

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA -
REMULTISF

Marina Dutra Soncini

**PROCESSO DE TRABALHO E PRODUÇÃO DO CUIDADO EM UNIDADE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS-SC DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19: EXPERIÊNCIAS E VIVÊNCIAS DE UMA
FARMACÊUTICA RESIDENTE**

Florianópolis

2021

Marina Dutra Soncini

**PROCESSO DE TRABALHO E PRODUÇÃO DO CUIDADO EM UNIDADE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS-SC DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19: EXPERIÊNCIAS E VIVÊNCIAS DE UMA
FARMACÊUTICA RESIDENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Luciano Soares

Coorientador: Leandro Ribeiro Molina

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Soncini, Marina

PROCESSO DE TRABALHO E PRODUÇÃO DO CUIDADO EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS-SC DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: EXPERIÊNCIAS E VIVÊNCIAS DE UMA FARMACÊUTICA RESIDENTE / Marina Soncini ; orientador, Luciano Soares, coorientador, Leandro Ribeiro Molina, 2021.

62 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Atenção Primária à Saúde. 3. Covid-19. 4. Processo de trabalho. I. Soares, Luciano . II. Ribeiro Molina, Leandro. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. IV. Título.

Marina Dutra Soncini

**PROCESSO DE TRABALHO E PRODUÇÃO DO CUIDADO EM UNIDADE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS-SC DURANTE A PANDEMIA
DE COVID-19: EXPERIÊNCIAS E VIVÊNCIAS DE UMA FARMACÊUTICA
RESIDENTE**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Especialista e aprovado em sua forma final pelo Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

Florianópolis, 23 de fevereiro de 2021

Prof. Renata Goulart Castro, Dra.
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof.(a) Luciano Soares, Dr.
Orientador
Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Daniela Lemos Carcereri, Dra.
Avaliadora
Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Fernanda Manzini, Dra.
Avaliadora
Instituição Prefeitura de Florianópolis/PMF

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos profissionais do Centro de Saúde do Saco Grande, que não apenas foram inspiração para esse trabalho, mas também o são para a minha vida profissional e pessoal. Já sinto saudade.

Aos meus companheiros residentes, que compartilharam comigo as felicidades e dores da residência, que me fizeram crescer todos os dias e que me mostraram na prática o que é ser multi. Agradeço também as amigas e amigos, alguns que fiz ao longo desses anos e outros que já estavam e permaneceram do meu lado, por me permitirem ser eu mesma, acolhendo até o pior de mim e me mostrando sempre a potência dos afetos, mesmo que a distância. Teria sido muito mais difícil sem vocês.

Ao meu preceptor Leandro, que foi e continuará sendo um exemplo, um professor e um amigo. Obrigada também por aguentar o melhor e o pior dos dias, sempre com palavras calmas. À Fernanda, coordenadora, farmacêutica e amiga, por tudo que defende e representa e por sempre me lembrar que vale a pena lutar. Levarei vocês sempre comigo.

Aos pacientes que compartilharam comigo suas histórias e processos, me humanizando e me curando a cada troca.

Aos professores e tutores da REMULTISF, pelas trocas, discussões e reflexões.

À minha família, por acreditar em mim e sempre me dar liberdade para seguir meus caminhos.

Por fim, agradeço a mim mesma, por ter superado tantos limites na produção desse trabalho.

“Aquele que consegue ver em profundidade dificilmente permanecerá são”

OSHO

RESUMO

A pandemia de Covid-19, declarada no início de 2020, mudou a rotina e a forma de viver do mundo todo. O Sistema Único de Saúde teve que se adequar e preparar seus serviços para receber e cuidar dos novos casos de Covid-19. No âmbito da APS, além de receber esses casos, como porta de entrada principal do SUS, a mesma teve que cuidar do território e das consequências que a Covid-19 trazia às famílias, enquanto continuava a lidar com as demandas recorrentes da população. Para que isso fosse possível, um rearranjo no processo de trabalho dos profissionais da APS se fez necessário. No rearranjar desse processo de trabalho deve-se levar em conta diversos fatores que influenciam no trabalho em saúde, sendo estes internos e externos aos ambientes profissionais. Esses influenciadores e a própria mudança do processo de trabalho em si representaram um grande desafio à gestão do trabalho da APS no âmbito local e também aos seus profissionais, que viviam um momento novo para sua geração de trabalhadores. Dos desafios também vieram aprendizados e lições que provavelmente permanecerão na APS e nos seus profissionais após o término da pandemia. Esse trabalho tem como objetivo relatar uma experiência de trabalho na APS, discutindo a construção do processo de trabalho e de sua relação com o trabalho em si no contexto da pandemia da Covid-19, sob a perspectiva de uma farmacêutica residente.

Palavras-chave: Covid-19. Atenção Primária à Saúde. Processo de trabalho. Produção do cuidado.

ABSTRACT

Covid-19 pandemic, declared in the beginning of 2020, changed the routine and the living conditions all over the world. Brazilian health system had to adapt and prepare your health units and professionals to receive and treat the new Covid-19 patients. Primary health care instance, as the principal form of access of the health system, was responsible for receiving new patients and taking care of the territory and its families at the same time that continuing to assist all health demands of the population. For this to be possible, a rearrangement of the work process for the primary health care was needed, and factors that influence this work process was taken into account. These factors of influence, together with the change of the work process by itself characterized a big challenge for the primary care services and professionals, who had never experienced a sanitary crisis of that dimension. All the challenges were also learning opportunities, and the apprenticeship is going to stay with all professional even after pandemic is over. This study aims to describe a work experience in the Brazilian primary care services, discussing the construction of the work process and its relation with the health work itself in the context of the Covid-19 pandemic, from the perspective of a pharmacist resident.

Palavras-chave: Covid-19. Primary Health Care. Work process. Care production.

LISTA DE SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CS	Centro de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CSGR	Centro de Saúde do Saco Grande
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
OMS	Organização Mundial da Saúde
EPIs	Equipamentos de proteção individual
RH	Recursos humanos
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
ESF	Equipe de Saúde da Família
UTI	Unidade de tratamento intensivo
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
REMULTISF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
EC	Emenda Constitucional
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
SINTRASEM	Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público do Município de Florianópolis

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
OBJETIVO	14
METODOLOGIA	14
Autora.....	15
Local.....	15
RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
Mudanças no processo de trabalho	16
Medos, desafios e dificuldades	21
O trabalho multiprofissional.....	21
Subjetividades que permearam a realidade do trabalho	23
A responsabilidade dos sujeitos.....	25
O cenário político e as escolhas dos governos	27
O aumento da demanda e a sobrecarga física e emocional	30
As particularidades da residência e dos residentes	33
Dificuldades relacionadas ao trabalho na farmácia.....	35
A comunicação com a população do território	37
Potencialidades, superações e aprendizados	40
O trabalho multiprofissional, a gestão horizontalizada e a construção dialógica.....	40
As relações de afeto e o autocuidado	43
A residência	44
Inovações e percepções do trabalho dos farmacêuticos	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERENCIAS	49

INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 atingiu o mundo em 2020 e rapidamente se transformou em uma grande crise sanitária. Do aparecimento do primeiro caso na China até a confirmação do primeiro caso no Brasil pouco mais de dois meses se passaram, e um mês após essa confirmação o Brasil já registrava mais de dois mil casos do novo coronavírus e mais de 40 mortes (BRASIL, 2020a).

O espectro clínico da Covid-19 pode variar desde sintomas leves relacionados à síndrome gripal, como febre e tosse, até casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG). Casos de pacientes assintomáticos também são descritos na literatura (DONG *et al.*, 2020). O modo de transmissão da Covid-19 - pelo ar e contato com secreções como saliva - e o fato de ainda não possuir um tratamento farmacológico eficaz comprovado cientificamente, acarreta na necessidade de adoção de medidas não farmacológicas, como o distanciamento social, o uso de máscaras de proteção e o isolamento de pessoas com a doença ativa.

Nos últimos tempos as discussões na esfera global se voltaram à transição epidemiológica das doenças infecciosas para as doenças crônico-degenerativas; a pandemia de Covid-19 trouxe desafios para a gestão de crises nesta magnitude (NOHAMA; SILVA; SIMAO-SILVA, 2021) para qual a maioria dos países não estava preparado. Devido a sua característica de alta transmissibilidade e a gravidade com a qual acomete algumas parcelas da população, muitos governos, quando a Covid-19 chegou em seus territórios, adotaram medidas restritivas como o *lockdown* esperando reduzir o contágio e diminuir a sobrecarga social da doença (SARTI *et al.*, 2020).

No Brasil, a Covid-19 também traz inúmeros desafios à coordenação de políticas públicas e à gestão do SUS (LIMA *et al.*, 2020). O sucesso do manejo da Covid-19 depende muito de como o país organiza seus profissionais de saúde dentro da rede de cuidados, e o Brasil nunca havia preparado sua força de trabalho em saúde para situações de emergência em grande escala como uma pandemia (LEITE *et al.*, 2020). Somando-se a isso, o Brasil ainda tem características de grandes aglomerados urbanos e de desigualdade social muito peculiares. Dentro desse arranjo se fez necessário

organizar os serviços, de acordo com o nível assistencial, conforme as prioridades e as necessidade da população em cada momento vivido na pandemia.

Daumas e colaboradores (2020) salientam que para passar por uma pandemia são necessários serviços de saúde efetivos e projetados para a comunidade, e que a Atenção Primária à Saúde (APS) tem importante papel nesse cenário. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Por ser a principal porta de entrada do sistema, a coordenadora dos cuidados na rede e por trabalhar com base no vínculo com a sua comunidade adscrita (BRASIL, 2017), a APS é fundamental no combate e controle da pandemia de Covid-19 (MEDINA *et al.*, 2020). A APS pode manejar pacientes com sintomas leves, encaminhar pacientes mais graves, e também monitorar consequências sociais que a pandemia pode trazer para as famílias de seus territórios (DAUMAS *et al.*, 2020; SARTI *et al.*, 2020).

Assim como o sistema de saúde teve de se organizar para lidar com os casos de Covid-19, os serviços, individualmente no plano da micropolítica, também tiveram que rever e reorganizar seus fluxos de trabalho. A PNAB de 2017 define os profissionais da equipe de saúde da família, sendo médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde (ACS) e auxiliar/técnico de enfermagem, e também define o núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (NASF-AB), que pode ser composto por diferentes ocupações e profissões da área da saúde, como farmacêutico, nutricionista, profissional de educação física, entre outros (BRASIL, 2017). Além de profissionais concursados, as muitas unidades de APS contam com profissionais residentes em seus serviços, sendo estes profissionais de saúde já formados cursando uma pós-graduação voltada à APS na modalidade de ensino em serviço, podendo o programa de residência ser uni profissional ou multiprofissional, conforme a Lei 11.129 de junho de 2005 (BRASIL, 2005).

Também segundo a PNAB (BRASIL, 2017), todos os profissionais que compõem a APS devem trabalhar em equipe e de forma multidisciplinar, compartilhando saberes e práticas para contribuir com a integralidade do cuidado aos usuários. O rearranjo da APS com a chegada da pandemia teve que levar em conta o papel que cada um de seus profissionais concursados e residentes poderia exercer dentro da rede naquele momento. Contemplar as demandas e necessidades, considerando a ética dos interesses coletivos e das necessidades de usuários e de trabalhadores, são grandes desafios da gestão em saúde (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

O trabalho em saúde, considerado por Merhy (2014) como um trabalho vivo, traz uma bagagem subjetiva que é própria dos seres humanos, e essas subjetividades se somam às tecnologias duras, dentro da micropolítica do trabalho, para compor o trabalho em saúde. É esperado que mudanças aconteçam no processo de trabalho da APS para que esta possa cumprir sua função durante a pandemia e, conseqüentemente, também é esperado que essas mudanças tenham impacto nas vidas tanto de profissionais, quanto de usuários.

Algumas das mudanças apresentadas no período da pandemia tem caráter mais concreto e palpável, podendo ser facilmente percebidas e sentidas pelos usuários e profissionais dos serviços, enquanto outras têm caráter mais subjetivo e amplo, englobando percepções e sentimentos dos atores envolvidos nesses processos, que também influenciam - mesmo que de forma micro - o enfrentar a pandemia pelos profissionais de saúde. A vida do trabalho é organizada em ambientes coletivos, onde a interação com as pessoas é parte constante desse processo (ARAUJO; GALIMBERTTI, 2013), e, portanto, também é fator influenciador do trabalho em saúde.

