por sua vez, serão tomadas como as Representações Sociais mais proeminentes nos discursos reunidos no *corpus*, ao

longo da discussão, buscando captá-las e interpretá-las com base nos movimentos de ancoragem e objetivação.

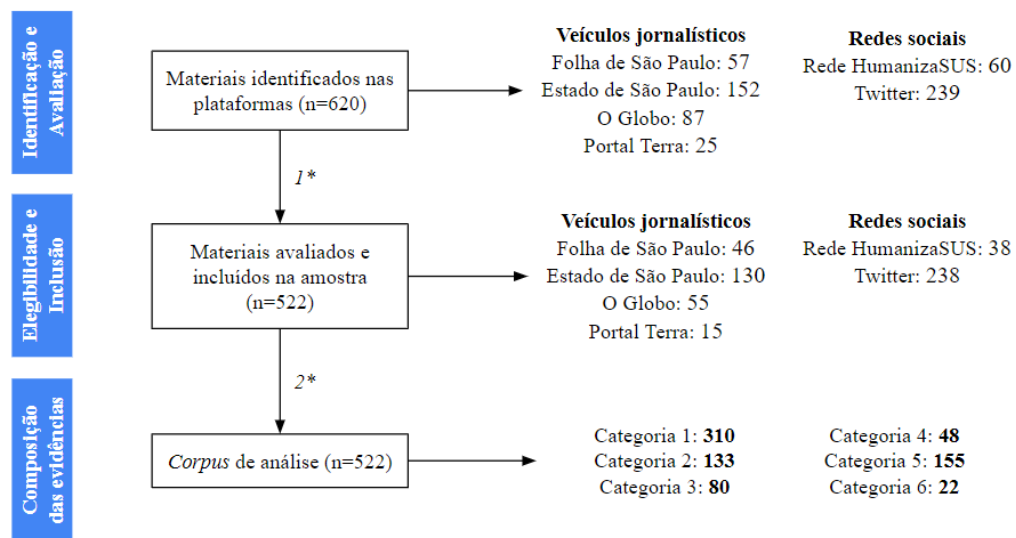
As hipóteses iniciais eram:

1. Durante a pandemia, houve um aumento/fortalecimento nas narrativas que retratam as(os) profissionais do SUS como heróis.
2. A representação de profissionais do SUS enquanto heróis traz implicações positivas, a curto prazo, contudo, algumas problemáticas podem ser levantadas:
  - 2.1. Ela mitifica (em outras palavras, reifica, desumaniza) os profissionais da saúde.
  - 2.2. Ela individualiza questões coletivas, sociais.
  - 2.3. É necessário construir outras estratégias de valorização, a longo prazo, as quais não sejam circunstanciais ou individualizantes/reducionistas ao considerar os desafios colocados para os profissionais do SUS.
3. A ascensão desse tipo de discurso está relacionada ao cenário de precarização do trabalho em saúde e a processos alienantes como discursos ideológicos que historicamente desvalorizam políticas públicas em saúde; discurso biomédico; etc.
  - 3.1. Existem distorções no que diz respeito aos deveres da(o) profissional da saúde, em especial, no contexto da pandemia de COVID-19, dentre os quais podemos destacar: desamparo como responsabilização; o trabalho em saúde como um trabalho de fé frente à desesperança.
4. Paralelamente, a ascensão desse tipo de discurso sinaliza uma mudança nas percepções da população sobre o SUS.
  - 4.1. Questiona-se em que medida esse fenômeno poderia representar uma oportunidade para a promoção de uma narrativa positiva sobre o SUS e em que medida essa mudança de narrativa seria sustentável, ao longo do tempo.

Em relação aos cuidados éticos adotados, não foi necessário passar por avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da universidade por não se tratar de um estudo que lide diretamente com seres humanos e na medida em que trabalhamos apenas com conteúdos de domínio público. As identidades das(os) autoras(es) das publicações – pessoas físicas – serão preservadas.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A princípio, serão apresentados os resultados descritivos – isto é, o quantitativo de publicações que constituíram o *corpus*, divididas entre as plataformas em que estavam veiculadas. Em seguida, discutiremos cada uma das categorias de análise formadas, com os respectivos núcleos de sentido que as compõem, em diálogo com os objetivos inicialmente colocados para a pesquisa.



##### Quadro 1. Síntese dos procedimentos de coleta e análise de dados.

*I\** (a) Critérios de Inclusão: publicações produzidas por usuários dos serviços de saúde, profissionais da saúde, profissionais jornalistas e mensagens de cunho institucional (ex.: comunicados do Ministério da Saúde); as quais tivessem pelo menos uma das palavras-chave. (b) Critérios de Exclusão: publicações que apenas mencionassem as palavras-chave, mas não coadunassem com o objeto da pesquisa.

*2\** (a) Análise preliminar; (b) Composição dos núcleos de sentido; (c) Articulação dos núcleos em categorias.

No Anexo I, disponibilizamos uma tabela que sintetiza os resultados descritivos e os resultados qualitativos-interpretativos, detalhando a distribuição de evidências entre as categorias temáticas e seus núcleos de sentido correspondentes.

##### Resultados descritivos

Na coleta inicial, feita a partir da leitura dos títulos, foram selecionadas 87 publicações do **Globo**; 57 da **Folha de São Paulo**; 152 do **Estado de São Paulo**; 25 do **Portal Terra**; 242 do **G1**; 60 da **Rede HumanizaSUS** e 239 do **Twitter**, resultando em 862 materiais. Após uma primeira leitura dos conteúdos, utilizando como critério de exclusão a ausência de relação entre o material lido e os objetivos da pesquisa, reduzimos o conjunto para **522** publicações,

que constituíram nosso *corpus* de análise – 55 do Globo; 46 da Folha de São Paulo; 130 do Estado de São Paulo; 15 do Portal Terra; 38 da Rede HumanizaSUS e 238 do Twitter – as quais foram submetidas aos procedimentos de análise descritos anteriormente.

### Resultados qualitativos interpretativos

Neste tópico iremos apresentar os resultados da análise semântica das publicações, baseada na TRS. Abaixo temos o Quadro 1 com a síntese das categorias temáticas produzidas. Em seguida, discutiremos cada uma delas em profundidade.

Categorias temáticas	Núcleos de sentido
Heroísmo como reconhecimento e reificação	<p style="text-align: center;">Herói mártir</p> <p style="text-align: center;">Heroísmo associado à escassez SUS herói/vacina heróica Representação positiva na mídia Heroísmo da figura política Heroísmo como idealização Materialização do reconhecimento Disputa de narrativas sobre os heróis</p>
Vicissitudes da COVID-19 para as(os) trabalhadoras(es) do SUS	<p style="text-align: center;">A COVID-19 como trauma Morbimortalidade dos profissionais por COVID-19 Precarização do trabalho em saúde COVID-19 como desumanização da prática Expressão de desigualdades estruturais entre categorias da saúde</p>
(Ir)Responsabilidades do governo federal na disseminação da COVID-19	<p style="text-align: center;">Expressões do governo genocida</p>
O herói por trás da máscara: sofrimento ético-político das(os) trabalhadoras(es) do SUS na pandemia de COVID-19	<p style="text-align: center;">Humanização dos "heróis" A pandemia de COVID-19 como conflito ético-profissional Sofrimento ético-político Sentido do trabalho <i>vivo em ato</i> Dimensão política da atuação em saúde (pública)</p>

O SUS como potência <i>apesar de</i>	Sinergia de vulnerabilidades Redescoberta do SUS
Luz no fim do túnel: Respostas ao (des)Governo absurdo	A vacina contra a desesperança O coletivo como fator de proteção

**Quadro 2. Síntese das categorias temáticas.**

***CATEGORIA 1 - Heroísmo como reconhecimento e reificação***

<b>Objetivo correspondente</b>	<b>Categorias de análise</b>	<b>Núcleos de sentido</b>
<b>Objetivo 1:</b> Levantar, identificar e analisar nas mídias jornalísticas e redes sociais narrativas que retratam as/os profissionais de saúde do SUS como heroínas/heróis, no contexto da pandemia.	Heroísmo como reconhecimento e reificação	Herói mártir
		Heroísmo associado à escassez
		SUS herói/vacina heróica
		Representação positiva na mídia
		Heroísmo da figura política
		Heroísmo como idealização
		Materialização do reconhecimento
		Disputa de narrativas sobre os heróis

**Quadro 3. Síntese da categoria de análise “Heroísmo como reconhecimento e reificação”.**

Esta categoria agregou núcleos de sentido relacionados à representação dos trabalhadores da saúde, em especial, da saúde pública, como heróis, no período anteriormente referido (fevereiro de 2020 até janeiro de 2022).

Entendemos que o heroísmo, neste contexto, representa a expressão de um determinado tipo de reconhecimento e, enquanto tal, uma mudança de perspectiva em relação ao histórico de representações midiáticas predominantemente negativas a respeito do trabalho em saúde – particularmente, do serviço público (Moraes, 2017; Rangel-S, *et al.*, 2022). Todavia, o fenômeno não está isento de contradições, especialmente quando o discurso de agradecimento/glorificação não é acompanhado por expressões mais concretas de valorização das trabalhadoras e trabalhadores em questão.

Para começar, devemos refletir sobre *reconhecimento*. Etimologicamente, a palavra reconhecimento remete à dialética *eu-outro*, diz respeito a uma dimensão intersubjetiva. Em

Hegel (s.d. *apud* Honneth, 2011), o reconhecimento é entendido como uma espécie de estado cognitivo, um momento em que uma consciência se percebe como a si mesma em outra. Sendo assim, o reconhecimento seria uma etapa necessária em direção à individuação.

Articulando as contribuições de Hegel à Psicologia Social, Honneth (2011) propõe um modelo com distintas “esferas” de reconhecimento, interdependentes e complementares, que variam em termos de escala (indo do “micro” ao “macro”): (a) uma dimensão emotiva/afetiva, anterior às demais, atribuída às primeiras relações significativas; (b) uma dimensão jurídica, relacionada ao surgimento do Estado de Direito e à universalização de determinados direitos, em nível formal; e, por fim, (c) uma dimensão social (estima), relativa aos feitos de um *indivíduo autônomo*, tendo como pano de fundo um horizonte de valores compartilhados pelo grupo social em que se encontra inserido. Partindo deste referencial, num primeiro momento, podemos enquadrar as representações de trabalhadoras/es da saúde como heroínas e heróis durante a pandemia de COVID-19 nesta última esfera.

*“O pai de vocês foi para outra dimensão hoje, ficar mais pertinho de Deus. Ele deixa o plano terreno como um herói. Nunca se esqueçam disso: **por amor à profissão, ele perdeu a própria vida cuidando de outras vidas**”, escreveu a profissional [médica].” [Folha]*

*“[...] Foi inaugurado o monumento **Mãos do Universo**, que destacou três pilares essenciais desde 2020: **a medicina, a ciência e a fé**. A escultura foi criada por Hildebrando de Lima e é uma referência à mão de Deus, exposta em tamanho maior; a mão da Medicina, que homenageia os profissionais do SUS; e as mãos da ciência, que destacou a força dos pesquisadores para o desenvolvimento da vacina.” [O Globo]*

*“Prestes a completar 90 anos, esse ponto de peregrinação católica e de turistas [...] ganhou um simbolismo diferente: o de acolher uma cidade acometida por um vírus inesperado e letal com sua imagem. **Num réveillon sem fogos e festa, assumiu o protagonismo com uma linda homenagem aos médicos, heróis do momento.** [...] **O Redentor ‘se vestiu de médico’, com jaleco e estetoscópio**, a partir da técnica de video mapping, para reverenciar os profissionais da Saúde. O feito foi repetido na festa da virada cancelada, em que exibiu para todo o planeta a frase **‘Quem salva uma vida salva o mundo’**”. [O Globo]*

Para além de um conjunto de operações cuja finalidade é a produção ou reprodução de um determinado objeto, o Trabalho configura também um *valor* compartilhado em coletividades humanas e, enquanto tal, é necessariamente orientado por conjuntos de normas morais, inerentes às dinâmicas de troca social. Em sociedades capitalistas, além de atuar no sentido de promover um aumento da eficiência econômica, as normas morais também atuam como “promessas” (ideologia) as quais contribuem para a integração social, como as noções de meritocracia, honra burguesa, etc (Honneth, 2008). O reconhecimento *no e por meio do* trabalho, por sua vez, assinala uma dessas “promessas” sem correspondente na materialidade.

Segundo Honneth (2011), haveria uma pretensão por reconhecimento recíproco inerente a todo grupo social. Isto é, a manutenção de um certo grau de coesão intragrupal aconteceria por intermédio de “lutas por reconhecimento”, entendendo aquilo que outros autores denominaram de contrato social como um processo prático e dinâmico. Dessa pretensão, resultaria uma tensão moral permanente entre os sujeitos, a qual, por sua vez, conduziria ao conflito quando o reconhecimento recíproco não ocorresse. Este conflito configuraria a base para a construção da identidade, do *ser para si* (em relação ao grupo), entendendo o reconhecimento como fundamental para o desenvolvimento de um sentido de pertencimento a uma determinada comunidade de valores. Podemos enquadrar o fenômeno da reificação, por seu turno, como oposto ao reconhecimento.

Conforme foi colocado por Souza e Maurício (2018), o conceito de reificação se refere a “um processo geral que ocorre sob o capitalismo, no qual o ser humano é reduzido à coisa; suas ações, ao processo de valorização; suas necessidades relegadas ao mercado” (p. 502). Paralelamente, a mercadoria é *fetichizada* uma vez que é distanciada dos processos de produção e dos trabalhadores responsáveis por estes. Colocando de outro modo, a mercadoria é idealizada, passa a exercer função simbólica, ao passo que as(os) trabalhadoras(es) são desumanizadas(os), *assujeitadas(os)*. Nesse sentido, pode-se dizer que os fenômenos de reificação e idealização representam duas faces de uma mesma moeda.

É interessante considerar que a representação dos profissionais da saúde como heróis não é, em si mesma, (apenas) boa ou ruim. Podemos enquadrá-la como um mecanismo simbólico de defesa contra a angústia, mobilizado frente ao desconhecido, ao horror despertado pela pandemia de COVID-19, tal como se deu no contexto brasileiro. Tomando como referência a Teoria das Representações Sociais (Jodelet, 2001), podemos dizer que essa representação está, de certa forma, ancorada na materialidade da atuação em saúde, partindo do pressuposto de que ela se baseia na “proteção de pessoas” e que esta atividade necessariamente implica algum grau de risco ao bem-estar pessoal. Todavia, em conjuntura pandêmica, os pressupostos éticos associados à atuação em saúde são tensionados.