Dentre as questões que influenciaram o processo de trabalho e seus resultados, a APS enfrenta com a Covid-19 novos e antigos desafios, tendo seus profissionais e gestão que lidarem com eles da melhor forma que puderem dentro de um cenário de incertezas e dificuldades. Assim como a pandemia da Covid-19 se mostra uma situação extrema para o Brasil e o mundo, a qual nunca antes vivida pela atual geração de profissionais da saúde, ela também se mostra um campo rico para o estudo em diversas áreas do conhecimento. Obviamente, os sistemas de saúde, suas unidades e seus profissionais sofreram diretamente com a chegada da pandemia, e a forma com que se

estruturam e trabalham nesse momento são interessantes fontes de conteúdo sobre o processo de trabalho em saúde.

Considerando que o processo de trabalho em saúde se dá de forma complexa, sendo sua construção influenciada direta e indiretamente por diferentes fatores e atores; que a forma com que este é constituído interfere diretamente na produção de saúde de um local para com sua população adscrita; e considerando que durante a pandemia da Covid-19 a construção do processo trabalho, envolvendo a vivência na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina, tem como propósito fomentar reflexão de profissionais da saúde, no questionamento crítico de seus próprios processos de trabalho, para além da pandemia, auto avaliando, assim, a maneira com que prestam serviços de saúde à população.

OBJETIVO

Esse trabalho tem como objetivo relatar uma experiência de trabalho na APS, discutindo a construção do processo de trabalho e de sua relação com o trabalho em si no contexto da pandemia da Covid-19, sob a perspectiva de uma farmacêutica residente.

METODOLOGIA

Esse é um trabalho de caráter qualitativo, que consiste num relato de experiência de abordagem narrativa e reflexiva. A pesquisa narrativa pode ser descrita como a coleta de histórias sobre determinado tema, cujas informações são utilizadas para a compreensão de determinado fenômeno ou momento (PAIVA, 2008). No presente estudo, o objeto de análise foi uma autonarrativa em que os dados estavam em forma de um texto de campo, conforme descrito por Clandinin e Connelly (*apud* MARIANI *et al*, 2012), e que foi elaborado ao longo dos meses de março a setembro de 2020.

A narrativa se dá na esfera pública, onde acontecem o falar e o agir, e onde também se encontra seu papel político (CAMASMIE, 2007). Sendo assim, uma autonarrativa permite não apenas a compreensão distanciada do locutor de si mesmo, como também sua compreensão sobre o meio a sua volta (MUÑOZ, 2014). Considerando que o contexto em que essa narrativa se insere é o contexto da pandemia da COVID-19, a compreensão se estende para um momento singular da atualidade, que envolve percepções pessoais e questões sociais.

O texto de campo foi utilizado para construção de um relato de experiência que discute o processo de trabalho de um Centro de Saúde inserido na estratégia de Saúde da Família, incluindo seus influenciadores para a produção do trabalho em si. A análise do texto foi feita segundo Marques e Satriano (2017), categorizando o texto de campo pela intensidade, repetição e relevância dos temas que apareciam e seguindo com a escrita de um novo texto a partir das impressões e pensamentos que permeavam com a leitura e análise do texto de campo.

Autora

Para que essa narrativa seja mais facilmente compreendida, sinto necessidade de pontuar de que local ela está sendo contada. A perspectiva aqui mostrada será de uma residente farmacêutica do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFSC, que tem como campo de atuação dois Centros de Saúde do município de Florianópolis, SC.

Antes de chegar a residência multiprofissional, fiz graduação em farmácia também na UFSC durante os anos de 2012 e 2017, onde me aproximei do movimento em defesa da saúde pública e do SUS. Ainda durante a graduação, realizei estágio na farmácia do Centro de Saúde do Saco Grande, local onde futuramente se tornaria meu campo de atuação da residência e inspiração para este trabalho. Ao vivenciar o trabalho na APS naquele momento, meu encantamento com o serviço e com o cuidado que era prestado a população naquele ambiente me fez optar por seguir minha formação nessa área.

Local

Florianópolis é nacionalmente colocada como a melhor rede APS do Brasil, sendo exemplo de pioneirismo e inovações para outros municípios do país. A rede conta com 49 Centros de Saúde – como são chamadas as unidades básicas de saúde de Florianópolis - que trabalham dentro da Estratégia de Saúde da Família, 3 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 4 Centros de Atenção Psicossocial, sendo 2 CAPSad, 1 CAPSi e 1 CAPS II, além do Centro de Controle de Zoonoses e 4 Policlínicas.

O Centro de Saúde (CS) de que se trata esse texto é o Centro de Saúde do Saco Grande (CSSG), localizado no distrito centro do município de Florianópolis. Fica no bairro do Saco Grande e abrange os territórios dos bairros Saco Grande e Monte Verde, que ficam às margens da rodovia SC 401. Possui 7 Equipes de Saúde da Família, sendo três com profissional odontólogo, além de profissionais do NASF-AB que atendem na unidade. O espaço físico é dividido em ilhas de atendimento, cada qual com duas áreas

irmãs, sala de vacinas, consultórios NASF, copa, área da enfermagem, farmácia, odontologia e garagem, em um prédio de três andares.

O CS conta com uma farmácia de referência distrital que dispensa medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica, medicamentos para ASMA/DPOC e dislipidemias do componente especializado (CEAF), e também medicamentos sujeitos a controle especial que compõem a REMUME de Florianópolis. A farmácia fica no subsolo do prédio e tem 3 guichês de atendimento, uma sala de espera, um consultório farmacêutico nos fundos e uma entrada própria além do acesso pelas escadas do interior do prédio.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados a seguir estão organizados em três tópicos: mudanças no processo de trabalho; medos, desafios e dificuldades; potencialidades, superações e aprendizados. Cada tópico segue uma linha cronológica independente conforme os assuntos abordados e pode estar também dividido em subtópicos; os assuntos e análises apresentadas podem, em alguns momentos, repetir em mais de um tópico devido as diversas faces e análises do assunto abordado. A discussão dos tópicos se dá conjuntamente com os resultados, onde a exposição dos dados e a discussão dos mesmos junto com a análise da literatura estão expostas em formato de texto único.

Mudanças no processo de trabalho

No dia 12 de março de 2020 os dois primeiros casos de coronavírus em Florianópolis foram confirmados. Nesse mesmo momento, a equipe de profissionais do Centro de Saúde do Saco Grande se encontrava reunida para uma reunião geral do CS, que visava justamente começar a discutir a preparação da rede de atenção à saúde para a chegada do novo coronavírus. No próprio dia 12, a gestão da Secretaria Municipal de Saúde enviou as suas unidades básicas determinações que deveriam ser seguidas a partir da semana seguinte visando conter o avanço da Covid-19 no município. A APS no

município, assim como de outros locais, estruturada para seguir as diretrizes do SUS como integralidade e longitudinalidade do cuidado, teve que reestruturar e adequar seus processos de trabalho para atender, além da sua demanda usual, os novos casos suspeitos de coronavírus que iriam começar a aparecer (MEDINA *et al.*, 2020).

As mudanças que se iniciaram na semana seguinte foram desde a reorganização dos espaços internos até vestimentas e EPIs para os profissionais. O Centro de Saúde do Saco Grande, que antes funcionava em horário estendido, começou a trabalhar das 8 às 17h, caracterizando um período menor de atendimentos. Uma área do Centro de Saúde foi separada e isolada para atendimento de usuários com sintomas respiratórios (possíveis casos suspeitos de Covid-19), onde trabalhavam todos os dias um médico e uma enfermeira. Para todos os tipos de atendimento, os profissionais passaram a usar máscaras cirúrgicas ou máscaras do tipo N95 (com filtro especial), a depender do local onde estavam trabalhando.

Uma nova triagem de entrada foi adotada por todos os Centro de Saúde, onde um profissional de saúde visava identificar usuários que vinham ao CS e tivessem sintomas condizentes com a Covid-19. O método de atendimento via aplicativo de mensagens também foi estimulado, com objetivo de diminuir a circulação de pessoas dentro do centro de saúde. As reuniões das equipes de saúde da família foram suspensas e as ilhas de atendimento - local onde normalmente se faz o primeiro acolhimento do usuário por sua respectiva equipe de saúde da família - foram dissolvidas, onde os médicos e enfermeiros passaram a trabalhar principalmente no modelo de planilha única - sem a vinculação paciente-equipe de saúde da família.

Concomitante com essas mudanças iniciais, o governo do estado de Santa Catarina decretou estado de emergência e fechamento do comércio, do transporte coletivo e de todas as atividades consideradas não essenciais (SANTA CATARINA, 2020) inicialmente por 7 dias, e que após foi prorrogado. O sindicato dos trabalhadores da prefeitura de Florianópolis (SINTRASEM), que havia decretado greve na semana anterior pelas reivindicações da data-base 2020, decidiu pela suspensão da greve antes mesmo do seu início, e defendeu medidas restritivas como o fechamento dos estabelecimentos não essenciais e a suspensão das aulas da rede pública (SINTRASEM, 2020). Foi um período importante para o serviço se estruturar, organizar e normalizar

algumas novas atividades agora incumbidas à APS, além de receber os equipamentos de proteção individual necessários. Logo em seguida, foi decretado pela gestão municipal a obrigatoriedade do uso de máscaras em todo o território municipal.

A construção coletiva, que sempre teve força no CSSG, se fez mais importante do que nunca num momento de tamanho desafio. Entre as diretrizes da APS que constam na PNAB de 2017 estão a territorialização, a população adscrita, cuidado centrado na pessoa, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017). A política também coloca que o conjunto de ações da APS é realizada por equipe multiprofissional e dirigida a população do território adscrito, ao qual a equipe tem responsabilidade sanitária, e esta deve visar atender as necessidades de saúde com base na integralidade do cuidado, tendo os determinantes, os riscos e os danos a saúdes como norte para a estruturação do processo de trabalho da unidade (BRASIL, 2017). Sendo assim, é esperado que uma unidade de APS, em uma emergência sanitária como uma pandemia, tenha seus processos de trabalho reorganizados.

Apesar da APS ter capacidade limitada para atuar nos casos graves da COVID-19, quando bem organizada, com RH suficiente e bem treinado e com protocolos e insumos necessários, pode fazer a diferença ao manejar e acompanhar os casos leves, influenciando na incidência de infecção e morbimortalidade (DAUMAS *et al.*, 2020). A gestão municipal desde o princípio enviou orientações e protocolos para as suas unidades básicas, porém o arranjo dos profissionais nos novos postos de trabalho teve de ser feito localmente. Além disso, a equipe do CS sentiu a demora da gestão em liberar algumas determinações, principalmente em questões epidemiológicas, tendo então se adiantado em algumas práticas, como o monitoramento de casos suspeitos e confirmados.

Assim se formou uma gestão local para o trabalho durante a pandemia da Covid-19 no CS Saco Grande, que manejava da melhor forma possível os recursos disponíveis. As combinações tecnológicas dispostas para a APS no seu processo de trabalho constituem o modelo de atenção proposto (PAIM, 2012), que deve ser orientado pela racionalidade contra hegemônica do modelo biologicista, buscando, através das suas tecnologias, a integralidade, equidade e universalidade da saúde. Se a integralidade do cuidado já era um desafio em tempos não pandêmicos, dentro desse novo contexto de

atendimentos reduzidos e teleatendimentos, se tornou um ponto importante para a discussão da equipe de trabalho.

Ayres (2009) coloca a noção de modelo de atenção como uma possibilidade de junção entre os diversos discursos e estratégias, que compartilham horizontes práticos comuns. O maior interesse da equipe local do centro de saúde nessas semanas iniciais, ao meu ver, foi garantir a maior segurança possível para profissionais e usuários, enquanto se tentava atender e entender as novas demandas geradas pela Covid-19.

Para atingir esse objetivo, incansáveis discussões e reuniões para organização de fluxos e escalas passaram a acontecer, dentro do contexto da reorganização do processo de trabalho já antes comentada, para possibilitar ainda maior colaboração entre a equipe. O CSSG já tem no seu histórico a construção coletiva e a gestão mais horizontalizada, caracterizada por decisões colegiadas e estímulo da participação ativa dos profissionais que lá trabalham nesse espaço. Além disso, o CSSG tem o caráter de centro de saúde escola, onde a presença de estudantes reforça a discussão crítica e contínua. Durante a pandemia, além dos residentes já alocados no CSSG, o CS recebeu diversos alunos do programa Brasil Conta Comigo do governo federal, que convocou estudantes de graduação dos últimos anos das áreas da saúde para trabalhar no combate à pandemia. Essas características prévias seriam importantes para as discussões que se seguiram com a chegada da Covid-19.

O trabalho se moldou de forma extremamente dinâmica, com novas orientações para a identificação e atendimento de sintomáticos respiratórios chegando todos os dias. Entretanto, vale ressaltar que nos diversos informativos enviados pela secretaria de saúde, nenhum deles continha instruções sobre o trabalho nas farmácias da rede, como o uso de EPIs adequados, por exemplo. O resultado foi novamente uma organização local da farmácia do CSSG, que considerou sua realidade para estabelecer como seria o processo de trabalho dos farmacêuticos.

O trabalho nas farmácias das unidades básicas especificamente e, mais precisamente, a farmácia de referência do CSSG tem um fluxo de trabalho particular, que se diferencia dos outros atendimentos do centro de saúde, tanto em dinâmica quanto em volume de atendimentos. A farmácia possui uma alta demanda de atendimento, sendo um local com grande fluxo de pessoas - de 200 a 250 usuários por dia (dados do sistema

CelkSaude) - sendo comum o acúmulo de usuários na sua sala de espera enquanto aguardam atendimento. Sendo assim, as mudanças começaram pela mudança do local das senhas de atendimento para a farmácia, que foram para a entrada do CS, onde o fluxo de pessoas seria controlado para evitar os aglomerados na sala de espera.

Além disso, a sala de atendimento de sintomáticos respiratórios foi colocada ao lado da farmácia, onde tinham dois consultórios utilizados anteriormente pelos profissionais do NASF. Assim, a entrada da farmácia que dava direto para a rua ficou sendo utilizada apenas para entrada de pacientes para a área de sintomáticos, e um dos guichês de atendimento da farmácia entrou para essa mesma área, separada das demais por biombos e utilizada apenas para atender os pacientes sintomáticos que precisavam de medicamentos. Acredito que, devido a essa conformação, a farmácia do Saco Grande se diferenciou da maioria das farmácias da rede, por ter o profissional farmacêutico fazendo a dispensação para os pacientes diretamente na área de sintomáticos, sem que esse ou os profissionais que atendiam na área precisasse se deslocar pelo CS, evitando assim, exposição de profissionais e usuários. Isso acarretou que os farmacêuticos, em primeiro momento, utilizassem máscaras N95 durante todo o tempo de atendimento nos guichês.

Na residência as mudanças chegaram de vários lados. Os residentes não apenas sentiram as mudanças no local de atuação - o centro de saúde - como também na sua carga teórica de disciplinas. No CS, uma reunião de planejamento dos residentes, que ocorria semanalmente, foi inicialmente suspensa, e os esforços dos residentes foram muito voltados às novas funções e novos fluxos, como triagem de porta, sala de sintomáticos respiratórios para os residentes da medicina e teletrabalho para alguns residentes de categorias do NASF - que tiveram grupos e atendimentos eletivos também suspensos. Para os residentes da farmácia, o trabalho na dispensação de medicamentos virou prioridade e quase exclusivo, dividindo o tempo apenas com a triagem de porta nas primeiras semanas de pandemia.

Da parte teórica e falando aqui principalmente relacionada à REMULTISF (programa de residência do qual faço parte), as aulas foram suspensas e os residentes ficaram apenas no serviço, sem aporte teórico vindo das disciplinas que compõem o programa político pedagógico. Alguns atritos e discussões acerca do papel do residente

e da residência foram colocados em pauta, juntamente com a segurança e os direitos que o residente possuía nesse momento. Ao final foi estabelecido que assim como os profissionais concursados, os residentes que possuem doenças crônicas deviam ser afastados para teletrabalho.

Ao longo do tempo, com o avanço dos casos, o serviço e a residência foram se moldando às necessidades de ambas, levando em conta a situação epidemiológica e as pressões sofridas por parte da gestão municipal. A pedido dos residentes, as reuniões de planejamento voltaram a acontecer. O atendimento pelo vínculo com a ESF foi retomado, a escala de triagem abarcou praticamente todos os profissionais do CS, aliviando essa demanda que antes ficava restrita a poucos profissionais e principalmente aos residentes, as reuniões diárias foram diminuindo até retornar às reuniões de colegiado semanais. E a sala de sintomáticos respiratórios chegou a ter seu local alterado para melhor atender a demanda crescente de casos que ocorreu por volta do mês de julho.

A prefeitura criou um site que mostrava a situação epidemiológica do município, assim como a sala de situação do Covid-19, chamado covidômetro. Após alguns meses com o número de casos de Covid-19 controlados e os fluxos mais bem estabelecidos, veio a retomada do comércio, dos ônibus e conseqüentemente da demanda que havia ficado reprimida por pelo menos quatro meses. Nesse momento, a quarentena e o isolamento social já não estavam mais sendo praticados de forma tão rígida pela população, sendo comum pessoas circularem sem usar máscaras de proteção. Junto com isso, ao final de junho veio um aumento no número de casos de forma exponencial no município que o colocou em situação epidemiológica gravíssima - segundo a Secretaria Estadual de Saúde de SC -, e que, com exceção de poucos momentos, é onde o município de Florianópolis se encontra desde então e, pelo menos, até o término desse relato.

Medos, desafios e dificuldades

O trabalho multiprofissional

Apesar do serviço do CSSG ter se organizado internamente, ter trabalho em conjunto e multiprofissionalmente, com discussões e críticas sempre muito aguçadas, é comum que dificuldades ocorram ao longo do processo. A pandemia, por si só, já se caracteriza como um enorme desafio, e tento aqui destrinchar um pouco mais alguns pequenos e grandes desafios que permearam e compuseram a realidade do trabalho em saúde durante a pandemia.

Alguns estudos já colocam como dificuldades do trabalho em saúde a distribuição desigual do conhecimento, as diferentes percepções não terem todas a mesma importância, alta rotatividade de profissionais e hierarquização das profissões, fazendo algumas delas se sentirem desvalorizadas (KVARNTROM, 2008; BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018). Scherer, Pires e Schwartz (2009) acrescentam que a confiança e a cooperação são construídas ao longo do tempo dentro de uma equipe, e que a permanência ajuda no senso de pertencimento, ajudando como consequência na confiança que um profissional tem na equipe em que faz parte. Nesse sentido, no início e ao longo da pandemia o CSSG se despediu de antigos profissionais e recebeu novos, mudando assim seu corpo profissional. Entretanto, a percepção mais forte é a de que apesar de novos na equipe, o que poderia dificultar o diálogo e, conseqüentemente, a construção do processo de trabalho, o perfil dos profissionais que entraram contou mais do que o tempo em que estavam ali. A maioria se mostrou participativo, interessado e inclinado à construção dialógica, o que favoreceu não só a construção do trabalho como a interação pessoal com o resto da equipe. A formação específica em saúde da família pode ter grande influência nesse perfil de profissionais.

Quanto à hierarquização das profissões, apesar do diálogo aberto e a gestão colegiada instituídas no CSSG, vale ressaltar que as figuras mais presentes nos espaços colaborativos e deliberativos acabam sendo sempre os profissionais de nível superior, como médicos, enfermeiras, farmacêuticas, profissionais de educação física e do serviço social, sendo estes concursados ou residentes. Nas reuniões diárias de planejamento do serviço, que tinham a participação de todos os profissionais incluindo ACS, técnicos de enfermagem, estudantes de graduação e administrativos, todos tinham voz e espaço de fala, porém a força para as decisões acabava caindo mais fortemente na voz dos profissionais de nível superior. Essa percepção corrobora com a ideia colocada por

Kvarnström (2008) de que o status de cada profissão pode impactar em como e onde suas contribuições vão ser ouvidas e utilizadas dentro da construção do processo de trabalho. É válido colocar que o interesse por parte dos profissionais de nível superior nas discussões parece ser maior, podendo influenciar assim a sua maior participação, mas questionar o porquê desse movimento é necessário. A própria formação pode influenciar a maior mobilização por parte de algumas categorias, assim como as competências específicas que levam a determinadas ações. Nesse sentido, o trabalho interprofissional em si pode não ser o bastante para romper com a lógica hegemônica do poder técnico e político de algumas categorias profissionais (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018), sendo elas principalmente as de formação de nível superior.

Para se realizar determinado trabalho, Scherer, Pires e Schwartz (2009) colocam que existe uma prescrição que consiste em objetivos, regras e procedimentos relativos aos resultados esperados e a maneira de obtê-los, e que essa prescrição também é a forma que os trabalhadores se organizam. A pactuação do processo de trabalho é permeada pela pactuação entre os sujeitos que a compõem, sendo que os conflitos e tensões vividos por esses mesmo sujeitos também vai fazer parte da estruturação dessa pactuação (MERHY; FRANCO, 2008). Ao final, o trabalho real não é apenas uma atividade realizada, mas também as incertezas e aquilo que é descartado ao longo de todos os debates (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009). O trabalho em saúde no CSSG não foi apenas o visto pela população que era atendida, mas também todas as dificuldades vividas para se chegar até aqueles fins.

Subjetividades que permearam a realidade do trabalho

Essas dificuldades enfrentadas pelos profissionais vinham tanto de dentro quanto de fora do ambiente de trabalho. Se considerarmos a teoria do trabalho vivo em ato de Merhy (2014), em que o trabalho em saúde se dá no exato momento em que é executado e que parte desse trabalho é permeado pela produção de subjetividades do próprio trabalhador também em ato, tudo que é vivido e experienciado pelo profissional, seja dentro ou fora do ambiente profissional, irá influenciar sua produção de sentidos e

significados no momento de produção do trabalho. A pandemia da Covid-19 trouxe muitas situações novas para a população, incluindo os profissionais de saúde, que passaram a ter de lidar com as mudanças de protocolos de atendimentos quase diários, com uma nova carga de roupas e equipamentos de proteção, com a privação do toque e da proximidade durante os atendimentos e com o medo de se contaminar. Essas e outras mudanças tiveram que ser absorvidas rapidamente pelos profissionais para serem colocadas em prática, e os mesmos foram aprendendo a lidar com os sentimentos e frustrações gerados por elas com o decorrer do tempo e da pandemia, sem sair do seu exercício de trabalho, exigindo, assim, muita estrutura física e psicológica dos mesmos. Ornell e colaboradores (2020) relembra que durante os momentos de *lockdown* e incentivo para o isolamento social que estavam acontecendo ao redor do mundo para reduzir as chances de novas infecções, os profissionais de saúde iam em outro sentido. No trabalho, iam todos os dias para o encontro com casos suspeitos e confirmados de Covid-19 e, quando em casa, vivenciavam o medo da possibilidade de contaminar seus familiares.

Essa dualidade das responsabilidades profissionais e do medo e insegurança, quando colocados junto com as novas demandas e mudanças acabaram sendo, para muitos trabalhadores do CSSG, causadores de angústias. Os fatores geradores de estresse são absorvidos de formas diferentes por cada pessoa (SANTOS *et al.*, 2011), e assim também vão influenciar de formas diferentes a relação do trabalhador com o seu trabalho, seguindo as subjetividades de cada um. Além disso, na questão de geradores de estresse, a forma com que o trabalho se organiza também influencia nesse quesito (OLIVEIRA; CUNHA, 2014).

Nas primeiras semanas, os sentimentos que se mostraram mais presentes foram a insegurança, a ansiedade vinda do novo e também um certo anseio para fazer acontecer, característica clássica dos profissionais do CSSG. Franco e Merhy (2012) afirmam que a subjetividade é uma das dimensões do trabalho em saúde e, situações extremas como a pandemia, podem acentuar as nuances dessas subjetividades na produção do trabalho. Desse modo, a percepção que ficou mais evidente foi a dos trabalhadores tentando ao máximo deixar de fora seus anseios para continuar entregando seu melhor possível à população, e na maioria dos momentos conseguindo.

A responsabilidade dos sujeitos

Com o passar dos meses, ficou evidente que os esforços pela eficiência e agilidade no atendimento de casos suspeitos, assim como as estratégias de comunicação para a educação em saúde da população do Saco Grande e Monte Verde não estavam sendo suficientes para diminuir a velocidade do contágio no território. Nesse momento, os sentimentos do início foram sendo somados ou mesmo substituídos aos poucos por uma certa impotência para mudar os rumos do que vinha se tornando a pandemia no território e no município. As subjetividades vão sendo construídas através dos acontecimentos que chegam até o sujeito, no caso aqui discutidos os profissionais de saúde do CSSG, impactando assim sua forma de ver o mundo (FRANCO; MERHY, 2013) e, conseqüentemente, seu trabalho. Nota-se então que as subjetividades, como é esperado, vão se modificando à medida que as fases vividas dentro da pandemia também vão evoluindo.

É inegável dizer que em alguns momentos a frustração e mesmo a raiva se sobressaiam, principalmente vindas daquela sensação de estar sempre 'enxugando gelo'. Na APS é quase impossível cuidar sem contar com a participação e compreensão dos usuários, que têm maior autonomia e participação no controle dos seus cuidados (LIMA *et al.*, 2009). Zoboli e Fortes (2004) dizem ainda que os usuários devem ter acesso a informações pertinentes e esclarecedoras, mas que a forma de comunicação com o usuário e a recusa do mesmo em seguir as orientações são problemas comuns.