Quando somos expostos a circunstâncias inéditas e desafiadoras, costumamos fazer uso da linguagem figurativa como meio para tornar novos problemas inteligíveis, possibilitando a comunicação e a modificação de comportamentos/relações/estruturas prévias (Schnepf & Christmann, 2021). Seguindo esta lógica, o uso massivo de metáforas belicosas

para se referir ao Coronavírus pode ser visto como uma estratégia para chamar a atenção para a gravidade do problema em questão, estimulando sentimentos de grupalidade e/ou nacionalismo e, por consequência, a adesão às medidas restritivas recomendadas por autoridades sanitárias; bem como uma tentativa de fortalecer, subjetivamente, profissionais expostos a condições absurdas, dando-lhes o título de *guerreiros* (Bhaumik *et al.*, 2020) .

*“Tenho 50 anos, há 30 sou trabalhador da área da saúde. Como Técnico em Enfermagem, professor e 3º Sargento da reserva do Exército Brasileiro, quero dizer que jamais um soldado desse país, em nenhuma das guerras que lutamos, enfrentou a morte como temos feito desde março do ano passado. [...] **Aqueles que sobreviverem a esse massacre irão lembrar dessa guerra**, desse ataque covarde da parte daqueles que se aliaram aos vírus para massacrar nosso povo.” [Rede HumanizaSUS]*

*“**Estamos no front de batalha**. Amigos nossos estão adoecendo e morrendo. Convivemos com o receio de ter de entubar um amigo. Acho que deveriam colocar profissionais de saúde mental para conversarem com a gente. Precisamos de acolhimento.” [médico do SAMU]*

*[...] ‘É esquisito, **você volta meio como um herói, venci o covid**. Teve até uma festa no hospital para os recuperados.’ [médico cardiologista]” [Terra]*

Não obstante, no contexto em que se deu (sistema político-econômico capitalista marcado pela escassez de condições mínimas para a realização do trabalho, negacionismo científico, etc) e da forma como se deu (atravessada por ideologia), ao mesmo tempo em que expressa um tipo de reconhecimento, essa representação também reifica as(os) trabalhadoras(es) da saúde, na medida em que coloca a materialidade de seu trabalho, com suas contradições, numa dimensão mágica, apagando sua historicidade. Ademais, não foi possível observar efeitos significativos das metáforas militaristas sobre as atitudes populacionais em relação à COVID-19 e às medidas sanitárias recomendadas (Schnepf & Christmann, 2021).

*“Me irrita profundamente o cinismo das autoridades públicas: chama profissional da saúde de herói durante uma pandemia que desgraçou nosso país, e logo em seguida impõe um confisco salarial para servidores municipais na ativa e aposentados. **Herói é o caralho, pague o que me deve!**” [Twitter]*

*“Tenho ouvido muitas pessoas o chamando de herói. Ele é um herói, mas **queríamos menos heróis caídos no Brasil**”, disse à Folha a irmã do médico [falecido por COVID-19] [...]. ‘Isso aconteceria se as pessoas tivessem levando mais à sério a doença.’ [Folha]*

*“Peço para mais um paciente entrar. Ele não entra. É cadeirante, e o elevador está quebrado. [...] O paciente está grave e bem magro. Há duas semanas atrás o encaminhei para internação. Ficou apenas dois dias, e o mandaram para casa sem resolver seu problema. Tento tranquilizá-lo e digo que vou ajudá-lo. **No SUS, somos espécies de heróis sem capa que tentam resolver tudo mesmo sem ter como.**” [Folha]*



Dessa forma, o trabalho em saúde, necessariamente realizado por um “trabalhador coletivo” e pactuado não somente por meio de processos de negociação, mas também a partir de conflitos e tensões, conforme pontuaram Merhy e Franco (2008), é reduzido a movimentos individuais, atos “heróicos” de trabalhadores excepcionais – desconsiderando as condições anteriores que demandam gestos “heróicos” para a efetivação do trabalho e as subjetividades dos trabalhadores expostos a elas.

No entanto, conforme referimos anteriormente o duplo potencial das representações sociais – conservação e transformação – devemos nos manter atentas à polifonia de sentidos existente dentro de uma mesma categoria semântica. No decorrer da análise, o heroísmo apareceu, simultaneamente, associado à idealização das trabalhadoras e ideologias de individualização dos processos de trabalho em saúde, mas também, como denúncia do caráter insuficiente do reconhecimento restrito ao nível discursivo e como mecanismo de valorização do trabalho coletivo, objetivado em entidades como o SUS e as vacinas contra a COVID-19.

*"No meio de várias notícias ruins, há o que celebrar: o SUS, Sistema Único de Saúde, tem mostrado que funciona e pode atender a população brasileira. Eu era senador quando, na Assembleia Nacional Constituinte, um punhado de parlamentares que eram médicos se batia pela construção do dito SUS. [...] Os heróis foram os parlamentares-médicos, liderados por Sérgio Arouca, presidente da Fiocruz e mentor da chamada frente sanitária." [Estadão]*

*"Primeira dose hoje. Tô me sentindo meio cansado. E também entristecido por saber que a fila ainda é tão longa e tão lenta. E inconformado, porque não era para ter sido assim. Sou grato a esses profissionais todos envolvidos na campanha de vacinação. Foi nos ombros deles que puseram a tarefa de correr contra o tempo pela proteção de milhões de vidas. Os brasileiros devem muito a cada um desses heróis. E ao SUS, que sobrevive, como um gigante, a tantas incompetências e irresponsabilidades criminosas", escreveu o âncora do Jornal Nacional." [Estadão]*

Ainda assim, a fim de avaliarmos a fundo as bases em que se fundamentaram tais representações, bem como suas consequências objetivas e subjetivas na realidade das práticas de saúde, devemos observar atentamente – mais ainda, ver – as condições em que estas práticas se desenvolveram, discutidas na categoria que se segue.

**CATEGORIA 2: Vicissitudes da COVID-19 para as(os) trabalhadoras(es) do SUS**

<b>Objetivo correspondente</b>	<b>Categoria de análise</b>	<b>Núcleos de sentido</b>
<p><b>Objetivo 2:</b> Analisar os pressupostos e as implicações da representação heróica de profissionais da saúde do SUS, considerando o contexto da pandemia e do desmonte das políticas públicas de saúde.</p>	<p>Vicissitudes da COVID-19 para as(os) trabalhadoras(es) do SUS</p>	a COVID-19 como trauma
		Morbimortalidade dos profissionais por COVID-19
		Precarização do trabalho em saúde
		COVID-19 como desumanização da prática
		Expressão de desigualdades estruturais entre categorias da saúde

**Quadro 4. Síntese da categoria de análise “Vicissitudes da COVID-19 para os trabalhadores do SUS.**

Esta categoria reuniu núcleos de sentido relacionados às condições de trabalho inadequadas em saúde pública durante a pandemia de COVID-19, seus impactos sobre a saúde mental das/os trabalhadoras/es e na produção das práticas.

De acordo com o referencial materialista histórico-dialético, o Trabalho humano pode ser entendido como qualquer atividade que envolve dispêndio de *energia*, mediada por *instrumentos*, direcionada por *objetivos* e que contribui para a reprodução da vida, de modo mais amplo, na medida em que satisfaz alguma necessidade (Liedke, 2002). Nesse sentido, diz-se que é por meio do Trabalho que o ser humano se relaciona com a natureza, transformando-a, e, neste processo, transformando também a si mesmo. Isto é, conforme nos permite superar a causalidade da natureza, o Trabalho nos *humaniza*, torna históricas nossas condições de existência (Peto & Verissimo, 2018)

Todavia, como abordamos na primeira categoria, da forma como foi apropriado pelo sistema de produção capitalista, o Trabalho também configura fonte de desumanização ou reificação, uma vez que seus produtos e a própria força de trabalho se tornam mercadorias, alienando os trabalhadores em relação ao processo de produção como um todo (Souza, 2021). No campo da saúde coletiva, particularmente, o tema da desumanização-humanização por meio do trabalho assume novas tonalidades, considerando as especificidades das práticas de cuidado em comparação a outras atividades humanas (Gomes & Schraiber, 2011).

Como foi pontuado por Gomes e Schraiber (op. cit.), os processos desumanizadores ou alienantes na assistência à saúde comumente são analisados a partir de dois eixos principais de produção teórica: (1) produções que enfatizam a dimensão micropolítica, discutindo a respeito da organização do trabalho no cotidiano, com suas “capturas” e/ou linhas de fuga possíveis; (2) produções que enfatizam dimensões macropolíticas, refletindo sobre políticas de gestão e modelos tecnoassistenciais. Entende-se que ambos os pólos de análise proporcionam referências importantes para compreender a humanização-alienação em sua totalidade, partindo do pressuposto de que se trata de um fenômeno multideterminado.

Sendo assim, o cotidiano de trabalho configura terreno fértil não somente para identificar as manifestações concretas de dinâmicas alienantes, de origem estrutural, mas também movimentos embrionários em direção à superação das alienações, a partir dos “conflitos interpessoais expressadores de contradições” (id., 2011). Durante a pandemia de COVID-19, pode-se dizer que houve um aprofundamento de contradições previamente existentes, tensionando a polaridade humanização-alienação no sentido desta última.

Dentre os determinantes de *desumanização* elencados pela literatura como fatores de risco à saúde mental dos profissionais de saúde, durante o período referido, podemos destacar: mudanças repentinas na organização dos processos de trabalho; incertezas em relação aos protocolos de biossegurança; indisponibilidade de acesso a Equipamentos de Proteção Individual (EPIs); escassez de apoio social; extensão das jornadas de trabalho; etc (De Kock *et al.*, 2021; Khajuria *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2021; Soares, 2022). No que diz respeito à dimensão de organização das atividades, em especial, a baixa autonomia, o excesso de demandas e a sobrecarga psicológica foram associados à maior vulnerabilidade ao adoecimento psíquico (Faria *et al.*, 2018 *apud* Antonialli, 2022). A maioria dos sentidos presente nesta categoria parece estar ancorada nesses processos históricos.

*"Médicos da linha de frente do combate à Covid-19 vivem uma segunda pandemia em paralelo, caracterizada pelo esgotamento físico, mental e emocional. 'Nesse momento, não há respiro para os médicos, uma vez que a demanda é muito grande no país. Médicos e profissionais de saúde estão muito cansados porque o enfrentamento diário é cansativo e o número de mortes é impactante. Não é uma doença fácil de se lidar. Muitos médicos e profissionais de saúde estão desistindo de trabalhar com Covid-19, pedindo afastamento ou indo para outras áreas, e não querem mais trabalhar em CTI [Centro de Terapia Intensivo]', afirma [vice-presidente da Sociedade Brasileira de Infectologia]" [Folha]*

*"O número de profissionais de saúde da rede pública da cidade de São Paulo afastados após terem contraído Covid-19 quase triplicou em menos de um mês. Considerando todas as causas de afastamento, a cidade de São Paulo tinha, até o dia 6 de janeiro, 1.585 profissionais de saúde da rede pública longe das suas atividades."*

*Além disso, 107 dos profissionais de saúde da capital morreram desde o início da pandemia da COVID-19.” [O Globo]*

*“[...] No Brasil, dados recentes divulgados pela Fundação Oswaldo Cruz, com 25 mil profissionais de saúde em todo Brasil, apontaram que as **incertezas quanto ao equipamento de proteção, as rotinas extenuantes e todo o cenário nacional colaboraram para o aumento de sintomas emocionais de sofrimento**. Também em outro estudo brasileiro, realizado pelo Instituto Dor, configura um aumento da **Síndrome de Burnout**, nesta categoria, devido ao estresse relacionado ao trabalho.” [Estadão]*

Neste ponto, é interessante distinguir entre sofrimento e adoecimento. Para a Psicodinâmica do Trabalho, haveria uma “relação primordial de sofrimento” no trabalho, entendendo este como uma tentativa de preencher a distância (inevitável) entre a tarefa prescrita e as possibilidades de concretização do objeto idealizado, na realidade. O sofrimento, por sua vez, não necessariamente culmina em adoecimento, representando, antes de tudo, um movimento de proteção da subjetividade em relação ao mundo, uma resistência da vontade frente ao real (Dejours, 2004). Nesse sentido, seria possível caracterizar distintas “trajetórias de sofrimento” a partir do destino recebido por ele, o qual pode ser *criativo* ou *patogênico*.

O elemento básico que distinguiria o primeiro do segundo seria a possibilidade de mobilizar mecanismos psicológicos de defesa socialmente articulados, condicionados ao ambiente de trabalho – compreendido em seus aspectos físicos, químicos, biológicos, organizacionais – em que se encontra (Seligmann-Silva, 2011). Alguns relatos se destacaram por apresentar movimentos das/os trabalhadoras/es nessa direção, via expressão artística ou articulação política, por exemplo.

*“Diante de equipes desfalcadas pela covid-19 e não pagamento de horas-extras, médicos da Atenção Primária à Saúde (APS), que atendem pacientes nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), da cidade de São Paulo, vão se reunir nesta noite de quinta-feira, 13, para discutir **possível paralisação na próxima semana** [...]. ‘Essencialmente, o que os médicos pedem não é ampliação da jornada, mas que ela seja diminuída porque já estão no limite há um bom tempo. **A categoria reivindica a contratação de profissionais para dar conta da demanda de atendimentos**’, pontuou [presidente do Sindicato dos Médicos de São Paulo – Simesp]. Por esse motivo, desde o início da pandemia, muitos profissionais da atenção primária pediram demissão. [Terra]*

*“Foi na arte que a médica encontrou as forças para expressar o que testemunha na pandemia. Também foi na expressão artística que obteve inspiração para criar intervenções para ‘humanizar’ o atendimento a pacientes do novo coronavírus no hospital em que trabalha, como o ‘**prontuário afetivo**’ e o ‘**correio afetivo**’, lançados nas últimas semanas. O primeiro exemplo chegou a ser repetido em outros hospitais do país e consiste, basicamente, na criação de um prontuário que traga informações com os gostos e a personalidade do paciente que tem alguma impossibilidade de se comunicar [...]. O correio foi um desdobramento dessa experiência. ‘Depois de tantas mensagens de carinho (por causa da repercussão do prontuário), percebi o quanto a população está carente de expressar gratidão, carinho.’ As cartas são fotocopiadas e colocadas em meio às pranchetas dos profissionais de saúde.” [Estadão]*

Nesse sentido, Dejours (2004) compreende como organizações “perigosas” ao bem-estar psíquico aquelas que impossibilitam quaisquer tentativas de adaptação entre organização dos processos de trabalho e desejos dos sujeitos-trabalhadores. Isto parece ir ao encontro das ideias de Laurell e Noriega (1989), quando afirmam que a intensificação das cargas de trabalho – entendidas como o conjunto de elementos do processo de trabalho que interagem dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador – pode estar associada a processos de desgaste psíquico, sem necessariamente implicar adoecimento. A chave que determinaria a ocorrência de adoecimento, para além do sofrimento, estaria justamente no esvaziamento de sentido na atividade realizada.