Vejo como importante também a compreensão da realidade de cada pessoa e/ou família, principalmente durante a pandemia onde muitos entraram em situação de vulnerabilidade. Um desafio para a APS é encontrar instrumentos, mediações e condições organizacionais que, dentro do possível para a realidade vivida, possam atingir certo cuidado em saúde (ZOBOLI, 2009), seja ele individual ou coletivo. Assim, os esforços eram voltados para o isolamento de casos suspeitos e confirmados, a identificação de seus familiares e a tentativa de diminuir a circulação do bairro como medida preventiva de contágio por meio de educação em saúde, que será melhor

discutida mais adiante. Vendo que as tentativas de orientações, que utilizaram também da persuasão por meio de dados científicos para atingir a emoção e os simbolismos daqueles que poderiam seguir as regras de distanciamento não funcionavam, o cansaço da equipe aumentava juntamente com o número de casos no território e no município.

Vemos que vários pontos que cercam essa subjetividade dos profissionais podem ser considerados aqui. Inicialmente, é compreensível e legítimo que a saúde pública aja de modo a restringir certas liberdades individuais quando o bem comum tem prioridade sobre o interesse individual (GAUDENZI; SCHRAMM, 2010). Espera-se que a autonomia do sujeito que é estimada pelo serviço de saúde venha acompanhada de responsabilidade, reforçando a corresponsabilização entre serviço e usuários e, nesse caso, também a responsabilidade de cada um para com a comunidade como um todo. Em outras palavras, entende-se que quem pode e tem condições sociais para tal, deve restringir certas liberdades pela proteção própria e também daqueles que não têm condição de manter um mínimo de isolamento social, seja por motivos profissionais ou financeiros.

Porém essa perspectiva de responsabilidade dos sujeitos está, em sua maioria, fora do alcance do serviço de saúde. A educação no Brasil, na maior parte das escolas, se dá ainda de forma autoritária, reforçando as individualidades e deixando de lado questões morais e éticas de âmbito coletivo. O individualismo é a grande expressão cultural do século XXI e está diretamente ligado ao consumismo (ZANCANATO, 2005) e ao sistema capitalista, onde certas pessoas colocam a economia cegamente à frente de vidas - em maioria de pretos e pobres. A pandemia atingiu em cheio o narcisismo da sociedade, que usa da negação da realidade para benefício próprio (COSTA; RIZZOTTO; LOBATO, 2020), onde a decisão de manter o isolamento social poderia sim estar relacionado a crise econômica e necessidade financeira, mas também ao mero tédio e a privação da liberdade. Bezerra e colaboradores (2020) acrescentam ainda com seu estudo que a condição da moradia, a quantidade de pessoas morando sobre o mesmo teto também vão afetar o comportamento da população sobre o isolamento social.

Verdi e Caponi (2005) ressaltam que é difícil mudar a forma de habitar uma cidade, assim como o modo de vida dos sujeitos, quando não se tem sistemas educacionais completos disponíveis para toda a população. As mesmas autoras

complementam que as mudanças sociais são os maiores influenciadores nas mudanças de estilo de vida, e que para se promover saúde melhores condições sociais são necessárias. Sendo assim, mesmo que as mudanças que a pandemia trouxe fossem teoricamente temporárias, foi extremamente difícil e até injusto com os profissionais de saúde, que se esforçaram na tentativa de prover educação em saúde para uma população a fim de conter o avanço do contágio, a função de trazer o senso de responsabilidade coletiva sobre saúde para uma população que a vida inteira foi ensinada a competir em todos os âmbitos da vida, assim como era cruel ter que isolar em casa alguém que precisava sair pela manhã para ganhar o dinheiro da janta - realidade muito comum no Saco Grande.

O cenário político e as escolhas dos governos

Além disso, fatores ligados às condutas adotadas tanto pela gestão municipal quanto pelo governo estadual e federal parecem ter dificultado muito o controle da pandemia, e assim sobrecarregado ainda mais os profissionais de saúde. Quando, em pleno aumento do número de casos, se toma a decisão de manter o comércio e outras atividades liberadas, a mensagem que é passada para a população que não está diariamente vivendo e vendo a situação sanitária é de que tudo está sob controle. Em muitos momentos foi notável a frustração no centro de saúde por não ter o discurso da necessidade do distanciamento sendo reafirmado nas mídias e propagandas veiculadas pela secretaria de saúde de Florianópolis. Somando-se a isso, o que víamos no dia a dia dos atendimentos não condizia com as informações epidemiológicas divulgadas pelo município, o que gerava mais frustração. O Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis elaborou diversos relatórios situacionais de análise de risco do município (PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS, 2020a) que, em muitos momentos, divergiam da análise de risco divulgada pela secretaria municipal de saúde através do covidômetro (PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS, 2020b).

Em determinado momento, a prefeitura optou por seguir as diretrizes de risco da secretaria estadual de saúde, seja por manter um padrão estadual de risco ou apenas para se ausentar da responsabilidade de certas decisões que impactam a economia. De qualquer modo, quando o nível de risco mudava, pouco mudava a rotina da cidade, que não via fiscalização e nem restrições suficientes; enquanto isso o número de casos começava a aumentar de forma acelerada, assim como a ocupação dos leitos de UTI. Em um episódio de claro descaso com a situação, quando, em meados de julho, o site do covidômetro passou a informar risco gravíssimo na cidade de Florianópolis (PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS, 2020b), as informações sobre as restrições pertinentes a esse nível chegaram a sumir do site oficial da prefeitura, como um grande indicativo do viés político que estava seguindo a gestão municipal em suas determinações. O reflexo dessas ações no dia a dia do processo de trabalho do CSSG - assim como deveriam ser também nos outros centros de saúde - era direto e evidente, culminando no aumento do nível de cansaço e estresse dos seus profissionais.

O contexto político nacional também influenciou muito a forma com que a população e as secretarias municipais e estaduais lidaram com a pandemia. Desde o início da pandemia, com discursos e opiniões vagas sobre as estratégias de enfrentamento a Covid-19 o governo federal, pela figura do presidente Jair Bolsonaro, foi colocando sua ideologia à frente da preservação da vida dos brasileiros e moldando seus seguidores a seguirem o mesmo caminho.

Os primeiros meses foram marcados pelas dificuldades e desencontros entre o presidente e o ministério da saúde que culminaram em duas trocas consecutivas do titular da pasta, com consequentes transições das equipes técnicas. Conjuntamente, diferenças entre governos federal, estaduais e municipais também aconteciam, e enfrentamentos do presidente com parcelas da população - como a comunidade científica - dificultavam ainda mais uma coordenação coesa dos esforços de enfrentamento a Covid-19 (LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020). A pandemia encontrou um Brasil governado pela ultradireita, militarizado (COSTA; RIZZOTTO; LOBATO, 2020), vulnerabilizado e com grandes cortes no tecido das políticas sociais (WERNECK; CARVALHO, 2020). Junto nesse quadro de vulnerabilidade, encontram-se também o próprio SUS e as políticas de incentivo à ciência nacional, que sofreram grandes cortes desde a EC 95 até as políticas

econômicas do atual governo (WERNECK; CARVALHO, 2020), e que agora se espera que esteja fortalecido e atuante para combater a pandemia.

A forma que a Covid-19 iria se comportar em território brasileiro era inicialmente uma incógnita, considerando nossos grandes aglomerados urbanos e grande desigualdade social. O fato foi que à medida que o vírus ia ganhando os estados do país, o governo federal - em última troca representado por um ministro da saúde militar sem nenhuma experiência na área da saúde - se ausentava cada vez mais de assumir a dianteira das medidas de controle. Essa ausência fez com que os estados e municípios tomassem para si a responsabilidade financeira e executiva do processo de combate à pandemia, o que fez com que sofressem grandes ataques do presidente Jair Bolsonaro (COSTA; RIZZOTTO; LOBATO, 2020).

Além de não comandar as ações, o governo federal, principalmente através do presidente, ainda se posicionou enfaticamente contrário às medidas protetivas como o isolamento social e o uso de máscaras, além de incentivar o uso de medicamentos para tratamento precoce da Covid-19 que não possuíam evidências científicas para tal uso. Tratou a pandemia de forma reducionista, ridicularizou quem praticava o isolamento social, diminuiu a gravidade de mais de mil mortos por dia, desrespeitou famílias que perderam seus entes e envergonhou o Brasil pelo mundo afora. Do imenso gasto com a compra dos medicamentos para o tratamento precoce à falta de prioridade para a aquisição das vacinas, passando pela falta de auxílio às famílias e pequenos negócios, o período foi marcado pelo escancarar da política que Bolsonaro já se propunha a fazer em 2018 na sua campanha: negacionista, violenta e genocida. Incentivando seu eleitorado fiel a seguir seus pensamentos e comportamentos, Jair Bolsonaro movimentou a polarização política para assuntos técnicos e científicos influenciando diretamente o comportamento da população, a carga de trabalho dos profissionais de saúde e os rumos da pandemia no país, que soma em dezembro mais de 190.000 mortes pela Covid-19 (BRASIL, 2020b).

A responsabilidade moral que se situa cada vez mais sobre a esfera individual, sem nenhuma referência coletiva, institucional ou familiar, corre o risco de retirar da dimensão pública e política as devidas responsabilidades (VERDI; CAPONI, 2005). Em suma, é compreensível e verdadeira a necessidade individual de praticar medidas de

proteção, mas não se pode exigir que atitudes individuais isoladas cubram os buracos que as ações governamentais estão deixando abertas, além de ser uma tarefa impossível e cruel. Costa, Rizzotto e Lobato (2020) apontam que os acontecimentos relacionados ao governo federal ao longo da pandemia não se deveram apenas por incompetência, mas sim a uma política econômica às custas da vida dos brasileiros. Naturalmente, com o enorme quadro de desigualdade no Brasil, nem todos sofreram as consequências da Covid-19 da mesma forma, a distribuição do infortúnio se deu e se dá de forma desigual (LIMA; BUSS; PAES-SOUSA, 2020). Como consequência, a recuperação econômica, a superação dos traumas e a reconquista de padrões sociais vão acontecer também de forma desigual (LIMA; BUSS; PAES-SOUSA, 2020), e as parcelas da população que terão maiores dificuldades serão aquelas já marginalizadas e negligenciadas, como a população periférica, negra e pobre, população as quais estão mais voltadas às políticas violentas do governo Bolsonaro.

O aumento da demanda e a sobrecarga física e emocional

O aumento da ocupação dos leitos de UTI em Santa Catarina demorou para subir em comparação com outros estados do país, e em Florianópolis, quando chegou encontrou uma APS já saturada da demanda acumulada de outros meses e os novos casos de Covid-19 que apareciam. Muitos artigos apontam a importância e necessidade da atuação da APS não apenas no manejo e acompanhamentos de casos leves de Covid-19, mas na continuidade do cuidado de pacientes crônicos e manejo das possíveis consequências do isolamento durante a pandemia (DAUMAS *et al.*, 2020; KIDD, 2020; SARTI *et al.*, 2020).

Savassi e colaboradores (2020) esboça que o cenário de demandas da pandemia para a APS se dará em 3 grandes ondas: casos de Covid-19, queixas agudas e crônicas secundárias à não procura pelo serviço, e casos de saúde mental decorrentes das duas ondas anteriores. Em Florianópolis, a onda de contágio se deu em um tempo diferente de outros locais do Brasil; o primeiro fechamento do comércio e restrição ao acesso presencial no CS se iniciou em março, e o crescimento da curva de contágio se deu no

final de junho, e desde então sofreu apenas uma pequena queda em setembro, com seguinte crescimento novamente e permanência em altas taxas de transmissibilidade do vírus (FLORIANÓPOLIS, 2020b). Estudo que analisou as tomadas de decisão do governo de Florianópolis indicou que a partir de maio e junho, as medidas adotadas estavam em sua maioria dissonantes com a situação epidemiológica do município (GARCIA *et al.*, 2020), um indicativo do que pode ter colaborado para o grande aumento de casos após o primeiro fechamento. Essas características e fatores podem ter levado a uma sobreposição das chamadas ondas descritas anteriormente, onde as queixas agudas e crônicas reprimidas inicialmente vieram a aparecer ao serviço juntamente com o momento de alta de casos no município e território. A consequência foi a altíssima demanda para a APS quando a percepção tanto para população quanto para profissionais era de cansaço e fragilidade.

Assim como o próprio curso da pandemia foi se modificando em termos de índice de contágio, a reação dos profissionais foi também mudando conforme o que se apresentava no cotidiano do trabalho e da vida fora dele. Se no início predominava o medo, a incerteza e as mudanças, a partir do quinto e sexto mês - mais ou menos julho e agosto - o que se destacou no cenário do CSSG foi o excesso de trabalho e o cansaço físico e mental. Estudos mostram que a alta demanda, a falta de recursos humanos, falta de apoio e incentivo e uma difícil relação entre a equipe de profissionais são fatores geradores de estresse relacionados ao trabalho em saúde (ALMEIDA *et al.*, 2016; LENTINE; SONODA; BIAZIN, 2020; MOLINA; HOFFMANN; FINKLER, 2020). Além disso, elementos da organização do processo de trabalho como relações de poder, ritmo de trabalho, divisão das tarefas e etc. são também entendidos como fontes laborais de tensão (OLIVEIRA; CUNHA, 2014). No CSSG, foi possível notar o estresse que tomava conta das equipes através da sensação de nunca dar conta da demanda, de dias intensos, da perda de controle dos monitoramentos dos casos de Covid do território, entre outras coisas.

As múltiplas formas de acesso que a APS de Florianópolis disponibiliza a seus usuários tem grandes vantagens para o acesso aos serviços e a manutenção do vínculo e foram de extrema importância no momento onde o distanciamento social era recomendável. O uso do teleatendimento e tele-monitoramento de casos suspeitos foi

incentivado e priorizado, e colocado como grande trunfo da gestão municipal de saúde como medida de ação contra a Covid-19 (SILVEIRA; ZONTA, 2020). Entretanto, o aumento das formas de acesso, com a implementação do WhatsApp para agendamentos e teleconsultas, além do telefone, *email* e demandas presenciais, que já eram rotineiros, aumentou em muito os locais onde se necessitava de profissionais dentro do serviço. O CSSG possuía serviço de *whatsapp* para todas as equipes de saúde da família, equipe farmacêutica, de odontologia, de marcação de exames e consultas da atenção secundária, além de prestar serviços de agendamento de vacinas e cadastro de novos pacientes por meio do aplicativo de mensagens. Todos esses serviços foram implementados sem a contratação de novos profissionais para as equipes, sendo uma carga a mais para quem já estava sobrecarregado.

Era comum ouvir nos corredores e almoços que as equipes de saúde da família quase nunca conseguiam ler todas as mensagens que eram enviadas para seus celulares em um dia, e que estas iriam se somar com as dos dias seguintes. Não apenas os usuários muitas vezes ficavam nervosos pela demora da resposta, como os profissionais demonstraram muitas vezes frustração, desconforto e exaustão por não ter como atender a toda aquela demanda virtual, que se mostrava infinita. Diferente do que se pode pensar, a não-resposta por parte da equipe vinha do excesso de mensagens a serem respondidas, e os profissionais e residentes sofriam uma grande demanda psicológica para atender a todos em tempo oportuno.

A Abrasco em um relatório sobre a APS na pandemia (ABRASCO, 2020) salientou que adicionalmente ao estresse vivido no cotidiano do trabalho, os profissionais de saúde ainda sofrem com a escassez de recursos, de equipamentos, de pouca agilidade na realização dos testes e comunicação dos resultados e insuficiência de profissionais. Karasek (1979) relaciona que um alto nível de demandas junto com um baixo nível de poder de decisão/resolução está associado a um maior aparecimento de depressão e exaustão entre trabalhadores. Praticamente todas essas realidades existiram no cotidiano do CSSG, e todas ultrapassam o poder de decisão e resolução do próprio centro de saúde. Mesmo o município de Florianópolis investindo na APS há muito tempo, era notável que o serviço estava sofrendo naquele momento, e não apenas os centros de saúde, mas também outros setores da secretaria municipal de saúde de

Florianópolis, como a vigilância epidemiológica, que a todo momento recrutava profissionais e residentes devido ao excesso de trabalho acumulado.

Em meio a esse cenário, durante algumas semanas o CSSG chegou a oferecer 160 vagas para teste rápido por semana, além de ter aumentado o espaço físico para atendimento de sintomáticos respiratórios. Tudo isso sem aumento do número de profissionais e tendo que lidar com constantes afastamentos. A coordenação, junto com o corpo de trabalhadores fazia o possível e quase o impossível para oferecer à comunidade os atendimentos necessários ao manejo da Covid-19 sem prejudicar outros atendimentos essenciais. De fato, o CSSG deu conta do recado da melhor forma que pode. Seus profissionais e residentes se desdobravam para ocupar e suprir todos os locais necessários, porém muitas vezes às custas de sua própria saúde mental e física. Os profissionais de saúde devem ter sua saúde mental priorizada, ou estarão em risco de sofrer um colapso emocional (ORNELL *et al.*, 2020). Nesse caso, pode ser que o colapso do sistema de saúde não venha da forma como se imagina, pelos hospitais lotados e falta de leitos, mas através de profissionais que já não conseguem prestar os serviços devido a ruína física e emocional.

As particularidades da residência e dos residentes

A vida dos residentes durante todo esse período não foi muito diferente do que já foi citado acima, porém com alguns agravantes. Nas primeiras semanas grande parte das atividades praticadas pelos residentes do NASF foi suspensa, e os esforços no local de atuação ficaram voltados ou diretamente a Covid-19, como por exemplo fazendo triagem de porta, ou para atendimentos direcionados ao teletrabalho. Saliento aqui que algumas áreas divergiram das demais por características próprias, como a da farmácia, que permaneceu na atividade de dispensação. Nesse contexto, se caracterizou um realinhamento do foco dos residentes, que foi redirecionado para o combate a Covid-19. Certamente isso teve impactos positivos na formação dos residentes, que vivenciaram experiências únicas de aprendizado dentro do serviço nesse momento, porém não se pode deixar de questionar também o impacto negativo. Lucena e Sena (2020) em seu

relato de experiência colocam que os desafios da pandemia trouxeram uma carga de amadurecimento muito grande aos residentes que atuam nos serviços de saúde.

Estudo feito com residentes multiprofissionais mostra que muitos tiveram uma limitação no seu escopo de atividades como residentes, e que isso teria prejudicado seu aprendizado profissional (OLIVEIRA et al, 2020). A suspensão de diversas atividades práticas e a paralisação das aulas teóricas parece ter feito os residentes se sentirem não mais como residentes, mas sim como contratados do serviço que ‘apenas’ trabalhavam 8 horas ou mais por dia, mesmo que não sendo. A problemática aqui é enorme, pois os residentes têm diversas particularidades. Primeiramente, temos a clássica questão de que profissionais residentes devem sim estar inseridos no serviço e fazer parte do processo de trabalho do mesmo, porém não são mera mão de obra para a gestão e não devem cobrir espaços e buracos causados pela falta de profissionais concursados. Essa questão ficou evidente, por exemplo, quando o setor de vigilância epidemiológica da secretaria municipal de Florianópolis recrutou residentes para trabalharem na caixa de entrada e investigação dos casos de Covid-19 por pura falta de RH no setor. Não obstante, essa articulação ainda foi feita de forma vertical e autoritária, retirando os residentes de seus postos de trabalho, onde tinham preceptores e funções já atribuídas, para alocar em um trabalho repetitivo e manual, com baixíssimo senso crítico e aprendizado. Nesse processo, os residentes pouco tiveram voz para contestar a impraticabilidade desse movimento.

Ademais, a suspensão das aulas e atraso do calendário acadêmico causou transtornos tanto para residentes do primeiro ano quanto do segundo. Para os do primeiro, estes tiveram que adentrar ao serviço sem acompanhamento da base teórica, o que pode ter causado confusões e anseios; já para os do segundo, a reposição das aulas teóricas - me refiro aqui ao meu programa de residência especificamente - se deu de forma muito atrasada, coincidindo com o momento de elaboração dos trabalhos finais e cansaço acumulado de meses de pandemia, gerando uma carga imensa de trabalho para os residentes. Alguns entraram na residência e logo foram alocados na forma de teletrabalho, tendo passado os primeiros meses de residência sem contato próximo com o território, e sem o aporte teórico que deveria vir das disciplinas. Em somatória, os

residentes também ficaram mais distantes, sendo muito mais difícil a articulação política e o apoio afetivo que poderia vir dessa categoria para com ela mesma.

Além disso, entramos em questões legais que cercam os programas de residência no Brasil: residentes não têm direito a pegar atestados médicos, tendo que repor as horas 'perdidas' ao final da residência e não recebem insalubridade mesmo trabalhando em locais de risco de contaminação biológica. Todas essas nuances criaram um cenário muito particular e aflitivo para muitos residentes. A residência, devido a sua grande carga horária e intensidade, já é passível de sobrecarga física e emocional para os residentes em tempos de não pandemia (OLIVEIRA *et al.*, 2020), e em tempos de Covid-19 parece ter agravado a sobrecarga e impacto na saúde mental de muitos residentes. A exaustão física e emocional dos residentes era evidente e adoecedora. Nesse processo de aprendizado teórico prático em que consiste a residência durante a pandemia, todos os atores envolvidos são responsáveis pela forma como ele é levado e construído: preceptores, tutores, coordenação, residentes e todos os outros profissionais que possam estar envolvidos no cotidiano da residência (LUCENA; SENA, 2020).

Dificuldades relacionadas ao trabalho na farmácia

No setor da farmácia, especificamente, não foi muito diferente. As residentes estavam envolvidas em diversas funções no centro de saúde, como triagem de porta e testes rápidos de Covid-19 além do próprio trabalho na farmácia. Inicialmente, o fluxo de usuários na farmácia chegou a diminuir, talvez por receio dos pacientes em irem ao centro de saúde, porém depois dos primeiros meses o fluxo começou a aumentar consideravelmente. Durante a pandemia várias farmácias de referência da rede foram fechadas, seja por falta de profissionais ou falta de infraestrutura, sobrecarregando aquelas que continuaram abertas. A rede conta com nove farmácias de referência distritais, sendo destas duas no distrito norte e três no distrito centro, e até 2019 estima-se que o número de farmacêuticos na rede seja de 58 (SOARES, 2020). Durante boa parte dos meses da pandemia a farmácia de referência da Policlínica Norte, a principal do distrito norte, ficou fechada, fazendo com que os usuários tivessem de se locomover

até o CSSG para pegar seus medicamentos controlados. Em alguns momentos a única farmácia de referência aberta para os distritos centro e norte era a farmácia do CSSG, aumentando e muito a demanda por esse serviço, além de prejudicar os usuários. Ainda que com farmácias de referência fechadas, a gestão municipal demorou muito para chamar profissionais farmacêuticos do concurso vigente.

Araújo e colaboradores (2008) e Molina, Hoffmann e Finkler (2020) discutem que os farmacêuticos têm uma inserção limitada nas equipes de saúde devido ao tempo limitado para tais atividades, pois a maior parte de sua carga horária é ocupada com a gestão de estoque e a dispensação em si. Na farmácia do Saco Grande, a interação com as equipes de saúde da família sempre foi facilitada e promovida devido a presença dos farmacêuticos residentes, que se inserem nas equipes durante os anos passados no centro de saúde. Durante a pandemia, o excesso de demanda na farmácia conjuntamente com afastamentos, novas funções e outras atividades que os residentes desempenhavam, pode ter dificultado ainda mais a participação dos farmacêuticos nas reuniões e discussões de equipe. Entretanto, assim como colocado anteriormente, os farmacêuticos se desdobravam para ser possível se colocar em todos os locais e manter o melhor atendimento e serviço para a população, incluindo as discussões com as equipes de saúde. Importante salientar que sem o apoio das estagiárias, tanto do programa Brasil Conta Comigo quanto da UFSC, não teria sido possível manter todas as atividades em andamento.

A dispensação de medicamentos foi desde o início considerada um serviço essencial do CS e que não poderia ser interrompido. Estudo coloca que em momento de crise global ou local pacientes em uso de medicamentos contínuos tendem a piorar sua adesão medicamentosa (CADOGAN; HUGHES, 2021). Como o acesso a consultas médicas e de enfermagem esteve limitado em alguns momentos, a dispensação se mostrou ainda mais importante para a manutenção e acompanhamento do tratamento dos pacientes, principalmente crônicos, que fazem uso de medicamentos de uso contínuo. Entretanto, a equipe da farmácia também descobriu dificuldades durante a própria dispensação. Como muitos dos pacientes crônicos são idosos, uma boa parte dessa população estava evitando exposição, pedindo a familiares ou vizinhos que buscassem os remédios ou solicitassem a busca dos medicamentos enquanto estavam

aguardando na porta de entrada do CS. Sendo assim, muitas vezes a pessoa que vinha a dispensação não sabia dizer como estava o paciente, ou mesmo comentar sobre a adesão e resultados do tratamento. Essas percepções vão de encontro com as de Koster, Philbert e Bouvy (2021) de que, durante a pandemia, os pacientes também tendem a ficar menos tempo na farmácia e fazer menos perguntas aos farmacêuticos por querer sair do ambiente com risco de contaminação, o que pode prejudicar a assistência prestada. O cuidar e acolher sem a aproximação física com o usuário, sem toque e com os sentidos do corpo cobertos por equipamentos de proteção individual se mostrou um grande desafio (FERREIRA; BARBOSA, 2020). As iniciativas e saídas encontradas pela equipe de farmacêuticos do CSSG para melhor atender a população durante a pandemia vão ser discutidas mais adiante.