*"[...] a gente vende nosso trabalho como se fossemos uma empresa (CNPJ), dificilmente somos contratados com CLT, sem falar que não temos plano de carreira [...] eu sei que comparado aos outros profissionais, a gente recebe bem pra caralho, mas tbm estamos trabalhando mais de 140h/semana." [Twitter]*

Acredita-se que a significação do trabalho, por sua vez, também está relacionada ao reconhecimento social. Conforme foi discutido por Seligmann-Silva (2011), o “trabalho desqualificado” – ou seja, o trabalho marcado por processos de desgaste psíquico – é, sobretudo, caracterizado por alguma fragilização de vínculos e, por conseguinte, ruptura de reconhecimento. Em contrapartida, o trabalho *vitalizante* ou *realizador* seria, exatamente, caracterizado por vínculos de solidariedade, compromissos éticos e reconhecimento.

*“O diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, compartilhou nesta sexta-feira (9) uma foto que mostra a ‘técnica da mãozinha’, criada por uma enfermeira brasileira para dar conforto a pacientes com Covid-19. ‘Sem palavras para expressar minha admiração aos profissionais da saúde na linha de frente nesta pandemia e as formas incríveis com que eles estão buscando confortar seus pacientes. Vocês têm muito a nos ensinar e há muito que devemos fazer para apoiá-los e protegê-los’, escreveu Ghebreyesus. Juntando duas luvas amarradas e cheias de água quente, a carioca Lidiane Melo conseguiu melhorar a circulação sanguínea e trouxe calma a quem se sente sozinho em um leito de UTI.” [HumanizaSUS]*

Sendo assim, o reconhecimento atuaria como o “elo intermediário” que permite à trabalhadora superar a dimensão de sofrimento do trabalho, posicionando-o inclusive como eixo central para a efetivação da saúde e constituição da identidade (Lancman, Jardim e Barros, 2013). No caso do trabalho em saúde, especificamente, é importante considerar as diferentes relações em que a potencialização ou a fragilização do agir podem se manifestar: trabalhadora-usuário; trabalhadora-equipe; trabalhadora-gestão; trabalhadora-processo de trabalho. Da mesma forma, precisamos ter em mente que as(os) trabalhadoras(es) da saúde

não constituem uma categoria homogênea, estando atravessada por desigualdades de classe, raça e gênero.

*“Infelizmente, [...] em vez de a enfermagem ser reconhecida pela sociedade graças à importância nos processos de imunização, a categoria foi alvo de notícias equivocadas e muitas vezes sem qualquer verificação ou embasamento científico e conhecimento técnico. A enfermagem é historicamente a responsável por conduzir os planos de imunização no SUS e assim o tem realizado neste momento de pandemia - durante o qual, inclusive, a profissão sempre foi a linha de frente do enfrentamento ao coronavírus. Por isso, é injusto e agressivo que seja vítima de imagens que viralizaram nas redes sociais de forma descontextualizada, ameaças e agressões em razão de procedimentos que à primeira vista possam parecer incorretos.” [Estadão]*

*“[...] Além de serem os mais vulneráveis para contrair a doença, os profissionais de enfermagem são também os que relatam sofrer mais assédio moral durante a pandemia (24,4%), condicionado muitas vezes a trabalhar ou realizar tarefas sob pressão. [...] Por fim, se há desigualdade na pandemia e ela já foi documentada em diversas formas, como maior número de mortes entre negros, ela também atua nos profissionais de saúde, que são em sua maioria mulheres e negras, nas categorias de agentes comunitárias e profissionais de enfermagem (80%), e homens e mulheres brancos entre os médicos (78,8%).” [Folha]*

Todas essas nuances devem ser levadas em consideração quando refletimos a respeito de reconhecimento no trabalho em saúde, uma vez que interferem nas dinâmicas intersubjetivas estabelecidas. Conforme argumentamos na categoria anterior, o contexto macropolítico determina, em maior ou menor grau, a maneira como estas dinâmicas se desenvolvem. Discutiremos essa questão em maior profundidade na categoria seguinte.

**CATEGORIA 3: (Ir)Responsabilidades do governo federal na disseminação da COVID-19**

<b>Objetivo correspondente</b>	<b>Categoria de análise</b>	<b>Núcleos de sentido</b>
<b>Objetivo 2:</b> Analisar os pressupostos e as implicações da representação heróica de profissionais da saúde do SUS, considerando o contexto da pandemia e do desmonte das políticas públicas de saúde.	(Ir)Responsabilidades do governo federal na disseminação da COVID-19	Expressões do governo genocida

**Quadro 5. Síntese da Categoria de análise “(Ir)Responsabilidades do governo federal na disseminação da COVID-19”.**

Esta categoria reuniu conteúdos relacionados à participação de entes federativos na disseminação da COVID-19 em território nacional, em especial, o governo federal na gestão Bolsonaro.

*“[...] No centro de saúde da Praia dos Ingleses, em Florianópolis (SC), a enfermeira [...] levou um soco no olho no início do mês ao tentar separar uma briga entre pacientes iniciada porque os dois médicos do posto interromperam o atendimento por alguns minutos para tentar estabilizar um doente grave trazido pela ambulância. [...] No Rio de Janeiro, capital, o enfermeiro [...] também precisou chamar a Polícia Militar após sofrer agressões físicas. As verbais já viraram rotina. [...] Em uma UBS na zona oeste de São Paulo, o médico de família [...] já perdeu as contas das vezes em que foi ameaçado de morte e de agressões desde o início deste ano. [...] **A demora no atendimento tem gerado revolta na população e aumentado os casos de violência contra profissionais de saúde.** Os relatos vêm de todo o país e afetam, principalmente, médicos e pessoal da enfermagem da APS (Atenção Primária à Saúde) e dos pronto-atendimentos. [...] **Outra causa da violência tem sido o negacionismo de parte da população, especialmente em relação às vacinas.** Os antivacinas explicitam sua discordância aos profissionais de saúde de forma violenta. Está mais complicado em algumas áreas os agentes comunitários de saúde irem aos domicílios sozinhos para convencer a população a se vacinar. [...]’ [pesquisadora da FGV]” [Folha]*

Conforme foi noticiado por diversos veículos de imprensa, o cenário brasileiro de enfrentamento à pandemia de COVID-19 foi marcado por precariedades e aparente descaso por parte do governo federal em relação às notificações alarmantes de casos confirmados e mortes decorrentes do Coronavírus, chegando a ser classificado como o pior país do mundo, em termos de gestão da pandemia (UOL Notícias, 2021).

Inicialmente, predominou um discurso que compreendia tal realidade como resultado de incompetência por parte das autoridades responsáveis, como um erro de planejamento, à revelia das recomendações científicas disponíveis para organização das redes de atenção e

medidas sanitárias para prevenção do contágio (Massuda *et al.*, 2020). Posteriormente, com o agravamento da situação epidemiológica no país e o crescente acúmulo de indícios de atos e/ou omissões do governo federal favoráveis à propagação do coronavírus, ganhou força a hipótese de que haveria intencionalidade da gestão no sentido do descontrole da pandemia de COVID-19.

Para o fim de comprovar tal intencionalidade, foram fundamentais a Comissão Parlamentar de Inquérito que investigou irregularidades nas ações federativas durante a pandemia (conhecida como “CPI da COVID-19”), e o relatório produzido por entidades vinculadas à Universidade de São Paulo (USP) tomando como uma das principais referências este processo jurídico e reunindo numa linha temporal um conjunto de evidências, no período de 3 de março de 2020 até 28 de maio de 2021, entre atos normativos, atos de governo e propaganda contrária à saúde pública.

O documento conclui que houve confluência entre as esferas normativa, de gestão e discursiva, destacando entre as principais estratégias de disseminação utilizadas: defesa da tese da imunidade de rebanho por contágio; incitação à exposição da população ao vírus; banalização das mortes e sequelas causadas pela doença; obstrução sistemática às medidas de contenção promovidas por outras instâncias federativas; ataques a críticos do programa federal e à imprensa; etc. A intencionalidade, por sua vez, seria demonstrada por meio da convergência dos atos e omissões com a consciência a respeito da irregularidade das condutas assumidas, indicando vontade em praticá-los. Esta consciência parece estar expressa, por exemplo, no uso de termos análogos no lugar de “cloroquina”, uma vez que a promoção de tratamentos sem eficácia comprovada passou a ser fiscalizada com maior rigor (Ventura & Reis, 2021). Quando debatemos sobre *intencionalidade* em disseminar a COVID-19 em território nacional, torna-se proveitoso retomar conceitos como biopolítica e necropolítica.

*“As Defensorias Públicas do Estado Amazonas (DPE-AM) e da União (DPU) ingressaram com ação, na Justiça Federal, para **obrigar a União a comprar novas doses de vacinas contra a Covid-19 para Manaus e sete municípios do interior do Estado, no prazo de 30 dias, revelou esta terça-feira o G1. [...] O pedido faz menção a documento elaborado por oito cientistas, a partir de modelo epidemiológico, que assegura que as taxas de transmissão da nova variante, a reinfeção por perda de imunidade após seis meses, e os cenários de vacinação e isolamento social do Estado convergem para, no curto prazo, ‘uma nova explosão de óbitos na capital e nas principais cidades do Amazonas. [...]’** [O Globo]*

*“Uma série de entraves como falhas entre os sistemas de informação de saúde, problemas de logística, falta de cadastro prévio dos grupos prioritários e a pulverização da vacinação pelo país em um momento de escassez de doses tem atrasado a campanha de imunização contra a Covid-19 [...]. Segundo especialistas ouvidos pela Folha sobre a demora no processo, à escassez de vacinas somam-se*



*falhas de estratégias do Ministério da Saúde, dos estados e municípios. [...] O governo de Jair Bolsonaro, no segundo semestre de 2020, recusou três ofertas do Butantan para a compra da Coronavac e só se decidiu no mês passado, quando o governador de São Paulo, João Doria (PSDB), ganhou popularidade com a vacinação. Também abriu mão de encomendar ao menos 70 milhões de doses do imunizante da Pfizer, e não quis negociar com a Johnson & Johnson [...].” [Folha]*

Uma das principais ideias defendidas por Foucault (2005), por meio da abordagem arqueológica, é a tese de que todo poder necessariamente estaria associado a alguma forma de saber, operando de modo difuso nas sociedades ocidentais a partir da modernidade. Isto é, para além das dinâmicas de supressão/repressão (sentido negativo), o poder atuaria também na produção de comportamentos (sentido positivo), irradiando de modo microfísico, descentralizado. Neste contexto histórico e discursivo, por sua vez, também teria surgido uma nova maneira de organizar e exercer a autoridade em sistemas políticos, denominada *biopoder*.

O biopoder pode ser definido como um conjunto de práticas voltadas à gestão e regulação dos processos vitais humanos, divididas em duas formas principais, articuladas entre si: (1) anátomo-política do corpo, relativa à individualização do controle por meio da introjeção de dispositivos disciplinares nos corpos-subjetividades; e (2) *biopolítica*, relativa à perspectiva populacional, tecnologias de controle de determinados agrupamentos humanos (Ferla, Oliveira e Lemos, 2011; Foucault, 2005). De modo geral, podemos dizer que, enquanto na soberania o poder era caracterizado pela capacidade de produzir morte e/ou “permitir a vida”; a partir do século XVII, passa-se a utilizar mecanismos que buscam produzir a vida ou “deixar morrer” (Furtado & Camilo, 2016).

Neste ponto, devemos ter em vista o contexto histórico-cultural que estabeleceu as condições para o desenvolvimento do biopoder, bem como foi fortalecido por este. O nascimento da disciplina como técnica de exercício de poder e das estratégias biopolíticas ocorreu em simultâneo ao nascimento do capitalismo, dos Estados-nação e da medicina científica, no final do século XVIII e decorrer do século XIX. Neste cenário, criou-se uma demanda pela inserção controlada de corpos no aparelho de produção e reajuste destes aos fenômenos econômicos e políticos da época (Caponi, 2021).

Segundo Foucault (2005), o corpo é o primeiro objeto socializado (enquanto força de trabalho) com o advento do capitalismo, o princípio do exercício de controle, viabilizado pela medicina moderna. A biopolítica aparece, então, como forma de maximizar a força de

trabalho e manter certo nível de harmonia ou pacificação entre os grupos sociais. Para alcançar estes fins, a saúde pública surge como estratégia biopolítica fundamental, caracterizada por dois movimentos: (a) construção de um campo de saber compartilhado (ex: epidemiologia); (b) condução de intervenções sobre os corpos das populações, amparadas pela promessa-ideia de *saúde* (Caponi, op. cit.).

Ainda que tenha se consolidado como estratégia privilegiada de exercício do biopoder nas sociedades contemporâneas, de maneira mais geral, as lógicas biopolíticas que orientam ações de saúde pública específicas também variam de acordo com a localidade e o grupo social ao qual se destinam. Em acordo com Caponi (op. cit.), podemos afirmar que, no Brasil governado por Jair Bolsonaro, a biopolítica adotou a forma de uma necropolítica que sistematicamente expôs parcela da população ao adoecimento e à morte.

*"Enfermeiro [...] de 24 anos, atribui parte do caos sanitário em Manaus a informações desconcentradas sobre tratamento precoce e uso de remédios contra a Covid-19 — teses estimuladas pelo presidente Jair Bolsonaro e pelo ministro da Saúde, Eduardo Pazuello. Em nota divulgada hoje [...] diretor presidente da Sociedade Amazonense de Terapia Intensiva, atribuiu a 'tragédia instalada no sistema de saúde' do estado a dois fatores. O primeiro, segundo a entidade, é a 'falta de planejamento e responsabilidade dos gestores, que não se prepararam com leitos, insumos, recursos humanos para uma possível segunda onda'. O segundo, o fato de que 'grande parte da população não respeitou as medidas básicas, que foram exaustivamente informadas'. Entre elas, estão o uso de máscaras de proteção, higienização das mãos e o distanciamento social." [O Globo]*

*"Cobrindo a crise do Covid-19 em Manaus, presenciei mto drama, abandono, desespero [...]. O povo brasileiro não merece seus governantes" [Twitter]*

Cunhado por Achille Mbembe num ensaio de 2003, publicado no Brasil em 2018, a respeito das manifestações contemporâneas do mecanismos disciplinares, o conceito de necropolítica se refere a arranjos específicos do biopoder, complementar aos conceitos originalmente propostos por Foucault, nos quais a vida é subjugada ao poder da morte. O autor parte do pressuposto de que a expressão máxima da soberania consistiria na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer, tomando as categorias “vida” e “morte” como fundadoras do que entendemos como projeto de modernidade. Ainda que, com o nascimento dos Estados-nação, tenham surgido novas maneiras de organizar o poder, a soberania continuou a ser exercida como processo complementar aos mecanismos disciplinares.

Para dominar o campo biológico, o biopoder implica a divisão e distribuição da espécie humana em subgrupos, estabelecendo uma dicotomia entre uns e outros, entre aqueles considerados sujeitos de direitos e aqueles considerados corpos-objetos e, enquanto tais,

descartáveis (Mbembe, 2018). Esta é a lógica por trás do racismo e que caracteriza a contradição elementar das sociedades modernas, oriundas de sistemas coloniais: para que a biopolítica pudesse garantir o máximo de força e equilíbrio das populações “de dentro” (cidadãos europeus), foi necessário negar ou “manter fora” tudo que pudesse representar uma ameaça à nova ordem (povos “selvagens”).

Para legitimar o terror e as tecnologias de morte, instituiu-se a noção de “estado de exceção” ou “estado de sítio”, considerada por Mbembe (2018) como a base normativa do direito de matar, entendendo que o exercício deste poder – *necropoder* – pode ocorrer de maneira direta (por meio de guerras coloniais, por exemplo) ou indireta (inviabilização da vida). Nesta forma de soberania, faz-se uso de inimigos ficcionais e discursos alarmantes para justificar a instrumentalização generalizada da existência e a destruição material de determinados grupos populacionais. Quando analisamos as atitudes do ex-presidente da República referentes ao enfrentamento da pandemia de COVID-19, conseguimos traçar paralelos com as táticas necropolíticas conceitualizadas por Mbembe.

*“Após meses de muita espera, finalmente começamos a vacinação contra COVID-19 no Brasil. [...] A sensação de alívio, emoção e esperança por imaginarmos um possível ‘início do fim’ desta pandemia que ceifou milhares de vidas, rapidamente deu lugar à apreensão. Com as doses disponibilizadas, apenas uma pequena parcela do grupo prioritário será vacinada e, em função disso, gera-se um ambiente temerário que vislumbra uma possível interrupção da vacinação por falta de vacinas. Não obstante, nos últimos dias os jornais têm realizado coberturas intensas sobre as problemáticas de logística, distribuição, insumos e o que parece mais uma série de embates políticos. [...] As arquiteturas da simbologia podem servir de escape para problemáticas de dimensões materiais e, portanto, desviar nosso olhar do iceberg encoberto pelo mar: as doses das vacinas não só são insuficientes para o grupo prioritário, como também foram desigualmente distribuídas no território nacional. Em redes sociais e grupos entre profissionais de saúde da linha de frente, principalmente de municípios pequenos, já existem narrativas de carregamentos ínfimos, que não dão conta sequer de vacinar uma equipe de Saúde da Família, por exemplo. [...] É importante ter em mente que, embora o simbolismo das primeiras vacinadas seja forte e essencial, ele não neutraliza as desigualdades e relações de poder que permeiam a sociedade permanentemente.” [Estadão]*

Mesmo quando não antagonizava de maneira explícita algum grupo social específico – recurso bastante presente ao longo de sua trajetória política – em sua retórica durante a pandemia, posicionando o próprio SARS-COV-2 como inimigo político ao utilizar metáforas militaristas, os efeitos necropolíticos de sua gestão manifestaram-se de maneira desigual na população brasileira, como ficou evidenciado pelas maiores taxas de contágio e letalidade por COVID-19 entre pessoas negras, moradoras de periferias, comunidades indígenas, pessoas em

situação de rua, pessoas encarceradas, trabalhadoras da saúde, trabalhadores de serviços essenciais e/ou autônomos (Sousa, 2021).

Consoante com Caponi (2021), entendemos que, em sociedades neoliberais nas quais o controle de riscos à saúde é colocado como uma responsabilidade cada vez mais individual, baseada em “cálculos racionais” e mudanças comportamentais, se essa gestão individualizada não está fundamentada em informações confiáveis, se existe uma disputa permanente em torno daquilo que entendemos por verdade, “[...] assistiremos à destruição da estrutura que dá suporte à biopolítica da população: o dispositivo de segurança e antecipação de riscos” (*ibid.* p. 35).

*“[...] Levantamento da Associação Médica Brasileira (AMB) apontou que **mais de 1/3 dos médicos vê algum tipo de eficácia no dito ‘tratamento precoce’ para infectados da covid-19, cuja ineficácia contra a doença já foi comprovada cientificamente.** Segundo a pesquisa, feita com 3.882 profissionais em formato online, 34,7% fazem essa avaliação para a cloroquina e 41,4% para a ivermectina. O uso desses dois remédios tem sido defendido pelo presidente Jair Bolsonaro e até distribuídos em algumas redes públicas, como as de Porto Alegre e do Amazonas. **Para a entidade, a falta de consenso sobre o tema causa confusões.** [...] Os médicos avaliam também que não há uma compreensão da população de que as medidas de proteção, como uso de máscaras e evitar aglomerações, devem ser adotadas. Metade (50,5%) respondeu que nenhuma medida tem adesão suficiente da população.” [Estadão]*

*“O Brasil se tornou oficialmente o segundo país do mundo a romper a triste marca de 100 mil vidas perdidas para a Covid-19. [...] Este marco nos obriga a uma reflexão sobre os erros cometidos e quais ações estão ao nosso alcance. Temos no SUS um grande programa comunitário de atenção primária capilarizado por meio das equipes de saúde da família e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Apesar de termos dado exemplos ao mundo no enfrentamento de muitas emergências epidemiológicas, essa estrutura não foi aproveitada no enfrentamento da Covid-19. [...] **Uma estratégia nacional, que deveria ter sido coordenada pelo Ministério da Saúde, nunca existiu.** Mesmo com a aprovação da PEC do Orçamento de Guerra, até o final de julho menos de 30% desses recursos haviam sido utilizados. O auxílio emergencial demorou a ser implementado e sua execução foi cercada de problemas, expondo a desigualdade social no Brasil. **As populações pretas, mais pobres e com menos escolaridade estão sendo brutalmente mais afetadas pela pandemia, por apresentarem mais comorbidades, menos acesso a saúde e por serem obrigadas a se expor mais ao vírus.**” [Folha]*

Esse conjunto de fatores culminou no “pesadelo macabro” que acompanhamos nos últimos anos, para utilizar as palavras de Campos (2020), vivenciado cotidianamente pelas/os profissionais que atuaram na chamada “linha de frente”. Na próxima categoria, aprofundaremos a discussão a respeito das repercussões subjetivas dessa conjuntura para essas(es) trabalhadoras(es), em especial, aqueles que atuam no SUS.

***CATEGORIA 4: O herói por trás da máscara: sofrimento ético-político das(os) trabalhadoras(es) do SUS na pandemia de COVID-19.***

<b>Objetivo correspondente</b>	<b>Categoria de análise</b>	<b>Núcleos de sentido</b>
<b>Objetivo 3:</b> Refletir sobre os efeitos da representação heróica na constituição das subjetividades e das práticas das/dos profissionais da saúde.	O herói por trás da máscara: sofrimento ético-político das(os) trabalhadoras(es) do SUS na pandemia de COVID-19.	Humanização dos "heróis"
		A pandemia de COVID-19 como conflito ético-profissional
		Sufrimento ético-político
		Dimensão política da atuação em saúde (pública)
		Implicações afetivas do trabalho em saúde
		Sentidos do trabalho vivo em ato

**Quadro 6. Síntese da Categoria de análise “O herói por trás da máscara: sofrimento ético-político das(os) trabalhadoras(es) do SUS na pandemia de COVID-19”.**

Já apresentamos, nas categorias precedentes, alguns dos sentidos assumidos pelas narrativas que retrataram as(os) profissionais da saúde como heroínas/heróis durante a pandemia de COVID-19 e a função ideológica exercida por esse tipo de discurso, quando analisado em perspectiva ao cenário de escassez e desamparo enfrentado por essas(es) trabalhadoras(es). Entretanto, ainda não discutimos a fundo sobre as repercussões dessas narrativas em suas subjetividades e práticas.

Consoante com o que apresentamos na introdução, segundo o referencial materialista, o Trabalho humano se distingue das atividades realizadas por outros animais pela intencionalidade, pelo caráter transformador e pela capacidade criativa. O trabalho de cuidado, por sua vez, denota algumas especificidades, dentre as quais Malta e Merhy (2003) destacaram: (a) o usuário dos serviços não se posiciona como consumidor comum diante de uma mercadoria; (b) o “objeto” (finalidade) do trabalho são outros sujeitos; (c) o produto final é produzido e consumido concomitantemente; (d) trata-se de uma produção necessariamente coletiva e aberta ao imprevisto, embora conte com alguma direcionalidade técnica.

De acordo com Bustamante e McCallum (2014), o cuidado envolve a construção de “projetos de pessoas” em práticas cotidianas que se dão em um marco de relações de poder, adotando necessariamente a *pessoa* como foco principal. Quando colocamos esse processo em perspectiva, num contexto de desmonte das políticas públicas de saúde, em especial a PNAB (Silva *et al.*, 2021); desamparo por parte de autoridades federativas em relação à COVID-19 e, em sentido mais amplo, crise das práticas de saúde no que diz respeito aos seus fins – com uma crescente priorização das tecnociências ou tecnologias duras, de maneira acrítica, no lugar de atender às necessidades de sujeitos (Ayres, 2009) – passamos a nos questionar em que medida e de que maneira os “projetos de pessoas” têm sido construídos.

*"[...] Ninguém quer ficar aqui. As condições de trabalho são uma m... O salário foi reduzido no ano passado e sempre atrasa. Não temos nem equipamentos de proteção adequados. E, com a pandemia, os atendimentos dispararam. [...] Subo e vejo que a fila do lado de fora está enorme. Estão irritados e com razão. Do lado de dentro, vou fazendo o possível. A garganta vai secando. Quero água, mas não tem copo. **Quero gritar! Mas suporto a sede e sigo atendendo.** [...] **Estou cansado e revoltado. Mas, não estou mais cansado do que meus pacientes, nem estou mais revoltado do que os moradores do Jacarezinho que estão entre os tiros de fuzil e o novo coronavírus.**"*  
[Folha]

*"Nós somos vítimas, mas também a memória da tragédia que está acontecendo. Milhares de mortes que poderiam ser evitadas; Pessoas sendo entubadas no chão; Falta de equipamentos, medicamentos e pessoal, falta de leitos; Dezenas de mortes a cada turno de trabalho... A história precisará de um tribunal para julgar os responsáveis por esses crimes contra a humanidade."* [HumanizaSUS]

Scherer *et al.* (2013) defendem que o *agir com competência* no trabalho em saúde consistiria numa combinação dialética entre saber agir, querer agir e poder agir. Em outras palavras, um agir triplamente engajado: com o mundo, com os outros (usuários e demais membros de equipes interdisciplinares) e consigo mesmo. Em sentido similar, Ayres (op. cit.) estabelece uma distinção entre êxito técnico e o sucesso existencial na assistência em saúde, explicando que, enquanto o primeiro se refere à construção de objetos segundo certos meios preestabelecidos, o segundo diz respeito à constituição de sujeitos.

Nesse sentido, podemos dizer que o posicionamento ético-político, no trabalho de cuidado em saúde, seria não somente desejável, mas necessário. Pod e-se dizer até inevitável, entendendo que mesmo as posições ditas “neutras” ou aparentemente inertes ainda se tratam de posicionamentos e, portanto, são políticas. Se desejamos compreender os diferentes “agires” políticos e posicionamentos possíveis, porém, devemos primeiro nos atentar para as tramas afetivas em que se fazem, concordando com Sawaia (2009) quando diz que “a vida ética começa no interior dos afetos e não contra eles” (p. 366).

*“O que posso te dizer deste momento é que as nossas rotinas estão cada vez mais desgastantes, nós nos sentimos nadando, nadando, nadando e morrendo na praia porque nós não vemos claramente a luz no fim do túnel. A incerteza que nós temos de, nos próximos dias, como vai se comportar a doença nos provoca exaustão”, desabafou [...], enfermeira do Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). ‘Estamos em um momento extremo de fadiga por compaixão’, afirmou.” [HumanizaSUS]*

Quando falamos em afetos, é proveitoso recuperar o pensamento de Spinoza. Diz-se que sua teoria tem caráter monista por unificar “essência” e “existência”, defendendo uma inseparabilidade entre ser, agir e existir no mundo. Nessa perspectiva, o corpo é tomado como produção permanente a partir dos encontros – ou afecções – com outros corpos, que fazem com que sua potência de existir varie para mais ou para menos. A essas variações na potência de agir do corpo, dá-se o nome de *afetos*.

Sendo assim, são considerados positivos ou bons os encontros geradores de afetos que aumentam a potência de existir. Subsequentemente, são considerados negativos ou maus os encontros geradores de afetos que diminuem a potência de existir. Na concepção de Spinoza, o corpo estaria sujeito à servidão enquanto não se conhece como potência associativa imanente, isto é, enquanto não tem conhecimento a respeito das causas de seus afetos, ficando portanto, sob o controle destes, em estado de passividade (Strapazzon, Sawaia e Maheirie, 2022). Podemos relacionar este fenômeno com “confusões” entre relações profissionais e pessoais na atuação em saúde, por exemplo, sentimentos exacerbados em relação a determinado usuário ou mesmo tentativas de negar ou anestesiar a implicação afetiva com o trabalho.

*“Ninguém é herói, sou profissional da saúde só estamos realizando nosso trabalho isso não é heroísmo e sim obrigação 🙄” [Twitter]*

*“Sou profissional da saúde do SUS... Não estou na chamada linha de frente de combate (por quê é uma guerra pessoal, não se enganem e nem se deixem enganar), mas estou auxiliando no processo de planejamento e organização do sistema de saúde do Município onde trabalho [...] Vejo todos os dias o medo estampado no olhar dos meus colegas gestores, que estão se desdobrando para pensar e cercar todas as possibilidades no pior cenário [...] Ao longo deste processo escutei colegas psicólogos, temerosos com razão, perguntarem por que precisavam continuar trabalhando... Afinal não se consideravam essenciais [...] O medo é legítimo, mas fica uma reflexão: se em uma situação como essa que vivemos o psicólogo não for essencial... Bota a viola no saco colega... Em tempos normais vc não é sequer necessário....” [Twitter]*

Partindo do pressuposto de que o microcosmo das relações no cotidiano da atuação também diz respeito ao macrocosmo da cidade, estado, país, continente em que se desenvolvem, há modos de organização política que dificultam o conhecimento sobre e a efetivação da potência associativa entre os corpos (Strapazzon, Sawaia e Maheirie, op. cit.),

modos de organização configurados por dinâmicas de injustiça, opressão, dominação – em outras palavras, maus encontros. Nessas condições, pode surgir uma formação singular de sofrimento especificamente *ético-político*, derivado de experiências de servidão associadas a políticas de dominação (Sawaia, 2009). Essas experiências, por sua vez, cristalizariam-se na forma de *potência de padecimento* ou reação, no lugar de ação.