A comunicação com a população do território

O Saco Grande tem uma tradição de portas abertas muito grande que já vem de muito tempo atrás. A população está acostumada a ser atendida na hora que necessita e pelo profissional da sua equipe de saúde da família. O acesso avançado é algo muito caro tanto para a população quanto para os profissionais, que estão sempre revendo e discutindo novas formas para facilitar o acesso aos serviços da APS. Com a triagem de porta instaurada, houve um entendimento de barragem de acesso por parte da comunidade, o que culminou em desentendimentos e discussões do centro de saúde com a comunidade.

Com o retorno do comércio as pessoas voltaram a procurar o serviço presencialmente, e se iniciou um intenso processo de comunicação com a população sobre serviços que estavam sendo ofertados e por que via de acesso. Considerando que a perspectiva era de que o vírus continuasse em circulação por bastante tempo, é compreensível que os serviços de APS tenham seus atendimentos direcionados para uma modalidade de cuidado à distância a fim de não interromper a linha de cuidado de seus pacientes (MEDINA *et al.*, 2020), e no caso de Florianópolis, isso se deu pelo uso de aplicativos de mensagens.

Divulgar essa nova forma de acesso, comunicar com o território que os serviços continuavam sendo ofertados, porém só em um formato diferente, requereu da equipe e, principalmente dos residentes, um certo esforço para recriar e renovar as formas de se comunicar com a população.

Sobre a comunicação estabelecida com os usuários na triagem de porta e pelo *WhatsApp* das equipes de saúde, foi notável dificuldades relacionadas à compreensão do novo processo de trabalho da unidade e consequentes comportamentos agressivos por parte dos usuários. O trabalho em saúde tem natureza relacional, e os sujeitos - sejam eles profissionais ou usuários do serviço - agem influenciados por diversas linhas de forças - políticas, profissionais e pessoais (FRANCO; MERHY, 2012), e estas caracterizaram grandes pontos de tensão entre usuários e profissionais durante o período. A saída se mostrou o investimento nas tecnologias de comunicação baseadas na comunicação não violenta para amenizar os atritos que apareciam.

Falando especificamente sobre a comunicação com finalidade de educação em saúde, o grupo de residentes criou uma série de vídeos informativos direcionados à comunidade do Saco Grande e Monte Verde, com intuito de explicar novos fluxos de atendimentos e passar informações confiáveis sobre a prevenção e tratamento do novo coronavírus, visando atenuar tensões que estavam aparecendo devido a não compreensão de certas informações.

Essa iniciativa entra no escopo da educação em saúde, caracterizada no contexto da pandemia por Ceccon e Schneider (2021) como processo educativo de construção de conhecimentos para a apropriação por parte da população das medidas necessárias ao enfrentamento do Coronavírus. Os vídeos produzidos eram veiculados pelas listas de transmissão de *WhatsApp* e nas redes sociais do Centro de Saúde. Essa forma de transmissão por si só já limita o alcance das informações àqueles que têm acesso à internet e às redes sociais. É provável que isso tenha influenciado na própria repercussão dos vídeos que, lançados semanalmente, atingiram mais um público de profissionais de saúde do que de moradores do território do CS, que republicaram e encaminharam a série de vídeos Brasil afora.

Dentro da comunidade, apesar de ter havido respostas positivas às postagens, é difícil quantificar o quanto isso impactou as ações de prevenção e tratamento no território,

pois na prática o CS não observou grandes mudanças nos comportamentos sociais referentes à quarentena e isolamento no bairro. Kemm, citado por Feio e Oliveira (2015), relembra que os comportamentos relacionados à saúde são dependentes de diversas atitudes, e que estas não são geradas apenas por informação.

Apesar disso, saliento dois pontos importantes nesse processo de comunicação a distância por material audiovisual: o primeiro relacionado à dimensão do cuidado para além de quadros clínicos, tentando trazer para a comunidade possibilidades para esse novo momento, mostrando que ainda é possível a produção e manutenção da vida mesmo em distanciamento social (SEIXAS *et al.*, 2021), no qual o Centro de Saúde, representado pelo grupo de residentes, pode ter falhado nessa tentativa por motivos que irei supor mais adiante. O segundo ponto diz respeito à educação em saúde como processo ético, político e pedagógico que requer o desenvolvimento crítico e reflexivo para revelar a realidade e possibilitar a criatividade inovadora (CECCON; SCHNEIDER, 2020), e que teve forte presença nos vídeos produzidos quando estes tentavam mostrar uma nova possibilidade de vida a população em meio a pandemia.

Por um lado, o material produzido buscava informações numa linguagem acessível e simples, tentando ver as principais dúvidas e demandas da comunidade a serem respondidas, assim como também prover informação científica de qualidade de forma compreensível, se ligando aos conceitos de educação em saúde que buscam capacitar os indivíduos a empreender ações que modifiquem não só suas vidas, como a do meio à sua volta (FEIO; OLIVEIRA, 2015). A formação de opinião crítica e não influenciável pelas mídias também se enquadrou nessa dimensão do trabalho.

É importante questionar se parte da educação em saúde produzida pelos vídeos não acabava por perpetuar uma ideia culpabilizadora e até mesmo persuasiva, mesmo que indiretamente. Mesmo defendendo modelos de educação popular em saúde, os residentes e profissionais que colaboraram para a produção dos vídeos se viam dentro de uma realidade onde seu escopo de atuação era limitado para tal prática - como descrito anteriormente - assim como estavam sendo diversas atuações no sentido de conter o avanço da pandemia na comunidade, gerando uma sensação de quase desespero. Se mostrava importante para a situação epidemiológica que, quando possível, os indivíduos fizessem a sua parte e, sem apoio do governo federal para a

defesa do distanciamento e quarentena, a abordagem persuasiva foi uma das formas acionadas como tentativa na comunicação com a comunidade e que pode ter falhado ao transmitir a mensagem desejada.

Potencialidades, superações e aprendizados

O trabalho multiprofissional, a gestão horizontalizada e a construção dialógica

Como já dito anteriormente, a PNAB de 2017 traz a equipe multiprofissional como agente de realizações das ações da APS (BRASIL, 2017). No CSSG atuam profissionais que compõem tanto equipes de saúde da família quanto profissionais do NASF-AB. Quando se deflagrou a pandemia, o trabalho multiprofissional foi colocado em evidência sob uma nova perspectiva, trazendo à tona não só o trabalho multiprofissional como interprofissional.

Segundo Ceccim (2018), interprofissionalidade se refere a pontos em comum de duas ou mais profissões ou ao ponto de indiscernibilidade para qual convergem os elementos de um campo de saber, da onde nascem as práticas profissionais. Temos também a definição de interprofissionalidade como o desenvolvimento de práticas coesas entre profissionais (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009). Pensando no contexto que está sendo discutido, pode-se pensar em interprofissionalidade também como o momento em que profissionais da saúde se veem como um grupo não dissociável em áreas de conhecimento dentro da própria saúde, mas como equipe profissional responsável por prover respostas efetivas e seguras às demandas de saúde de uma população em um momento de extrema dificuldade e incerteza, onde cada um contribui para o processo de trabalho em saúde de uma forma coletiva e ampliada.

Apesar de o modelo de atenção vigente colocar outros profissionais de saúde subsumidos à lógica dominante médica (MERHY, 1998), por trás das decisões e organizações práticas colocadas em funcionamento no CSSG e que eram percebidas pela população nas primeiras semanas da pandemia em Florianópolis, existia um trabalho interprofissional fluente e muito bem coordenado pela gestão local do CS. Para

que se chegasse às melhores pactuações possíveis foi necessário muito diálogo entre os profissionais, entrando aqui um ponto importante do processo de trabalho no CSSG, a gestão horizontalizada. A horizontalização pode ser entendida aqui como sinônimo de descentralização e de criatividade, de tratamento multidisciplinar, uma alternativa à estrutura tipicamente hierárquica (RIVERA; ARTMANN, 1999).

Rivera (1996) num artigo sobre organização comunicante diz que a organização e a comunicação são inseparáveis, e que a organização comunicante deve ser aberta e flexível, enfatizando a importância do diálogo para a construção da gestão horizontal. Antes da pandemia o CSSG já possuía uma gestão colegiada onde participavam representantes das equipes que compunham o CS e, nas primeiras semanas após a chegada do novo coronavírus, elas foram substituídas por reuniões diárias com todos os profissionais, como já comentado anteriormente. Essa nova conformação se deu pela velocidade com que chegavam as informações, e sua necessidade de discussão e pactuação, assim como possibilitar que todos opinassem e ficassem cientes dos processos em constante mudança.

A percepção, em comparação com outras realidades de outros centros de saúde vivenciados, é de que se os protocolos e orientações não fossem discutidos antes de serem colocados em prática, não se conseguiria uma organização do trabalho eficiente o bastante para gerar respostas rápidas e sistêmicas à demanda do serviço entre todos os profissionais. Pode-se trazer aqui a ideia de Rivera e Artmann (1999) sobre planejamento comunicativo, da problematização coletiva através do diálogo ser capaz de articular os sujeitos para a compreensão e raciocínio da governabilidade das situações. Assim, não somente a resposta era possivelmente mais organizada, como o caminho para chegar até ela através do diálogo impulsionava a crítica ao próprio processo de relação do centro de saúde para com o território durante a pandemia e ao próprio processo de trabalho.

Uma das dimensões do trabalho vivo em ato é a relação do trabalhador com o seu ato produtivo, assim como com outros trabalhadores (MERHY; FRANCO, 2008). Se juntarmos isso à ideia de Guizardi e Cavalcanti (2010), de que o tempo empregado na discussão coletiva deve ser considerado como diretamente produtivo, podemos entender que as relações e diálogos estão dentro do próprio ato produtivo. Essa interação

comunicante, que ficou expressa na forma coletiva de conduzir as decisões no CSSG, vem no sentido de propor uma nova forma de construção da produção do trabalho em saúde.

Como consequência dessa nova forma de construir o processo de trabalho, se espera um trabalho em saúde mais integrado. Quanto mais dialógicas forem as relações, mais integradas serão as ações em saúde (PEDUZZI *et al.*, 2020). A integralidade das ações e dos discursos dos profissionais para com a comunidade sempre foi um ponto importante, e em meio a mudanças de fluxos se tornou um dos pontos chave; nem sempre a comunicação com a população foi coesa por parte da equipe do centro de saúde. Em muitos momentos as informações que eram passadas se desconstruíam e geraram mais estresse do que resolução dos conflitos que surgiam, e o que se seguia era uma nova reunião com novos alinhamentos. Um dos grandes objetivos era possibilitar uma comunicação clara entre centro de saúde e comunidade, e falas e ações parelhas dos profissionais quanto aos assuntos gerais do centro de saúde foram muito importantes para evitar desgastes com uma população já desgastada devido ao momento que se estava vivendo. Para que todas as pactuações funcionassem e buscassem a integralidade, se fez importante também a aceitação e escuta de opiniões diversas, que provinham de práticas diversas que, naquele momento, tinham que convergir. Entra aqui o que já foi falado anteriormente, que o discutir também faz parte do trabalho em saúde.

Além disso, a construção dialógica trouxe a sensibilização e a corresponsabilização da equipe de profissionais do centro de saúde. Já em tempos 'normais' é esperado que todos os trabalhadores do CS entendam os fluxos e funções de cada um, e com a pandemia, por situações como a exemplificada no parágrafo anterior, isso foi reafirmado para não se gerar dificuldades a mais daquelas já presentes. Passos e Carvalho (2015) colocam que a sensação de pertencimento e corresponsabilização são imprescindíveis para ampliar a eficácia das práticas e qualificar o trabalho (PASSOS; CARVALHO, 2015). O diálogo e as decisões coletivas, com discussões ampliadas e horizontais trouxeram esse entendimento, importância e senso de necessidade de cada um da equipe, assim como a corresponsabilização como consequência. É reafirmado desse modo o espaço de trabalho como locus de realização profissional (PASSOS; CARVALHO, 2015). Quando se entende o trabalho que está

sendo feito no amplo espectro, se entende o seu papel dentro daquele processo, ficando muito mais fácil e até mesmo prazeroso a construção da produção do trabalho no coletivo. O trabalho de um depende do trabalho do outro, sendo todos os envolvidos responsáveis pela prestação de cuidado que chega a população.

Entretanto, se observa que a proposição do diálogo por si só não talvez não fosse suficiente para fazê-lo acontecer. O perfil de profissionais do centro de saúde, que em grande parte acreditam muito no potencial da APS e se doam para sempre melhorar o serviço visando a defesa do sistema único de saúde, ao meu ver foi crucial para que as pactuações dialógicas acontecessem e gerassem respostas práticas.

As relações de afeto e o autocuidado

Para além de ações integradas e resolutivas, o diálogo e as reuniões construídas tiveram também um outro viés. Os encontros entre os profissionais aconteciam não apenas nas reuniões já citadas, mas casualmente entre almoços e cafés que antes não se faziam conjuntamente. Essa interação ganhou uma potência de autocuidado ao meu ver, pois se dava como um momento de descontração e aproximação. Ceccim (2018) coloca que a interprofissionalidade também favorece a rede de laços afetivos, como descrito acima, e que isso intensifica a sensação de pertencimento a uma equipe. O pertencimento, por sua vez, projeta o sentimento de não-solidão, de que por maiores as dificuldades que a pandemia traga, não estaremos sozinhos.

O local de trabalho estava direto ou indiretamente relacionado com fatores desencadeantes de tristeza e estresse, mesmo que apenas na lembrança contínua da situação vivida, como as máscaras usadas durante todo o tempo não nos deixavam esquecer. Fazer com que esse local seja também um espaço protetor para os profissionais não é uma tarefa fácil, como colocado por Macaya e Aranda (2020), mas é uma potência para a compreensão e aceitação das questões que estavam formando àquela nova realidade. O medo e a insegurança que, em diferentes graus, atingiram os profissionais de saúde, assim como a tristeza, descrença, raiva e frustração,

impulsionaram, talvez pela força da necessidade, a expansão das relações interprofissionais para uma rede de apoio.

Ornell e colaboradores (2020) quando fala da saúde dos profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19, concorda que um ambiente de trabalho que possibilite a expressão de sentimentos e sintomas relacionados ao *burnout* e à exaustão emocional são não só importantes como necessários. Essa dimensão de promoção da saúde e autocuidado também foi vista no retorno da reunião semanal de residentes, inicialmente suspensa. Além de planejamentos, produção de material audiovisual e formações temáticas, as reuniões acabaram sendo um espaço seguro de desabafo e compartilhamento das frustrações relacionadas tanto às questões do trabalho e da formação como residente quanto da vida pessoal, que envolvia a saudade da família, o isolamento e a falta de afetos.

A residência

A residência, tanto a multiprofissional como a médica em saúde da família, participou ativamente da construção dos processos de trabalho na pandemia por meio dos residentes alocados no CS. Nascimento e Oliveira (2010) lembram que a residência busca a transformação do serviço que recebe os residentes através da discussão e reflexão sobre a prática, além claro do crescimento profissional dos mesmos. Aqui, não só os residentes estavam participando das discussões e aprendendo com a construção do processo, mas estavam também ensinando, tanto uns aos outros como aos outros profissionais. Os residentes do CSSG foram protagonistas em assumir funções e locais essenciais dentro do arranjo de atendimento aos casos suspeitos de Covid-19, tendo com isso um crescimento profissional ao mesmo tempo em que prestavam serviços essenciais à população em um momento de extrema vulnerabilidade.

A residência multiprofissional - e aqui estendo o termo para além do programa em si, mas para programas de residência trabalhando juntos, formando uma equipe de residentes de diversas áreas - tem como um dos objetivos articular o conhecimento teórico com as necessidades de saúde e vida da população, com um olhar atento à

realidade à sua volta (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Esse olhar por parte dos residentes e partilhado por parte dos profissionais do CSSG, que também fizeram residência, se mostrou essencial para o aprimoramento das decisões tomadas com base na realidade local e de forma partilhada. Estudo mostra que os residentes representam um apoio na prestação do cuidado por meio da troca, e que isso se mostra como uma união (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015).

É importante lembrar que, a junção de todos esses pontos colocados acima reforça o caráter não hegemônico da residência multiprofissional e a sua defesa pelo SUS. Apesar de o foco estar, mais uma vez, na doença - nesse caso a Covid-19 - ainda assim a residência parece ter influenciado a forma de olhar para a situação, mesmo que apenas propondo e executando o trabalho em grupo e se colocando para esse trabalho de forma profissional, crítica e coletiva, assim como lembrando das necessidades sociais que influenciam o comportamento da população e deveriam ser levadas em conta para tomada de decisões de cunho epidemiológico. A seu modo, dentro das limitações do momento, a residência multiprofissional não abandonou a proposta da integralidade da atenção por meio da multiprofissionalidade como foi proposta em sua criação e que é também preceito e diretriz do SUS (CECCIM, 2009).

Inovações e percepções do trabalho dos farmacêuticos

No âmbito da farmácia do centro de saúde, a dispensação de medicamentos não foi interrompida em praticamente nenhum momento, sendo garantido o acesso da população aos medicamentos durante a pandemia. As receitas de uso contínuo tiveram sua validade estendida para um ano no município (PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS, 2020c), conforme recomendação da ANVISA, e a dispensação desses era feita para dois meses de tratamento, reduzindo o movimento de usuários na farmácia assim como a exposição dos mesmos ao centro de saúde. Nos momentos em que a área isolada de sintomáticos respiratórios foi alocada no andar acima da farmácia no CS, também foi organizado um estoque de medicamentos básicos a serem dispensados dentro da própria área de sintomáticos, funcionando como uma pequena farmácia setorial.

O serviço também adotou o uso de *smartphone* para comunicação com a população, principalmente via aplicativo de mensagens *WhatsApp*. Essa forma de acesso já era usada pelas equipes de saúde da família e, com a pandemia, foi incentivada como primeira forma de acesso pelas mesmas. O *whatsapp* ficava sempre em posse de algum farmacêutico, e as mensagens eram respondidas durante o período em que o CS estava aberto - das 8h às 17h.

A literatura sobre atendimentos farmacêuticos por telefone e via aplicativo é escassa no Brasil, mas em diversos países essa forma de acesso já foi descrita para a profissão, principalmente durante a pandemia (KOSTER; PHILBERT; BOUVY, 2021; GOFF, 2020; ZHENG *et al.*, 2021). Cadogan e Hughes (2021) colocam que os pacientes tendem a piorar sua adesão medicamentosa durante momentos de crise, assim como reduzir a ida em consultas; o profissional farmacêutico teria então grande potencial para atuar com pacientes, principalmente crônicos, via teleatendimentos, buscando evitar descompensações de casos de diabetes e hipertensão, por exemplo.

Na farmácia do CSSG, o acesso via *WhatsApp* foi aparentemente bem aceito pela população, e sua principal utilização acabou sendo para dúvidas quanto ao acesso aos medicamentos, por exemplo o horário de funcionamento e se a farmácia possui o medicamento de interesse. Alguns atendimentos referentes a forma de utilização de canetas de insulina também chegaram a serem feitos virtualmente. Assim como em outros locais, essas mudanças colocadas pela pandemia acabaram direcionando o serviço a possibilitar novas formas de acesso, aderindo a tecnologias e ferramentas que possivelmente irão continuar presentes nos processos de trabalho após a pandemia (GOFF, 2020).

Os profissionais farmacêuticos, por meio das residentes, se inseriram em outras funções vinculadas ao combate à pandemia no CS que extrapolaram o espaço físico da farmácia. Tiveram participação na produção do material audiovisual informativo direcionado a comunidade, participavam das escalas de triagem de porta, executavam testes rápidos para detecção de anticorpos para a Covid-19, assim como aconselhamento pré e pós teste a depender do resultado, e ainda, através da Comissão de Farmácia e Terapêutica do município estiveram envolvidas na elaboração de um parecer acerca dos possíveis medicamentos a serem utilizados para a Covid-19.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica, um marco para a profissão no Brasil, tira o foco da atuação dos farmacêuticos dos medicamentos e coloca-os sobre o usuário (PNAF). A profissão farmacêutica vem construindo sua identidade no Sistema Único de Saúde, e a PNAF não define o escopo de atuação do farmacêutico na atenção básica (SATURNINO *et al.*, 2012). Não seria surpreendente que, por ser uma atuação em construção, residentes farmacêuticas atuando em um serviço de APS que lhes possibilite certa autonomia, explorem, construam e reforcem a atuação farmacêutica dentro da pandemia. Desse modo, a residência constrói o profissional ao mesmo tempo em que o residente ajuda a construir a profissão.

Porém, algumas das atividades desenvolvidas, como a execução de testes rápidos e aconselhamentos, foram recebidas com certo estranhamento por parte da gestão municipal, que talvez não vissem o profissional farmacêutico capacitado para tais atividades. Essa percepção vai ao encontro da visão de Saturnino e colaboradores (2012) de que a importância e a dimensão do profissional farmacêutico não são claras para muitos gestores e, como consequência, não são prioritários na briga por recursos do orçamento público voltado à saúde. Entretanto, o que foi percebido é que a pandemia pode ter colocado, mesmo que minimamente, mais uma luz sobre as possibilidades e potencialidades da profissão farmacêutica na APS e no SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O período de pandemia vivido em 2020 acarretou inúmeros desafios aos serviços de saúde e aos seus profissionais. A própria demanda decorrente dos casos de Covid-19, somadas às demandas já existentes na APS, causaram um aumento expressivo de trabalho para os profissionais da APS. O aumento da demanda, junto com outras situações vividas devido ao isolamento social, ao medo de infecção e a vontade de trabalhar da melhor forma possível trouxeram uma nova carga de estresse e pressão psicológica aos trabalhadores da APS. Aos residentes, que ainda viviam situações específicas quanto às influências em suas formações profissionais, o adoecimento físico e psíquico pode ter se mostrado ainda maior.

Segundo as percepções aqui colocadas, a situação política em que vive o Brasil, as decisões tomadas e as que foram deixadas de se tomar pelo governo federal e pelas gestões estadual e municipal de saúde parecem ter impacto diretamente o cotidiano de trabalho dos profissionais, assim como o curso da pandemia de Covid-19 no município de Florianópolis e no Brasil. Os serviços do centro de saúde e os profissionais que o compuseram sentiram diretamente as consequências de irresponsabilidades coletivas de um governo irresponsável e violento.

Entretanto, aprendizados e superações também foram tirados desse período. Algumas novidades introduzidas no processo de trabalho devem permanecer na APS após o término da pandemia, como o uso de aplicativo de mensagens. Na residência, houve um acúmulo de experiência que trouxe ainda mais crescimento e maturidade profissional. Ademais, o apoio entre o corpo de profissionais do centro de saúde, o senso de coletividade e principalmente os afetos envolvidos nos processos de construção coletivos parecem ter aliviado a pressão sentida pelos agentes que compõem a APS e, mais especificamente, que compõem o CSGR, centro de saúde que serviu de foco para essa narrativa. Se as cicatrizes deixadas pela pandemia terão que perdurar em nós ainda por algum tempo, que perdure também aquelas marcas sutis deixadas pelas pessoas que compartilharam desse momento tão difícil conosco, e que tornaram tudo menos dolorido.

REFERENCIAS

ABRASCO. **Desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19 Seminário Virtual Rede APS Abrasco**. Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro. 2020. 21 p.

ALMEIDA, Larissa Amorim *et al.* Fatores geradores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde Generating factors of Burnout Syndrome in health professionals. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.L.], v. 8, n. 3, p. 4623-4628, 15 jul. 2016. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4623-4628>.

ARAÚJO, Aílson da Luz André de *et al.* Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, supl. p. 611-617, Apr. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700010&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Dec. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000700010>.

ARAUJO, Eliezer Magno Diógenes; GALIMBERTTI, Percy Antonio. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000200023&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2020.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 18, supl. 2, p. 11-23, June 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>.

BARROS, Nelson Filice de; SPADACIO, Cristiane; COSTA, Marcelo Viana da. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 163-173, Set. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500163&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Dec. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s111>.

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos *et al.* Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, supl. 1, p. 2411-2421, June 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702411&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Jan. 2021. Epub June 05, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>.

BRASIL. Coronavírus Brasil, 2020a. Página Inicial. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 04 de jan. de 2021.

BRASIL. Lei nº 11,129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e

10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 142, n. 125, p. 1, 01 de jul. de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença pelo coronavírus COVID-19. **Boletim epidemiológico especial**, Brasília, v. 43, 29 dez. de 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/30/boletim_epidemiologico_covid_43_final_coe.pdf>.

Acesso em: 15 jan.de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 de set. 2017. P 68.

CADOGAN, Cathal A.; HUGHES, Carmel M. On the frontline against COVID-19: community pharmacists' contribution during a public health crisis. **Research In Social And Administrative Pharmacy**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 2032-2035, jan. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.03.015>.