*"Ele [diretor do Sindicato dos Médicos de São Paulo] acrescentou que, sedativos usados geralmente em pacientes intubados, também estão em falta na unidade da Grande SP. Por causa disso, profissionais do hospital chegaram a presenciar a morte 'lenta e dolorosa' de pessoas internadas. 'Isso é contra a ética médica', destacou. [...] 'No início, faltavam alguns insumos. Mas isso já é esperado no SUS, onde sempre se 'dá um jeito', substituindo um medicamento por outro similar. A situação piorou de verdade no fim do ano passado e no início deste, pois não tinha mais como substituir os medicamentos, que estavam em falta', disse a residente." [Folha]*

*"É uma situação que vem acontecendo há mais de um mês. São pacientes respirando com auxílio de ventilação mecânica em TOT (tubo orotraqueal) e acordados. Isso é doloroso demais para nós. É difícil demais ver essa situação – relatou um profissional, emocionado. – Teve um plantão que morreram cinco pacientes, e não foi Covid-19 que matou, foi a negligência de não ter o básico, que é uma sedação.' [...] Nós estamos de perto vendo tudo isso e, ainda por cima, sem o nosso pagamento. Imagine, chegar em casa de um plantão super esgotante e não ter luz porque não tive dinheiro para pagar a conta? Estamos largados, e eu estou cansado fisicamente e psicologicamente" [O Globo]*

Em concordância com a exposição que fizemos na Introdução, uma das marcas da governamentalidade neoliberal é a generalização da concorrência como norma social e a organização-empresa como modelo de subjetivação (Dardot & Laval, 2017). Podemos argumentar que essa ideologia da gestão de si é um fator agravante do sofrimento ético-político, na medida em que “na tentativa de dar conta de si, sem interação com o outro, é instaurado um ambiente sem margem para reconhecimento mútuo” (Ambrósio *et al.*, 2019).

Ancorada nessas bases históricas-culturais, a representação das(os) trabalhadoras(es) do SUS como um coletivo de heroínas/heróis também aparece como mecanismo de inclusão perversa, na medida em que procura valorizá-las(los) pelo papel social desempenhado, ao mesmo tempo em que deposita sobre elas/eles a pressão de serem corpos invencíveis (Bitencourt & Andrade, 2021). Essa ambivalência de sentidos também se manifestou na relação que as(os) profissionais estabeleciam com discursos dessa natureza: ora eram rejeitados, tidas como “falsos” ou insuficientes; ora eram aceitos, até mesmo incorporados por elas/eles em narrativas sobre suas experiências durante pandemia de COVID-19, talvez, como tentativa de fortalecer a si mesmos, identificando-se com uma imagem “super-humana” para dar conta de “super-deveres”.

*"a idéia que profissional da saúde é herói é pura banalização da profissão, sou técnica de enfermagem e se preciso eu iria sim, [...] não por amor, mas porque*



*minha capacitação se faz necessária. colocar essa responsabilidade nas costas de uma categoria tão defasada é desumano. [...] enfermagem por amor é uma piada de mau gosto!" [Twitter]*

*"hoje vacinei perto de 200 pessoas, acho que só sendo super herói pra aguentar mesmo [...] viva o sus" [Twitter]*

*"Todos os dias recebo pedido de leitos. Às vezes há um disponível e, quando ligo para a família, descubro que o paciente já morreu' lamenta 'Como posso julgar quem salvar, quem merece viver? É uma sensação de impotência. [...] Questionada pelo repórter sobre como é sua rotina, a estudante de enfermagem [...] adverte 'Olha, vou chorar.' E chora. 'Os pacientes precisam de água e comida, mas não conseguem beber ou engolir. Estão cansados, pedem para aumentar o oxigênio. Nossas equipes estão adoecendo, sobrecarregadas e cansadas. Há profissionais de diversas áreas que querem nos ajudar, mas não podemos permitir porque pertencem a grupos de risco. [...] Nós não somos super-heróis, também adoecemos e todos os dias deixamos pessoas em casa para cuidar de quem está aqui, no hospital. Estamos sempre expostos a riscos." [O Globo]*

Não obstante, quando analisamos o sofrimento ético-político dialeticamente, identificamos o duplo potencial contido nesse fenômeno: embora tenda para a imobilidade/potência de padecimento, na medida em que emerge a partir de maus encontros, ele também pode atuar como força mobilizadora para a composição de um “comum coletivo”, em sentido semelhante ao que foi proposto por Dejours (2004). Da mesma forma como a aparente ausência de sofrimento ou o estado de “normalidade” não necessariamente sinalizam saúde, uma vez que podem simplesmente indicar um estado de alienação em relação ao real (Lancman, Jardim e Barros, 2013), a presença de sofrimento diante de situações de injustiça pode ser tomada como um indicador de saúde mesmo – se entendemos saúde em sentido ampliado – na medida em que se configura como uma força que retira o sujeito de um lugar (in)cômodo e o posiciona em interação ativa com a realidade, representando uma abertura para a criação e a transformação do que estava inicialmente estabelecido (Curvo & Silva, 2011).

*"[...] A situação chegou para além do limite, a gente já está esgotado. A gente não aguenta mais e quem está sofrendo é a população, que espera em fila de seis horas, quatro horas... O que a gente pede são condições mais justas, mais dignas, e o reconhecimento mínimo que seria o respeito ao médico que tanto trabalhou e continua trabalhando em prol do benefício da saúde do paciente. Este é o único motivo pelo qual a gente continua mesmo sob condições adversas [...]. É um misto de tristeza, mas uma ponta de esperança e é por isso que a gente continua essa luta. É nesse momento que a gente se encontra agora. Pegando o último fôlego pra gritar junto da população, que a gente precisa de ajuda para vencer a pandemia [...]" [O Globo]*

Na perspectiva spinoziana, seria justamente na passagem dos *afetos passivos* para os *afetos ativos*, possibilitada pelo conhecimento de seus determinantes, que a servidão daria lugar à liberdade (Strapazzon, Sawaia e Maheirie, op. cit.). Não se trata de um processo

simples, porém, demandando para tanto uma análise crítica sobre o sentimento de impotência, que permita o conhecimento das raízes da desumanização. Nesse sentido, o trabalho em equipe – desde que organizado de maneira semelhante à configuração que Peduzzi (2020) denominou *equipe-integração* – mostra-se como condição favorável para superar o sofrimento, transformando-o em criatividade, e encontrar sentido na atividade realizada (Ludwig *et al.*, 2021).

*"Ele [fisioterapeuta morto em decorrência da COVID-19] estava muito cansado, chegava em casa triste por ver o sofrimento dos pacientes ou pelas mortes que tinha visto. Ainda assim, dizia que tinha se descoberto, queria ajudar a amenizar a dor de quem estava doente", disse [...] [sobrinha]."* [Folha]

*"[...] A pandemia mudou minha vida, minha maneira de pensar, de compreender o ser humano e o mundo. Fortaleci ainda mais meu compromisso com a ciência e com a prática da medicina baseada em evidências. **Aprendi que ser médico vai além de uma prescrição de medicamentos, envolve um papel ativo fundamental para a transformação não só do doente, mas de todos ao seu redor. Redobrei minha fé, tornei-me mais solidária e humana'** [cardiologista e intensivista] [O Globo]*

*"[...] Está todo mundo muito vulnerável, com muito sofrimento [...]. **Se a gente deixa de se vincular, perde o sentido do trabalho. O trabalho em saúde é uma troca de carinho, de cuidado.'** [...] Foi nesse momento que [médica intensivista] resolveu pintar aquarelas com base em desabaços ouvidos informalmente de outros trabalhadores de saúde [...]. Para ela, as experiências com a arte também são uma forma de se fortalecer. **'Pensei inúmeras vezes em pedir demissão, mas vinha essa motivação de continuar trabalhando.'**" [Estadão]*

Este é, precisamente, o campo em permanente disputa que configura a micropolítica do trabalho em saúde, o campo em que emergem “rupturas” e “ruídos” naquilo que estava instituído, a partir da disputa entre forças fixadas pelo trabalho morto e forças que operam no trabalho vivo em ato – ou seja, processos criativos e desejanter (Malta & Merhy, 2003). Nesse sentido, pode-se argumentar que o trabalho de cuidado em saúde, tal como o conhecemos, neste sistema político-econômico e nestas circunstâncias históricas, está sujeito a uma variação permanente entre servidão e liberdade, por mais que a criatividade (associada, por sua vez, à liberdade), seja tomada como algo intrínseco a ele (Franco, 2015).

Neste ponto, é válido questionar em que medida é possível pensar-fazer um modelo de cuidado que escape às lógicas *capitalísticas, moralizantes, positivistas* denunciadas por Franco (2015), um modelo de cuidado regido pelas necessidades de sujeitos desejanter, no lugar das necessidades do mercado. Para tanto, é preciso recuperar a história das lutas pela saúde como uma dimensão particular da luta de classes (Souza & Maurício, 2018), entendendo o SUS como projeto civilizatório, antes de ser sistema de saúde.

**CATEGORIA 5: O SUS como potência ‘apesar de’**

<b>Objetivo correspondente</b>	<b>Categoria de análise</b>	<b>Núcleos de sentido</b>
<b>Objetivo 2:</b> Analisar os pressupostos e as implicações da representação heróica de profissionais da saúde do SUS, considerando o contexto da pandemia e do desmonte das políticas públicas de saúde.	O SUS como potência <i>apesar de</i>	"Sinergia de vulnerabilidades"  Redescoberta do SUS

**Quadro 7. Síntese da Categoria de análise “O SUS como potência *apesar de*”.**

Todas as categorias previamente apresentadas diziam respeito, de maneira mais ou menos direta, às condições de produção de saúde no Brasil. Colocado de outra forma, no decorrer deste trabalho, discorreremos sobre os modos de organização dos processos de trabalho em saúde pública; quais são as instâncias de “produção de saúde” e de que modo se distribuem/relacionam entre si e com as dinâmicas macroestruturais estabelecidas; a quem se destinam e por quem são produzidas. Todas essas questões, relativas ao nosso sistema de saúde e como ele se estrutura, remetem a uma anterior, cuja resposta deve guiar as demais: o que entendemos como *saúde*? A fim de elucidar este ponto, recupero as palavras de Sérgio Arouca, proferidas na 8º Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (CNS, 2021):

*[...] Saúde começa a ganhar uma dimensão muito maior do que simplesmente ser uma questão de hospitais, [...] de medicamentos. Ela se supera... E ela quase que [...] se iguala a nível e qualidade de vida. Algumas vezes, qualidade de vida ainda não conseguida, mas pelo menos, ainda desejada. Alguns tempos atrás até foi criado o conceito, muitas vezes até criticado, inclusive até por mim mesmo, que chamava ‘ciclo econômico da doença’, mas que nesse momento, talvez, até seja importante trazê-lo de volta porque é uma questão muito simples, é uma ideia que eu acho que tem que ser entendida e pensada na sua, exatamente, simplicidade. [...] A ideia desse conceito, na sua simplicidade, é quase dizer que, quanto piores são as condições de vida de um povo, isso vai se tornando um ciclo vicioso que faz com que cada vez mais sejam piores. Quanto pior é a educação, pior é a comida, pior é a vestimenta, pior é a possibilidade de ter assistência médica, pior é a possibilidade de ter condições de trabalho dignas e decentes [...]. Cada vez mais esse povo será doente. E, ao contrário, cada vez que um povo consegue ter direito universal à educação, ter direito à habitação condigna [...], que se possa comer aquilo que permite uma reprodução humana digna [...]. Cada vez que se consegue isso, é uma população que briga mais, que tem mais consciência, [...] que consegue ganhar força para transformar essa sociedade no sentido de alcançar cada vez mais um nível de vida melhor.*

Esse discurso e esse conceito de saúde-doença, em sua complexa simplicidade, continham o germe do que viriam a ser os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), oficialmente instituído a partir das Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990, porém, presente enquanto ideia e condição de cidadania desde a Constituição Federal de 1988 e, enquanto projeto político e utopia necessária, ao longo de todos os movimentos populares pela redemocratização, em resistência à Ditadura Militar (1964-1988), especificamente, aquele que ficou conhecido como Reforma Sanitária.

Segundo Paim (2012), a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) não se restringiu apenas a uma reforma do setor de Saúde, caracterizando-se como componente central de um projeto mais amplo de reforma social à medida que adotava como horizonte possível a democratização da *saúde*, da *sociedade*, do *poder público* e da *cultura*, partindo do pressuposto de que o fenômeno saúde-doença só poderia ser compreendido, em sua totalidade, em relação aos seus determinantes sociais, para além da dimensão biológica-individual.

O SUS foi proposto, então, como um arranjo organizacional específico do Estado brasileiro que objetivava traduzir os princípios éticos/doutrinários defendidos pelo movimento sanitário (Pache, 2009) – sintetizados nos conceitos de Universalidade, Integralidade e Equidade – por meio de determinadas diretrizes operativas capazes de torná-los concretizáveis – Regionalização e Hierarquização; Descentralização e Comando único; Participação popular (Brasil, 1990). É importante resgatar esse processo histórico, seus agentes e os sonhos pelos quais eram movidos, a fim de evidenciar não somente a recência das políticas de saúde no Brasil, mas seu caráter precisamente *político*, entendendo que foram feitas e se fazem em permanente disputa com forças contrárias – caráter comumente perdido nos discursos hegemônicos a respeito do SUS.

*“Entre abril de 2020 e abril de 2021, os planos de saúde privados receberam pouco mais de 1 milhão de novos usuários. [...] O aumento de 1 milhão de pessoas entre abril de 2020 e abril deste ano é a confirmação do que se sabe faz tempo, mas que nem sempre é dito com a isenção necessária ou com o destaque merecido. Os planos de saúde privados estão entre os principais sonhos de consumo do brasileiro. E esta posição não caiu do céu, nem foi conseguida de graça. Os planos de saúde privados fazem a diferença porque, invariavelmente, entregam aquilo que prometem. [...] Há males que, se não vem para o bem, pelo menos mostram uma realidade até então não percebida. É o caso da pandemia do coronavírus. Ela indubitavelmente colocou o SUS e seus agentes em posição de destaque e deixou claro que o sistema não funciona não porque não é bom, mas porque o orçamento da União não contempla os recursos necessários para o seu custeio. [...] Além disso, a pandemia mostrou o que o povo já sabia, mas*

*era escondido por interesses dispostos a levar vantagem em cima de um tema delicado, como é o atendimento à saúde: os planos de saúde privados funcionam.” [Estadão]*

*“Sim, os servidores da linha de frente da saúde são os heróis desta pandemia. Mas, do front para cima, e não só, o SUS sempre foi um dos maiores ralos da República, usado e abusado como instrumento de empreguismo e chantagem eleitoral. [...] A saúde pública sempre viveu no limiar do colapso porque os hospitais e equipamentos que os governadores e prefeitos não têm, como tudo o mais no Brasil, foram transformados em aposentadorias precoces e contratações em dobro de funcionários indemissíveis para todo o sempre com direito a aumentos anuais automáticos que consomem tudo e mais um pouco do que os governos arrecadam com a carga de impostos economicamente necrosantes mais tóxica e pesada do planeta.” [Estadão]*

Podemos identificar a expressão dessas “forças contrárias” em problemas crônicos como o subfinanciamento público, em especial, no que tange aos investimentos; a articulação insuficiente entre os diferentes níveis de atenção, somada à dependência do setor privado para serviços especializados e exames complementares; sistemas de informação ultrapassados; crescimento desordenado dos planos de saúde privados; ausência de planos de carreira; fragilização dos modelos assistenciais de acordo com as mudanças na gestão; etc (Paim, 2012; Bousquat *et al.*, 2021). Problemas como estes, os quais podem ser definidos como estruturais, são agravados ou atenuados, a depender da conjuntura histórica em que nos encontramos.

Na conjuntura pandêmica, somaram-se ainda outros fatores, já enunciados nas categorias prévias, atribuídos majoritariamente a decisões do governo federal, como a paralisação do Ministério da Saúde; a dificuldade de repasses orçamentários aos estados e municípios; o atraso na aquisição de testes e EPIs; o enfraquecimento de diretrizes para o isolamento social (Campos, 2020). O retrocesso nas políticas de saúde, por sua vez, embora tenha alcançado níveis estarrecedores durante a gestão Bolsonaro, pode ser traçado desde antes, tendo como marcos referenciais a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95) de 2016, a qual congelou o gasto público por vinte anos (Bousquat *et al.*, 2021), além das mudanças na Política Nacional de Atenção Básica a partir de 2017, as quais também contribuíram para o subaproveitamento da Atenção Primária no enfrentamento à COVID-19 (Silva *et al.*, 2021; Giovanella, Franco e Almeida, 2020).

*“[...] BolsoGuedes ataca novamente e agora com decreto que permite a privatização das Unidades Básicas de Saúde, controladas pelo SUS. Só em SP, são 468 UBS ameaçadas. Mas nossa bancada já está mobilizada para impedir esse novo absurdo dessa gestão antipovo. #DefendamOSUS [...] Parece piada de muito mau gosto que a notícia do decreto tenha sido divulgada no Dia do Servidor Público, categoria desprezada por Bolsonaro. Defendo a valorização desses profissionais, a promoção de concursos em SP e o fim do império das OSs que tomaram 69% da saúde paulistana.” [Twitter]*

*"[...] A resposta brasileira à pandemia foi muito diferenciada na atenção primária. Tivemos municípios fazendo diagnóstico precoce, rastreamento de contatos, mas foram exceções. **Muitos fecharam serviços. Não houve orientação técnica do Ministério da Saúde.**' Com isso, houve redução de procedimentos preventivos e necessidades não atendidas. 'Isso tudo está virando uma bola de neve. Muitos problemas que poderiam ser prevenidos e tratados na atenção primária vão se agravar, aumentando a pressão sobre os outros níveis do sistema', reforça [médico, professor da FGV]" [Folha]*

Precisamente nesse cenário desolador, ocorre uma inversão na tradição de representações midiáticas sobre o SUS, em dois sentidos. Primeiramente, nota-se uma propagação de discursos de teor positivo a respeito do SUS, reconhecendo sua função social. Para além deste primeiro sentido, mais associado às narrativas sobre o “SUS-herói”, destaca-se o fato de que, em sua maioria, mesmo aqueles discursos que denunciavam desafios ou fragilidades do SUS não deixavam de enaltecer suas potencialidades e avanços já conquistados (Rangel-S, *et al.*, 2022; Costa, Rizzotto e Lobato, 2020).

*"Muito se discute sobre o SUS. Alguns consideram seus problemas de gestão tão graves que diminuem drasticamente os seus benefícios. Outros apontam as claras limitações do seu financiamento como a causa primordial de todas as suas insuficiências. Entretanto, **não há o que disputar quanto às evidências do enorme benefício do conceito igualitário do modelo desenhado para o SUS** [...]. A consagração do conceito, se ainda não estivesse evidente, ocorre agora com o extraordinário serviço prestado à sociedade brasileira no enfrentamento da pandemia." [Folha]*

*"Entendo ZERO de política. Mas to vendo muita gente falando que precisa ser privatizado por 'ser ruim'. Mas lembrem-se, o seu futuro ídolo, herói, companheiro pode estar sendo curado HOJE no SUS." [Twitter]*

Do mesmo modo, evidencia-se a importância da comunicação jornalística como canal de divulgação de informações confiáveis, cientificamente embasadas, em um período de emergência em saúde pública. Num contexto em que autoridades que deveriam ser responsáveis pela democratização do acesso a essas informações estavam mobilizadas justamente em sentido contrário – negando a gravidade da pandemia e as recomendações científicas associadas, propagando desinformação e inviabilizando as medidas de proteção e prevenção necessárias contra a COVID-19 – por seu turno, ao assumirem um compromisso com a divulgação científica e a defesa de um sistema de saúde público universal, os veículos jornalísticos também assumiram uma posição de oposição política ao *status quo*.

*"Esse Brasil Fantasia explodiu com a epidemia da Covid-19. Capotou a economia que estava a 'um milímetro do paraíso' (palavras de Paulo Guedes) com 38 milhões de brasileiros na informalidade. Capotou também o Brasil Paraíso dos grandes grupos de medicina privada. **A conta da Covid-19 está nas costas do SUS, o patinho feio da medicina nacional.** [...]" [Folha]*

*"O apresentador William Bonner tomou a primeira dose da vacina contra covid-19 nesta segunda-feira, 7. O jornalista, de 57 anos, compartilhou a notícia no seu perfil do Instagram com uma foto ao lado de profissionais da saúde. Na*

*legenda, ele elogia o Sistema Único de Saúde (SUS) e critica a lentidão da vacinação no Brasil. Sem citar nomes, o apresentador afirmou que o SUS sobrevive 'a tantas incompetências e irresponsabilidades criminosas.'* [Estadão]

Podemos dizer que a pandemia de COVID-19, tal como se deu no Brasil governado por Bolsonaro, reposicionou-nos em relação ao real – como as catástrofes costumam fazer – e, por consequência, revelou um outro SUS, mais próximo da lembrança de um direito conquistado, à medida que nos defrontamos com a produção escancarada de morte, por todos os lados. Nesse contexto, o SUS disfuncional, insuficiente e “privatizável” – fruto de discursos ideológicos que naturalizavam problemas com raízes históricas – deu lugar, em grande parte, ao SUS gigante, indispensável e inegociável. No assombro expresso em silêncio ou na gratidão expressa em grito de “Defenda o SUS!” pairava uma espécie de especulação: “O que teria sido de nós, agora, se não fosse esse SUS *real* que, embora ainda insuficiente, é imprescindível?”

Partindo desse questionamento e desse real, apreendido com todas as suas contradições, é que se faz possível imaginar e criar um amanhã diferente, talvez, menos absurdo e menos “malvado”, como diria Paulo Freire. Da mesma forma como o SUS, há não muito tempo atrás, foi um “amanhã diferente” sonhado e construído coletivamente desde um presente perverso. Discutiremos na última categoria, a seguir, de que maneira se desenhou/desenha um outro amanhã, mais esperançoso, nas respostas coletivas mobilizadas por trabalhadoras(es) da saúde, comunidade científica e sociedade civil contra a pandemia e os pandemônios.

**CATEGORIA 6: Luz no fim do túnel: Respostas ao (des)Governo absurdo**

<b>Objetivo correspondente</b>	<b>Categoria de análise</b>	<b>Núcleos de sentido</b>
<b>Objetivo 3:</b> Refletir sobre os efeitos dessa representação heróica na constituição das subjetividades e das práticas das/dos profissionais da saúde.	“Luz no fim do túnel”: Respostas ao (des)Governo absurdo	A vacina contra a desesperança
		O coletivo como fator de proteção

**Quadro 8. Síntese da Categoria de análise “Luz no fim do túnel: Respostas ao (des)Governo absurdo”.**

Conforme discutimos anteriormente, o sofrimento ético-político carrega um duplo potencial, no que diz respeito à forma que assume e às suas consequências: pode se cristalizar em potência de padecimento – isto é, imobilidade e cerceamento – ou pode contribuir para a composição de um sentido de *grupalidade*, uma vez que é provocado por determinantes sociais compartilhados entre os sujeitos, e subseqüentemente, estimular a ação. Dito isso, é importante ressaltar que o benefício potencial não está no sofrimento em si, mas na abertura para a transformação que ele engendra, desde que submetido a uma análise crítica (Curvo & Silva, op. cit.).

Pode-se dizer que essa abertura para a transformação, por sua vez, remete a um aspecto ético do sofrimento em geral. Dialogando com esta perspectiva, ao fazer uma análise contemporânea do mal-estar, Birman (2003), estabelece uma distinção entre as experiências de dor e sofrimento. Enquanto a primeira estaria associada ao solipsismo e à passividade, a última implicaria alteridade à medida que “endereço a alguém a demanda”, posicionando o sujeito de maneira ativa em relação a um outro. Nesse sentido, ainda que não seja considerado especificamente ético-político, como no conceito de Sawaia (2017), existiria uma eticidade inerente a toda experiência de sofrimento.

No caso da atuação em saúde, particularmente, essa eticidade, a qual tem como elemento intrínseco a afetividade, se mostra fundamental para o alcance do sucesso existencial defendido por Ayres (op. cit.), tendo em vista que reposiciona o sujeito como um corpo – que sente, pensa, move-se – em relação com outros sujeitos-corpos, retirando-o de um agir mecanizado, irrefletido, ensimesmado. Como sugeriram Scholze *et al.* (2009), a perspectiva da alteridade se coloca, então, como “modo de estranhar a realidade dos serviços e produzir mudanças, superando a naturalização da alienação”. A afetividade, desse modo,



configura um instrumento de trabalho indispensável para a atuação em saúde efetivamente resolutiva (Moura & Silva, 2015), quando entendemos o *cuidar* em sentido ampliado, relacionado também a uma “estética da liberdade” (Bellato & Araújo, 2011).

*"A roupa de proteção necessária para o trabalho na pandemia se tornou uma fonte de agonia para [...], técnico de enfermagem e motorista do Samu e de uma empresa particular de ambulância [...] 'Aquilo dá uma ansiedade, você quer arrancar tudo. Nessas horas, o colega te acalma e você acalma o colega, porque não podemos tirar. Temos que respirar fundo e lembrar algo para dar risada' conta o socorrista de 42 anos, que está na área há 14." [O Globo]*

*"Nós somos o símbolo da esperança, sempre digo isso à nossa equipe. Também lembro de uma mãe e um filho que, no momento da vacinação, contaram que o pai da família tinha morrido de Covid. Nós damos acolhimento, é fundamental", comenta [enfermeiro] [...] Num cantinho do centro montado no Planetário, a enfermeira montou uma espécie de altar, com cartas e mensagens deixadas pelos que foram vacinados no local. Cada palavra de alento vale ouro, e ajuda a superar os estresses diários da equipe. [...] 'Vou levar o que estou vivendo para o resto da minha vida. Ainda não consigo enxergar o fim do túnel, mas sei que a vacina é a única saída', conclui." [O Globo]*

Isso nos leva de volta à concepção de trabalho de cuidado em saúde a partir da alternância entre servidão e liberdade. Retomando a perspectiva spinoziana, a liberdade é entendida como algo que ultrapassa os limites do indivíduo, como uma operação *ética* relativa ao conhecimento dos determinantes dos afetos. A partir deste conhecimento, por conseguinte, o sujeito teria a possibilidade de se autodeterminar – agir sobre si e sobre o mundo – realizar sua potência de ação ao preservar-se na existência (Strapazzon, Sawaia e Maheirie, op. cit.).

Essa potência de ação, por sua vez, também é inerentemente associativa, posto que varia para mais ou para menos a partir da qualidade dos encontros estabelecidos com outros sujeitos-corpos. A liberdade de cada um, nesse contexto, sempre é dependente de bons encontros. Não se trata de uma liberdade absoluta, neoliberal e amoral, que termina onde começa a do outro, mas uma liberdade essencialmente relacional, que só é possível *onde há e porque há* um outro. Seguindo este raciocínio, conclui-se que os bons encontros caracterizam, precisamente, a mediação necessária para a conversão do sofrimento em criatividade, à medida que geram afetos alegres, e estes são sempre ativos (*id*, 2022).

*"Eu trabalhava 16 horas por dia. Tive de escrever protocolos detalhados. Antes de começar a receber os primeiros pacientes, a gente juntou todas as equipes. Vi o medo nos olhos das pessoas. **Falei que íamos presenciar muitas mortes, sofrimento, dor. Mas que estávamos juntos. Aprendi que tem algo muito maior que nos une.** Não importa se trabalho no local A ou B, escolhi cuidar de pacientes. Nenhuma instituição é uma ilha; se não sairmos da situação todos, ninguém vai sair sozinho. [médico intensivista]" [Estadão]*

*"Com o objetivo de ampliar o olhar e o cuidado em saúde mental de nossos profissionais de saúde, a equipe do Núcleo Ampliado em Saúde da Família construiu um espaço para acolhimento das equipes da estratégia de saúde da família no município de Murici – Alagoas denominado Sala de Apoio para*

*Profissionais, neste espaço os profissionais de psicologia, terapia ocupacional e fisioterapia organizavam semanalmente, atividades voltadas para o bem-estar dos profissionais. Oportunizando um ambiente acolhedor com mensagens otimistas e inspiradoras, práticas integrativas de relaxamento e diminuição de dores, dinâmicas e escuta. [...] As equipes relataram a importância desses momentos frente ao cenário incerto que vivenciamos e diante da necessidade de apoiar, acolher, cuidar e proteger nossos profissionais.” [HumanizaSUS]*

Se, para Spinoza, o conhecimento sobre as causas e a responsabilização pelos afetos equivalem à liberdade, em sentido contrário, a servidão estaria associada à desresponsabilização e/ou a atribuição das causas dos afetos a uma vontade exterior, desconhecida. Para o autor, o medo e a esperança seriam os afetos que mais têm força para estabelecer a servidão, uma vez que costumam estar relacionados a essas condições. Para os fins deste trabalho, contudo, escolhemos tomar a palavra esperança em outro sentido, mais próximo à concepção de Paulo Freire (2013, p. 13), quando diz: “Não sou esperançoso por pura teimosia, mas por imperativo existencial e histórico. [...] Precisamos da esperança crítica, como o peixe necessita da água despoluída.”

Ao invés de ser um afeto passivo, como em Spinoza, para Paulo Freire, a esperança está posta como uma necessidade ontológica: uma condição de ser humano, sem a qual a humanidade fenece. Porém, do mesmo modo como a humanidade é feita na História, dialeticamente, a esperança também precisa estar ancorada na prática, sem a qual se torna ingenuidade. De modo semelhante, para Vigotski, a criatividade – a qual, segundo defendemos anteriormente, parece estar intrinsecamente ligada à liberdade – configura uma condição ontológica de superação do sujeito que, embora ontológica, ainda está submetida às condições materiais concretas e às experiências prévias da pessoa em questão (Maheirie *et al.* 2015).

Se nas primeiras categorias nos esforçamos em problematizar a representação de profissionais do SUS enquanto heróis, destrinchando as bases históricas em que se ancorou e seus possíveis efeitos perversos, nesta categoria e na anterior, exploramos respostas desenvolvidas por sujeitos reais contra problemas reais – tomando o real em sua face mais violenta, aterradora, inominável. Embora tenha sido a menor categoria no que diz respeito à quantidade de materiais reunidos (evidências), esta categoria 6 se demonstrou bastante significativa e coesa.