CAMASMIE, Ana Tereza. **Narrativa de histórias pessoais: um caminho de compreensão de si mesmo à luz do pensamento e hannah arendt**. 2007. 107 f. Tese (Doutorado) - Curso de Filosofia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

CECCIM, Ricardo Burg. "Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra" a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, n. 28, p. 233-235, Mar. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100022&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Jan. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000100022>.

CECCIM, Ricardo Burg. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1739-1749, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601739&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>.

CECCON, Roger Flores; SCHNEIDER, Ione Jayce Ceola. Tecnologias leves e educação em saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19. **SciELO Preprints**, São Paulo, 24 abr. 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/136>. Acesso em: 09 out. 2020.

COSTA, Ana Maria; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 289-296, June 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000200289&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Jan. 2021. Epub July 27, 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012500>.

DAUMAS, Regina Paiva *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, e00104120, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000600503&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Jan. 2021. Epub June 26, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00104120>.

DOMINGOS, Carolina Milena; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; CARVALHO, Brigida Gimenez. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1221-1232, Dec. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

32832015000401221&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Jan. 2021. Epub Aug 21, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0653>.

DONG, Xiang *et al.* Eleven faces of coronavirus disease 2019. **Allergy**, [S.L.], v. 75, n. 7, p. 1699-1709, 6 abr. 2020. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/all.14289>.

FEIO, Ana; OLIVEIRA, Clara Costa. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 24, n. 2, p. 703-715, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200703&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Dec. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200024>.

FERREIRA, Matheus Gonçalves; BARBOSA, Ellen Inocencio. Antagonismo do isolamento: o distanciamento que protege e vulnerabiliza frente ao contexto de pandemia. **Health Residencies Journal (Hrj)**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 5-10, maio 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/infosaude/Downloads/36-Texto%20do%20artigo-178-2-10-20210112.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2021.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista tempus actas de Saúde Coletiva**: Potencialidades e Inovações nos Processos de Trabalho em Saúde, [s. l], v. 6, n. 2, p. 151-163, 30 abr. 2012.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. O Reconhecimento de uma produção subjetiva do Cuidado. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 151-171.

GARCIA, Leandro Pereira *et al.* O potencial de propagação da COVID-19 e a tomada de decisão governamental: uma análise retrospectiva em Florianópolis, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro , v. 23, e200091, 2020 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100208&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Jan. 2021. Epub Sep 30, 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200091>.

GAUDENZI, Paula; SCHRAMM, Fermin Roland. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em Saúde Pública. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 14, n. 33, p. 243-255, June 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000200002>.

GOFF, Debra A. *et al.* Global contributions of pharmacists during the COVID-19 pandemic. **Journal Of The American College Of Clinical Pharmacy**, v. 3, n. 8, p. 1480-1492, dez. 2020.

GUIZARDI, Francini Lube; CAVALCANTI, Felipe de Oliveira Lopes. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1245-1265, Dec. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400010&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Dec. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400010>.

KARASEK, Robert A. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. **Administrative Science Quarterly**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 285-308, jun. 1979.

KIDD, Michael R. Five principles for pandemic preparedness: lessons from the australian covid-19 primary care response. **British Journal Of General Practice**, [S.L.], v. 70, n. 696, p. 316-317, 22 jun. 2020. Royal College of General Practitioners. <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp20x710765>.

KOSTER, Ellen S.; PHILBERT, Daphne; BOUVY, Marcel L. Impact of the COVID-19 epidemic on the provision of pharmaceutical care in community pharmacies. **Research In Social And Administrative Pharmacy**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 2002-2004, jan. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.07.001>.

KVARNSTRÖM, Susanne. Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. **Journal Of Interprofessional Care**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 191-203, jan. 2008. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820701760600>.

LEITE, Silvana Nair *et al.*. MANAGEMENT OF THE HEALTH WORKFORCE IN FACING COVID-19: DISINFORMATION AND ABSENCES IN BRAZIL'S PUBLIC POLICIES. **Scielo Preprints**, set. 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1206/version/1292>. Acesso em: 20 out. 2020.

LENTINE, Edvilson Cristiano; SONODA, Tereza Kiomi; BIAZIN, Damares Tomasin. Estresse de profissionais de saúde das Unidades Básicas do Município de Londrina. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, [S.L.], v. 19, n. 37, p. 103-123, abr. 2020. ISSN 2596-2809. Disponível em: <http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/1349>. Acesso em: 31 jan. 2021.

LIMA, Aline Camilo *et al.*. PROBLEMAS ÉTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA: a visão de enfermeiros e médicos. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 14, n. 2, p. 294-303, 30 set. 2009. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i2.15621>.

LIMA, Luciana Dias de; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; MACHADO, Cristiani Vieira. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 36, n. 7, e00185220, Jun. 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1126/crise->

condicionantes-e-desafios-de-coordenacao-do-estado-federativo-brasileiro-no-contexto-da-covid-19. acessos em 14 Jan.: 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00185220>.

LIMA, Nísia Trindade; BUSS, Paulo Marchiori; PAES-SOUSA, Rômulo. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, e00177020, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000700503&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Jan. 2021. Epub July 24, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00177020>.

LUCENA, Juliana Florentino de; SENA, Jakeline Gonçalves Bonifácio. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e a pandemia COVID-19: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.L.], v. 12, n. 9, p. 4964, 4 set. 2020. Revista Eletronica Acervo Saude. <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e4964.2020>.

MACAYA, Patricia; ARANDA, Fernando. Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19. **Revista Chilena de Anestesia**, Las Condes, n. 1 v. 49, p. 356-362, abr. 2020.

MARIANI, Fábio *et al.* Narrative Inquiry: experience and story in qualitative research. Translation: Narrative Inquiry Group and Teacher Education ILEEI/UFU. Uberlândia: EDUFU, 2011. 250 p. **Educ. Públ.**, Cuiaba, v. 21, n. 47, p. 663-667, dez. 2012.

MARQUES, Valéria; SATRIANO, Cecilia. NARRATIVA AUTOBIOGRÁFICA DO PRÓPRIO PESQUISADOR COMO FONTE E FERRAMENTA DE PESQUISA. **Linhas Críticas**, Brasília, v. 23, n. 51, p. 369-386, set. 2017.

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 8, p. 1-5, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00149720>. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000800502&tlng=pt. Acesso em: 31 ago. 2020.

MERHY, Emerson Elias. A PERDA DA DIMENSÃO CUIDADORA NA PRODUÇÃO DA SAÚDE UMA DISCUSSÃO DO MODELO ASSISTENCIAL E DA INTERVENÇÃO NO SEU MODO DE TRABALHAR A ASSISTÊNCIA. In: MERHY, Emerson Elias. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 1-13.

MERHY, Emerson Elias. **SAÚDE**: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. TRABALHO EM SAÚDE. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venancio, 2008. p. 278-283.

MOLINA, Leandro Ribeiro; HOFFMANN, Juliara Bellina; FINKLER, Mirelle Ética e assistência farmacêutica na atenção básica: desafios cotidianos. *Revista Bioética*, v.28, n. 2, p. 365-375, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282398>.

MUÑOZ, Joaquín Guerrero. El valor de la auto-etnografía como fuente para la investigación social: del método a la narrativa. **Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar**, Murcia, n. 3, p. 237-242, 2014.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 4, p. 814-827, Dec. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

12902010000400009&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Jan. 2021.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400009>.

NOHAMA, Norton; SILVA, Jefferson Soares da; SIMAO-SILVA, Daiane Priscila. Desafios e conflitos bioéticos da covid-19: contexto da saúde global. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 585-594, Dec. 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422020000400585&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Jan. 2021. Epub Jan 20, 2021. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284421>.

OLIVEIRA, Gabriele de *et al.* Impacto da pandemia da covid-19 na formação de residentes em saúde. **Brazilian Journal Of Development**, Curitiba, v. 6, n. 11, p. 90068-90083, nov. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/20158/16142>. Acesso em: 07 jan. 2021.

OLIVEIRA, Rosalvo de Jesus; CUNHA, Tarcísio. ESTRESSE DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO AMBIENTE DE TRABALHO: CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS. **Cadernos de Saúde e Desenvolvimento**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 79-93, dez. 2014.

ORNELL, Felipe *et al.* The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, e00063520, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000400504&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Dec. 2020. Epub Apr 30, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00063520>.

PAIM, Jairnilson. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 547-573.

PAIVA, Vera Lúcia Menezes de Oliveira e. A pesquisa narrativa: uma introdução. **Rev. bras. linguist. apl.**, Belo Horizonte , v. 8, n. 2, p. 261-266, 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-63982008000200001&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Jan. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-63982008000200001>.

PASSOS, Eduardo; CARVALHO, Yara M.. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 24, supl. 1, p. 92-101, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500092&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902015s01008>.

PEDUZZI, Marina *et al.* TRABALHO EM EQUIPE: UMA REVISITA AO CONCEITO E A SEUS DESDOBRAMENTOS NO TRABALHO INTERPROFISSIONAL. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 18, supl. 1, e0024678, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000400401&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Nov. 2020. Epub Mar 16, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. **Conselho Municipal de Saúde**: em defesa do SUS, 2020a. Página inicial. Disponível em: <<http://cms.pmf.sc.gov.br>> Acesso em: 14 de dez. de 2020.

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. **Covidômetro**: o controle em nossas mãos, 2020b. Página inicial. Disponível em: <<https://covidometrofloripa.com.br>> Acesso em: 15 de jul. de 2020.

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Sobre a mudança na validade das**

receitas de medicamentos de uso contínuo na rede municipal de saúde durante a pandemia do Coronavírus. Florianópolis. 16 mar. de 2020c.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 12, n. 3, p. 357-372, Sept. 1996 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000300009&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Dec. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1996000300009>.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Dec. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200010>.

SANTA CATARINA. Decreto nº 515, de 17 de março de 2020. Declara situação de emergência em todo o território catarinense, nos termos do COBRADE nº 1.5.1.1.0 - doenças infecciosas virais, para fins de prevenção e enfrentamento à COVID-19, e estabelece outras providências. Florianópolis, 2020.

SANTOS, Cidalia de Lourdes Moura *et al.* Fatores de estresse na atividade de médicos em João Pessoa (PB, Brasil). **Prod.**, São Paulo , v. 21, n. 1, p. 181-189, Mar. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132011000100015&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Dec. 2020. Epub Jan 26, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0103-65132011005000003>.

SARTI, Thiago Dias *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 29, n. 2, e2020166, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-

96222020000200903&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Jan. 2021. Epub Apr 27, 2020. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>.

SATURNINO, Luciana Tarbes Mattana *et al.* Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. **Revista Brasileira de Farmacia**, [s. l.], v. 93, n. 1, p. 10-16, jan. 2012.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro *et al.* Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. *Jmphc | Journal Of Management & Primary Health Care | Issn 2179-6750*, [S.L.], v. 12, p. 1-13, 27 out. 2020. Lepidus Tecnologia. <http://dx.doi.org/10.14295/jmphc.v12.1006>. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1006>. Acesso em: 17 dez. 2020.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 4, p. 721-725, Aug. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400020&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000400020>.

SEIXAS, Clarissa Terenzi *et al.* A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 25, supl. 1, e200379, 2021 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832021000200200&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Dec. 2020. Epub Nov 20, 2020. <https://doi.org/10.1590/interface.200379>.

SILVEIRA, João Paulo Mello da; ZONTA, Ronaldo. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis. **Aps em Revista**, [S.L.], v. 2, n. 2, p. 91-96, 9 jun. 2020.

SINTRASEM (Florianópolis). **PMF: RESOLUÇÃO DO SINTRASEM EM DEFESA DO POVO E DOS SERVIÇOS PÚBLICOS**. 2020. Disponível em:

<http://www.sintrasem.org.br/Default/Noticia/11900/pmf-resolucao-do-sintrasem-em-defesa-do-povo-e-dos-servicos-publicos>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SOARES, Marina Sartori. **Força de Trabalho Farmacêutico na Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis**. 2020. 52 f. Monografia (Especialização) - Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/208114/Trabalho%20de%20Conclusa%20o%20de%20Residencia.pdf?sequence=1>. Acesso em: 25 nov. 2020.

VERDI, Marta; CAPONI, Sandra. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 82-88, Mar. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000100011&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000100011>.

WERNECK, Guilherme Loureiro; CARVALHO, Marília Sá. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00068820, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000500101&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Dec. 2020. Epub May 08, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00068820>.

ZANCANATO, Lourenço. Bioética e educação: um novo desafio para a escola. **Mundo Saúde (Impr.)**, Londrina, v. 29, n. 3, p. 411-417, set. 2005.

ZHENG, Si-Qian *et al.*, Recommendations and guidance for providing pharmaceutical care services during COVID-19 pandemic: a china perspective. **Research In Social And Administrative Pharmacy**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 1819-1824, jan. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.03.012>.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 195-204, 2009.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 6, p. 1690-1699, Dec. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600028&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600028>.