Se o SUS – tema principal da categoria precedente – caracterizava uma resposta já instituída, mesmo que em permanente construção, os sentidos que compõem a presente

categoria de análise parecem se concentrar em respostas ainda em princípio de delineamento ou por delinear. Colocado de outro modo, tratam-se de movimentos embrionários em direção à superação das alienações, a partir do cotidiano (Gomes & Schraiber, 2011). Chama a atenção o fato de que todos os sentidos identificados – seja a vacina; sejam iniciativas de cuidado/acolhimento em equipe; seja o vínculo com usuários ou entre pares – remetem a estratégias coletivas.

*"Tive a honra de ser o segundo profissional da saúde da cidade de Morro da Fumaça à receber a dose da vacina CORONAVAC/BUTANTAN [...] São 9 meses de trabalho na linha de frente contra essa terrível pandemia, graças ao SUS e a ciência temos enfim uma luz no fim do túnel!" [Twitter]*

*"Uma técnica de enfermagem encarregada de arrumar leitos de unidades de terapia intensiva para receber pacientes com covid-19 foi a primeira pessoa em Minas Gerais a receber a vacina Coronavac [...] 'Nesta hora, neste momento, está chegando a vacina, a nossa luz no fim do túnel. Então, peço à população, vacinem, mas, por favor, tomem cuidado. Não deixem de usar a máscara, álcool em gel e lavar as mãos. Isso vai vir conosco por algum tempo, mas vai passar', afirmou, depois de receber a dose. [...] A técnica em enfermagem [...] foi a primeira cidadã do Estado [Amazonas] a ser vacinada. Ela relembrou os momentos difíceis e sofridos, mas acrescentou ser 'gratificante ter a oportunidade de ajudar o próximo, que é o bem maior que temos que fazer.'" [Estadão]*

Desse modo, as “respostas ao (des)governo absurdo” aqui sugeridas parecem fazer um contraponto a todos os problemas que levantamos quando tratamos da representação de profissionais da saúde enquanto figuras heróicas: se esta se mostrava ideológica por individualizar questões sociopolíticas, por reificar, por estar desvinculada de qualquer correspondente material de reconhecimento; as evidências que apareceram na presente categoria se mostraram tão significativas, exatamente, porque coletivizam, humanizam, partem da concretude. Defendemos o argumento de que são estas características que permitem a expressão do *sonhar*, entendido como ato político e “conotação da forma histórico-social de estar sendo de mulheres e homens” (Freire, 2013, p. 78).

*"Lidar com a sobrecarga devido ao adoecimento dos colegas é complexo. Infelizmente, nosso sistema de saúde já está sobrecarregado faz tempo. E nós estamos todos cansados. Foram dois anos de muito luto, e muita luta', diz. 'Mas a gente se ajuda muito, e pensa muito de forma coletiva nesse momento. [...]" [Estadão]*

*"Desde a suspensão das aulas em Porto Alegre que tenho buscado forças para lutar na ideia de que poderemos superar essa emergência através da soma dos nossos gestos de cuidado e solidariedade. Nossas ações podem encontrar uma dimensão comum a partir das singularidades que afirmam a vida. A extensão dos danos pode ser mitigada na medida em que possamos encontrar a sinergia dos bons encontros durante essa pandemia. No entanto, há muitas pessoas que entraram num modo de negação que, especialmente nesse momento é suicida e 'antropocida' ao mesmo tempo. Felizmente essa postura não é a da maioria." [HumanizaSUS]*

À guisa de conclusão, podemos nos questionar em que consiste esse sonho em processo de construção, para onde desejamos que ele nos leve. Em se tratando de saúde pública, principalmente, mas entendendo a saúde pública como dimensão particular da cidadania, arrisco dizer que (ainda e sempre) sonhamos com a humanização. Por mais que exista uma política transversal do SUS, especificamente voltada para a humanização, muito se tem debatido a respeito da aparente ambiguidade ou esvaziamento de sentido desse conceito, o que parece se refletir em dificuldades de concretização do programa expresso na PNH (Souza & Maurício, 2018).

Podemos tomar essa “ambiguidade” como consequência do caráter contraditório de uma forma de sociabilidade que converte o cuidado em processo desumano (reificado), em última instância. Nesse sentido, não seria possível reverter a desumanização exclusivamente por meio de mudanças na lógica usuário-trabalhador (Souza & Maurício, op. cit.). Todavia, nem por isso podemos menosprezar iniciativas nesse sentido ou o papel da subjetividade. Nas palavras de Freire (2013, p. 84):

*O sonho pela humanização, cuja concretização é sempre processo, e sempre devir; passa pela ruptura das amarras reais, concretas, de ordem econômica, política, social, ideológica, etc., que nos estão condenando à desumanização. O sonho é assim uma exigência ou uma condição que se vem fazendo permanente na história que fazemos e que nos faz e refaz.*

Talvez, seguindo esta pedagogia da esperança crítica, forjada no pessimismo da razão e sustentada pelo otimismo da vontade (Rolland *apud* Gramsci, 1920), possamos nos aproximar da “luz do fim do túnel” desde aqui avistada, despontando muito além da pandemia de COVID-19 e de neoliberalismos necropolíticos. Aproximarmo-nos de um Estado e de uma sociedade que, em lugar do sofrimento ético-político, possuem como marca a *felicidade pública*, entendendo-a mesmo como critério de definição de cidadania (Sawaia, 2017), princípio de uma radicalidade democrática comprometida com o bem comum – raiz de um cuidado verdadeiramente humanizado.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, foi possível confirmar as hipóteses inicialmente colocadas. Não obstante, durante o percurso, também emergiram sentidos inesperados e novos questionamentos, a ser melhor elaborados em pesquisas futuras, possivelmente. Caminhando para a conclusão, faremos uma síntese dos achados previamente expostos, destacando os resultados mais significativos dentro de cada categoria e também considerando as categorias relacionadas entre si, recuperando o movimento dialético segundo o qual buscamos nos orientar no decorrer de toda a pesquisa.

Na primeira categoria, mais expressiva em termos de quantidade de evidências reunidas e polissemia entre os materiais coletados, constatamos o caráter contraditório dos discursos que retratavam profissionais da saúde como heroínas/heróis durante a pandemia de COVID-19: ao passo que expressavam um reconhecimento social aparentemente inédito para a maioria das(os) trabalhadoras(es) da saúde, em especial da saúde pública, também atuavam como mecanismo de fetichização-desumanização dessas(es) trabalhadoras(es), à medida que desconsideravam a natureza coletiva do trabalho de cuidado e as bases históricas-políticas por trás dos deveres “super-humanos” os quais estavam sendo exigidos delas(es), bem como as repercussões subjetivas e objetivas dessa ideologia para as pessoas por trás das máscaras.

Estas repercussões, por sua vez, ficaram evidentes na Categoria 4, a qual constituiu uma espécie de antítese à tese enunciada na Categoria 1: se na primeira categoria acompanhamos narrativas de outros agentes sobre as(os) profissionais da saúde, tomados como objetos de idealização, aqui, as(os) trabalhadoras(es) falam por si, enquanto sujeitos que pensam, fazem, sentem e sofrem em contato a realidade.

Realidade esta que foi desnudada em seus aspectos mais perversos nas Categorias 2 e 3. Respectivamente, estas categorias demonstraram os problemas concretos aos quais as(os) profissionais do SUS estavam expostas(os), relativos às condições de produção e organização dos processos de trabalho – problemas estes que, sobremaneira, permaneceram inalterados com a emergência das narrativas de “reconhecimento” previamente discutidas – e sua origem política ou necropolítica, para ser mais precisa. Dizer que os desafios cotidianos enfrentados pelas(os) trabalhadoras(es) do SUS, a nível micropolítico, possuem determinantes macropolíticos, por seu turno, não implica que essas(es) profissionais estão submetidos à

vontade de “forças superiores”, assujeitados, em posição de imobilidade. Do mesmo modo, também não podemos tomar as “forças superiores”, estruturantes, atualmente instituídas – dentre estas, inclusive, as políticas públicas de saúde – de maneira estática, a-histórica.

Tendo isso em vista, nas últimas duas categorias (Categorias 5 e 6), buscamos recuperar a historicidade das políticas públicas de saúde tal como as conhecemos hoje, com seus movimentos de retrocesso e de avanço em direção a um determinado horizonte de *saúde e cidadania*, permanentemente sonhado e constantemente refeito por pessoas reais – nas ruas, nas unidades de saúde, Conselhos e Conferências, Câmaras, Assembleias, Ministérios, etc – coletivamente.

Entre as contribuições deste estudo, destacamos o uso de publicações em mídias digitais, especialmente redes sociais *online*, como material de análise, considerando o papel desempenhado por estes veículos de comunicação na contemporaneidade, para a construção e/ou revisão de discursos hegemônicos e produção de comportamentos, principalmente durante a pandemia de COVID-19. Infelizmente, para os fins da presente pesquisa, não tivemos condições de conduzir análises mais aprofundadas a respeito dos sentidos identificados no interior de cada mídia, possibilitando estabelecer um comparativo entre elas.

Por fim, devemos destacar que, embora as conjunturas pandêmica e governamental tenham sido alteradas, desde a concepção do projeto até o momento em que entregamos este relatório, a memória do que vivemos permanece conosco – e jamais deve ser esquecida – assim como as consequências que ficaram daquele período, não somente para a reorganização dos serviços de saúde, mas pensando mesmo no futuro do SUS, enquanto política pública e parte de um projeto mais amplo de sociedade e Estado. Se saímos da pandemia de COVID-19 com a convicção de que o SUS é indispensável e inconciliável com a racionalidade neoliberal, também saímos com a certeza de que ele ainda precisa ser *defendido*, superar a jornada de “herói trágico” para, finalmente, ocupar o lugar de direito garantido.

## REFERÊNCIAS

- ALBORNOZ, S. G. As esferas do reconhecimento: uma introdução a Axel Honneth. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 14, n. 1, p. 127, 1 jun. 2011. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v14i1p127-143>.
- AMBRÓSIO, E. G.; LIMA, V. M.; TRAESEL, E. S. Sofrimento ético e moral: uma interface com o contexto dos profissionais de enfermagem. *Trab (En) Cena*, v. 4, n. 1, p. 252-282. 13 jun. 2019. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/encena/article/view/6283>. Acesso em: 15 nov. 2021.
- ANDERSON, C. T. M.; TURBAN, J. Health care workers aren't heroes. We're human, and we need your help. *Wbur*, Boston, 5 out. 2021. Disponível em: <<https://www.wbur.org/cognoscenti/2021/10/05/health-care-worker-burnout-pandemic-chase-t-m-anderson-jack-turban>>
- ANTONIALLI, K. T. da S. **Desenvolvimento colaborativo de intervenções em saúde mental para aplicativo (APP Mental) direcionado ao cuidado do profissional de saúde no contexto de pandemia (COVID-19) e situações de desastre**, 2022. 98 p. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/16949>
- AOS FATOS. Em 1.205 dias como presidente, Bolsonaro deu 5.302 declarações falsas ou distorcidas. *Aos Fatos*, 20 de abril de 2022. Disponível em: <https://www.aosfatos.org/todas-as-declara%C3%A7%C3%B5es-de-bolsonaro/>. Acesso em: 14 abr. 2022.
- ARAÚJO, J. L. de; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, p. 200–207, fev. 2012. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000100027>.
- AYRES, J.R.C.M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2009. 282 p.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Tradução Waltensir Dutra. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira. 2009. 293 p.
- BARRA, S. A. R. O acolhimento no processo de trabalho em saúde. *Serviço Social em Revista*, v. 13, n. 2, p. 119–142, 15 dez. 2011. <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2011v13n2p119>.
- BHAUMIK, S.; DASH, S.; KAKKAR, K. Moral philosophy, pragmatism, and the larger cause: why “war” metaphors are needed during pandemics. *Indian Journal of Medical Ethics*, v. 05, n. 03, p. 219–221, 30 jul. 2020. <https://doi.org/10.20529/IJME.2020.067>.
- BIRMAN J. Dor e sofrimento num mundo sem mediação. *In: Resumos do congresso Estados Gerais da Psicanálise: II Encontro Mundial*. Rio De Janeiro, 2003, p. 1-7. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/psicoeduc/chasqueweb/psicanalise/birman-dor.rtf>.

BITENCOURT, S. M.; ANDRADE, C. B. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 1013–1022, mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42082020>.

BOFF, R. A.; CABRAL, S. M. Sofrimento ético-político no trabalho: uma revisão narrativa. **Psicologia, Educação e Cultura**, v. 25, n. 1, p. 169-178, mai. 2021.

BOUSQUAT, A. *et al.* Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista USP**, n. 128, p. 13–26, 2 set. 2021. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.i128p13-26>.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. 1. ed. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2004. 20 p. [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus\\_2004.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf).

BUSTAMANTE, V.; MCCALLUM, C. Cuidado e construção social da pessoa: contribuições para uma teoria geral. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 673–692, set. 2014. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300002>.

CAMPOS, G. W. D. S. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, e00279111, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00279>.

CANCIAN, N. Em 100 dias, gestão Lula na Saúde revoga portarias, faz gesto pró-vacina e reembala programas. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 11 abr. 2023. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2023/04/em-100-dias-gestao-lula-na-saude-revoga-portarias-faz-gesto-pro-vacina-e-reembala-programas.shtml>

CAPONI, S. Biopolítica, necropolítica e racismo na gestão do covid-19. **Porto das Letras**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 22–43, 2021. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/portodasletras/article/view/11619>.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Democracia é saúde - Sérgio Arouca**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2021. 1 vídeo (4 min 16 s). Disponível em: <https://youtu.be/RFnH2NdA9HM?si=s8pe8XZ602UChOO3>



CORAGEM. In: MICHAELIS, Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: Editora Melhoramentos. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?id=QAqQ>. Acesso em: 27/01/2024.

COSTA, A. M.; RIZZOTTO, M. L. F.; LOBATO, L. de V. C. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 125, p. 289–296, jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012500>.

COX, C. L. ‘Healthcare Heroes’: problems with media focus on heroism from healthcare workers during the COVID-19 pandemic. **Journal of Medical Ethics**, v. 46, n. 8, p. 510–513, ago. 2020. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106398>.

CURVO, D. R.; SILVA, M. O. da. O sofrimento ético-político e a Reforma Sanitária Brasileira: algumas considerações sobre os trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 3, p. 295–308, 23 set. 2011.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo**. Boitempo editorial, 2017.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Production**, v. 14, p. 27–34, dez. 2004. <https://doi.org/10.1590/S0103-65132004000300004>.

DE KOCK, J. H. *et al.* A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. **BMC public health**, v. 21, n. 1, p. 1-18, 2021.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo AD, organizadores. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV Fiocruz, 2007. p. 43 - 67.

FERLA, A. A.; OLIVEIRA, P. de T. R. de; LEMOS, F. C. S. Medicina e hospital. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 23, p. 487-500, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922011000300004>

FERRER, A. L. A saúde mental na atenção básica sob a perspectiva de trabalhadores e usuários dos serviços: um estudo hermenêutico-narrativo sobre os processos de acolhimento, vínculo e responsabilização. 2012. **Doutorado em Saúde Coletiva** – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012. DOI 10.47749/T/UNICAMP.2012.851379. Disponível em: [http://acervus.unicamp.br/index.asp?codigo\\_sophia=851379](http://acervus.unicamp.br/index.asp?codigo_sophia=851379). Acesso em: 7 nov. 2021.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. In: **Microfísica do poder**. 21 ed. Rio de Janeiro: Graal. 2005. 295 p.

FRANCO, T. B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. suppl 1, p. 102–114, jun. 2015. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902015s01009>

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 1. ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2013.

FURTADO, R. N.; CAMILO, J. A. de O. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. **Revista Subjetividades**, v. 16, n. 3, p. 34–44, dez. 2016. <https://doi.org/10.5020/23590777.16.3.34-44>.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1475–1482, 6 abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>.

GIOVANELLA, L.; MARTUFI, V.; RUIZ, D. C.; MENDONÇA, M. H. M. de; BOUSQUAT, A.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 748–762, 18 out. 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113014>.

GOMES, A. M. T. Análise de discurso francesa e teoria das representações sociais: algumas interfaces teórico-metodológicas. **Psicologia e Saber Social**, v. 4, n. 1, p. 3-18, 2015.

GOMES, R. M.; SCHRAIBER, L. B. A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 339–350, jun. 2011. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200002>.

GRAMSCI, A. Discorso agli anarchici. In: L'Ordine Nuovo, n. 43, abr. 1920. p. 396-401. Disponível em: <https://www.nuovopci.it/classic/gramsci/dianarc.htm>

GUIMARÃES, N. A. Casa e mercado, amor e trabalho, natureza e profissão: controvérsias sobre o processo de mercantilização do trabalho de cuidado. **Cadernos Pagu**, n. 46, p. 59–77, abr. 2016. <https://doi.org/10.1590/18094449201600460059>.

HIRATA, H. O trabalho de cuidado. **Sur: revista internacional de direitos humanos**, São Paulo, v. 13, p. 53-64, 2016.

HSIN, D. H. C.; MACER, D. R. J. Heroes of SARS: professional roles and ethics of health care workers. **Journal of Infection**, v. 49, n. 3, p. 210-215, 2004.

HONNETH, A. Trabalho e reconhecimento: tentativa de uma redefinição. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 8, n. 1, 27 out. 2008. DOI 10.15448/1984-7289.2008.1.4321. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/4321>.

HONNETH, A.; REPA, L. S. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. 2. ed., 1. reimpr. São Paulo: Ed. 34, 2011.

HOPKINS, P. D. Viral Heroism: What the Rhetoric of Heroes in the COVID-19 Pandemic Tells Us About Medicine and Professional Identity. **Hec Forum**, p. 1–16, 7 fev. 2021. <https://doi.org/10.1007/s10730-020-09434-4>.

JODELET, D. Representações sociais: Um domínio em expansão. *In: \_\_\_\_\_* (Org.). **As Representações Sociais**. Tradução Lílian Ulup. Rio de Janeiro: Editora da Uerj, 2001. p. 17–29.

JUNQUEIRA, C. R. *et al.* **Bioética: conceito, fundamentação e princípios**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2011. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_bioetica/Aula01.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_bioetica/Aula01.pdf)

KHAJURIA, A.; TOMASZEWSKI, W.; LIU, Z.; CHEN, J.; MEHDIAN, R.; FLEMING, S.; VIG, S.; CRAWFORD, M. J. Workplace factors associated with mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic: an international cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1, p. 262, 21 mar. 2021. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06279-6>.

LANCMAN, S.; JARDIM, T.; BARROS, J. Trabalho e subjetividade. *In: SIMONELLI, A. P.; RODRIGUES, D. da S.* (Org.). **Saúde e trabalho em debate: velhas questões, novas perspectivas**. Brasília: Paralelo 15, 2013.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

LEWIS, M.; WILLETTE, Z. M.; PARK, B. Calling health care workers ‘heroes’ harms all of us. **Stat**, 21 mai. 2020. Disponível: <<https://www.statnews.com/2020/05/21/calling-health-care-workers-heroes-harms-all-of-us/>>

LIEDKE, E. R. Trabalho. *In: CATTANI, A. D.* (Org.) **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. 4. ed. rev. Ampl. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: UFRGS, 2002. p. 341-346.

LUDWIG, E. F. dos S. B.; FRACASSO, N. V.; FAGGION, R. P. de A.; SILVA, S. V. M. da; SILVA, L. G. de C.; HADDAD, M. do C. F. L. Pandemia de COVID-19: percepção dos profissionais de saúde sobre a assistência em mídia televisiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. suppl 1, p. e20201258, 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1258>.

MAHEIRIE, K.; SMOLKA, A. L. B.; STRAPPAZZON, A. L.; CARVALHO, C. S. de; MASSARO, F. K. Imaginação e processos de criação na perspectiva histórico-cultural: análise de uma experiência. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 32, n. 1, p. 49–61, mar. 2015. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000100005>.

MASSARO, F. K. Imaginação e processos de criação na perspectiva histórico-cultural: análise de uma experiência. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 32, n. 1, p. 49–61, mar. 2015. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000100005>.

MALM, H.; MAY, T.; FRANCIS, L. P.; OMER, S. B.; SALMON, D. A.; HOOD, R. Ethics, Pandemics, and the Duty to Treat. **The American Journal of Bioethics**, v. 8, n. 8, p. 4–19, 23 set. 2008. <https://doi.org/10.1080/15265160802317974>.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **Rev. Min. Enf.**, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan./jul. 2003.

MASSUDA, A.; MALIK, A. M.; JUNIOR, W. C. F.; NETO, G. V.; LAGO, M.; TASCA, R. Pontos-chave para Gestão do SUS na Resposta à Pandemia. Nota Técnica n. 6. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde – IEPS. abr, 2020.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: N-1 Edições, 2018. 180 p.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M. de; OLIVEIRA, J. R. de; ANDRADE, G. C. L. de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 38–51, set. 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>.

MELO, E. A.; ALMEIDA, P. F. D.; LIMA, L. D. D.; GIOVANELLA, L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, 43, 137-144, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S512>

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOHAMMED, S.; PETER, E.; KILLACKEY, T.; MACIVER, J. The nurse as hero discourse in the COVID-19 pandemic: A poststructural discourse analysis. **International Journal of Nursing Studies**, v. 117, mai. 2021.

MORAES, R. C. **De que SUS estamos falando?: um olhar sobre as percepções da mídia impressa do Distrito Federal, no ano de 2016**. 27 p. Trabalho de conclusão de curso (Departamento de Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

MOURA, R. F. S. de; SILVA, C. R. de C. e. Afetividade e seus sentidos no trabalho do agente comunitário de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 993–1010, set. 2015. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300016>.

PACHE, D. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Ed Hucitec. 2009. p. 531-614.

PAIM, J. S. Avanços e desafios do SUS. In: \_\_\_\_\_. **O que é o SUS**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 94-104,

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e aos seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, p. e0024678, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>

PETO, L. C.; VERISSIMO, D. S. NATUREZA E PROCESSO DE TRABALHO EM MARX. **Psicologia & Sociedade**, v. 30, n. 0, 13 dez. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822018000100248&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822018000100248&lng=pt&tlng=pt).

RANGEL-S, Maria Ligia et al. SUS na mídia em contexto de pandemia. **Saúde Em Debate**, v. 46, n. 134, p. 599–612, 2022. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213401>

REDMANN, A. J.; MANNING, A.; KENNEDY, A.; GREINWALD, J. H.; DEALARCON, A. How Strong Is the Duty to Treat in a Pandemic? *Ethics in Practice: Point-Counterpoint. Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, v. 163, n. 2, p. 325–327, 1 ago. 2020. <https://doi.org/10.1177/0194599820930246>.

SAWAIA, B. **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2017.

SAWAIA, B. B. Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. *Psicologia & Sociedade*, 21, p. 364-372, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000300010>.

SCHERER, M. D. dos A.; PIRES, D. E. P. de; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3203–3212, nov. 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001100011>.

SCHNEPF, J.; CHRISTMANN, U. “It’s a war! It’s a battle! It’s a fight!”: Do militaristic metaphors increase people’s threat perceptions and support for COVID-19 policies? *International Journal of Psychology*, , p. 10.1002/ijop.12797, 2 set. 2021. <https://doi.org/10.1002/ijop.12797>.

SCHOLZE, A. da S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; SILVA, Y. F. e. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 31, p. 303–314, dez. 2009. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400006>.

SÊGA, R. A. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. *Anos 90*, 13, p. 128 - 132, jul. 2000.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo, SP: Cortez, 2011.

SILVA, J. A. M.; SILVA, L. E. O. da; ARAÚJO, Y. L. de; BOTTACIN, W. E.; SOUZA, T. T.; REIS, W. C. T. Prevalência de Burnout em profissionais de saúde no enfrentamento da Covid-19: uma revisão sistemática. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 16, p. e167101623591, 10 dez. 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23591>.

SILVA, W. R. de S.; DUARTE, P. O.; FELIPE, D. A.; SOUSA, F. de O. S. A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 19, 2021. DOI [10.1590/1981-7746-sol00330](https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00330). Disponível em: <http://www.scielo.br/j/tes/a/PDVNj7xLyJGYPxJvwVVFHDQ/?lang=pt>. Acesso em: 23 nov. 2021.

SOARES, J. P.; OLIVEIRA, N. H. S.; MENDES, T. M. C.; RIBEIRO, S.S.; CASTRO, J. L. Fatores associados ao burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19: revisão integrativa. *Saúde Debate*. v. 46, p. 14, 2022. DOI: 10.1590/0103-11042022E126

SOUSA, C. R. de M. A pandemia da COVID-19 e a necropolítica à brasileira. *Revista de Direito*, v. 13, n. 01, p. 01–27, 8 fev. 2021. <https://doi.org/10.32361/2021130111391>.

SOUZA, D. de O. Cuidado em saúde e alienação: relação mediada pela tecnologia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, e200776, 2021. <https://doi.org/10.1590/interface.200776>.

SOUZA, D. de O.; MAURÍCIO, J. C. A antinomia da proposta de humanização do cuidado em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 495–505, jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018164811>.

STRAPPAZZON, A. L.; SAWAIA, B.; MAHEIRIE, K. A liberdade em Espinosa como base ontoepistemológica no enfrentamento do sofrimento ético-político. **Psicologia & Sociedade**, v. 34, p. e242492, 22 abr. 2022. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2022v34242492>.

VENTURA, D. de F. L.; REIS, R. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19. **Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil**, n. 10, p. 6-31, 2021. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2021/01/boletim-direitos-na-pandemia.pdf>.

UOL NOTÍCIAS. **Brasil é pior país do mundo na gestão da pandemia de covid-19, diz estudo australiano**. UOL Notícias. 28 jan. 2021. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/rfi/2021/01/28/brasil-e-pior-pais-do-mundo-na-gestao-da-epidemia-de-covid-19-aponta-estudo-australiano.htm?cmpid=copiaecola>

## APÊNDICE

### APÊNDICE A – ROTEIRO DE EXTRAÇÃO DOS DADOS DAS PUBLICAÇÕES

**Data da busca/acesso:** \_\_\_\_\_

**Data da publicação:** \_\_\_\_\_

**Fonte (tipo de mídia e link para acesso):** \_\_\_\_\_

- Caso se trate de notícia publicada em jornal virtual ou plataforma digital de notícias, inserir também a manchete completa.

**Descritores utilizados:** \_\_\_\_\_

**Autoria:** \_\_\_\_\_

- Neste ponto, não serão reveladas as identidades das(os) autoras(es), registraremos apenas a categoria a que ela(e) pertence (i.e. profissional jornalista, profissional de saúde, usuário dos serviços de saúde, comunicação institucional, etc.). No caso de publicações em mídias jornalísticas, o veículo será identificado.

**Transcrição de trechos significativos:** \_\_\_\_\_

**Imagens significativas:** \_\_\_\_\_

**Questões para orientar a leitura e a seleção de trechos/imagens significativas:**

1. Qual é o foco principal da publicação?
2. Como a publicação descreve o fato ou objeto em questão?
3. Há indícios de atribuição de valor (positivo ou negativo) para o objeto em questão?
4. Como a(o) profissional de saúde é retratada(o)?
5. Como o SUS é retratado?
6. O conteúdo da publicação é baseado em evidências (checagem de fatos)?
7. Como foi a repercussão do conteúdo na plataforma em questão (registro dos números de compartilhamentos, reações, etc. caso estejam disponíveis)?

## ANEXO

## ANEXO I – Quadro-síntese dos resultados descritivos e resultados qualitativos-interpretativos

Objetivo correspondente	Categoria de análise	Núcleos de sentido	Total (por núcleo de sentido)	Total (por categoria)
<b>Objetivo 1:</b> Levantar, identificar e analisar nas mídias jornalísticas e redes sociais narrativas que retratam as/os profissionais de saúde do SUS como heroínas/heróis, no contexto da pandemia.	Heroísmo como reconhecimento e reificação	SUS herói/vacina	91	310
		Herói mártir	57	
		Representação positiva na mídia	54	
		Heroísmo como idealização	47	
		Heroísmo associado à escassez	29	
		Heroísmo da figura política	14	
		Materialização do reconhecimento	10	
		Disputas de narrativa sobre os heróis	8	
<b>Objetivo 2:</b> Analisar os pressupostos e as implicações da representação heróica de profissionais da saúde do SUS, considerando o contexto da pandemia e do desmonte das políticas públicas de saúde.	Vicissitudes da COVID-19 para as(os) trabalhadoras(es) do SUS	Precarização do trabalho em saúde	61	133
		A COVID-19 como trauma	35	
		A COVID-19 como desumanização da	17	
		Expressão de desigualdades estruturais entre	11	
		Morbimortalidade dos profissionais por COVID-19	9	
	(Ir)Responsabilidades do governo federal na disseminação da COVID-19	Expressões do governo genocida	80	80



	O SUS como potência <i>apesar de</i>	Redescoberta do SUS	27	48
		Sinergia de vulnerabilidades	21	
<b>Objetivo 3:</b> Refletir sobre os efeitos dessa representação heróica na constituição das subjetividades e das práticas das/dos profissionais da saúde.	O herói por trás da máscara: sofrimento ético-político das(os) trabalhadoras(es) do SUS na pandemia de COVID-19	Sofrimento ético-político	42	155
		Sentido do trabalho vivo em ato	38	
		Humanização dos "heróis"	37	
		A pandemia de COVID-19 como conflito ético-	28	
		Dimensão política da atuação em saúde (pública)	10	
	Luz no fim do túnel: Respostas ao (des)Governo absurdo	A vacina contra a desesperança	15	22
		O coletivo como fator de proteção	7	

**Quadro 9. Síntese dos resultados descritivos e resultados qualitativos-interpretativos.**