A ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA-PR NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Luiza Stelle Linhares da Rocha[1]
Matheus Dums[2]
Sherryl Cristina Carvalho[3]
Lislei Teresinha Preuss[4]

RESUMO
O objetivo do presente artigo é realizar considerações e contextualizar a Pandemia de Covid-19 no âmbito nacional e, especialmente, na Atenção Primária em Saúde (APS) do município de Ponta Grossa. Além disso, pontuam-se algumas ações e estratégias no âmbito do enfrentamento à Pandemia no município, como a implantação de uma central telefônica para usuários do serviço não se locomoverem até a Unidade Básica de Saúde (UBS), a prática da telemedicina e o monitoramento de usuário com sintomas de gripe através das equipes de saúde. O artigo refere-se a uma análise teórica e se figura como uma pesquisa documental e bibliográfica. Em suma, compreende-se a importância do Sistema Único de Saúde (SUS), a capacidade que este tem de se organizar e enfrentar mesmo na maior crise sanitária desde a Segunda Guerra Mundial. Ademais, conclui-se que a falta de investimento no SUS e o estabelecimento de medidas de isolamento social menos restritivas ocasionaram óbitos que seriam evitáveis.
Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Atenção Primária em Saúde. Pandemia da COVID19.

ABSTRACT
The aim of this article is to consider and contextualize the Covid-19 Pandemic at the national level and, especially, in Primary Health Care (PHC) in the city of Ponta Grossa. In addition, some actions and strategies within the scope of combating the Pandemic in the city are highlighted, such as the implementation of a telephone center for service users not to travel to the Basic Health Unit (UBS), the practice of telemedicine and monitoring of user with flu symptoms through health teams. The article refers to a theoretical analysis and appears as a documentary and bibliographic research. In short, the importance of the Unified Health System (SUS) is understood, its capacity to organize and face even in the greatest health crisis since the Second World War. Furthermore, it is concluded that the lack of investment in the SUS and the establishment of less restrictive social isolation measures led to avoidable deaths.
Keywords: Unified Health System. Primary Health Care. COVID Pandemic19.

[1] Graduanda em Serviço Social pela Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG; luustelle@gmail.com
[2] Graduando em Serviço Social pela Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG; mmatheusdums@gmail.com
[3] Assistente Social e Mestre em Ciências Sociais Aplicadas; sherrylcristina@hotmail.com
[4] Doutora, Professora do curso de Graduação Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG; lisleipreuss@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), declarou em 11 de março de 2020 como pandemia a COVID-19 que teve início na província de Hubei, na China em 2019, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). O vírus que disseminou-se rapidamente em todos os continentes, após 21 dias da declaração da OMS, já havia mais de 820 mil casos e mais de 40 mil mortes (SARTI et al., 2020). Devido ao grande impacto deste vírus, muitos governos adotaram estratégias para contê-lo, como o lockdown, uso de máscaras, álcool em gel e distanciamento social, tais ações impactaram a vida de toda população (SARTI et al., 2020). Além de medidas sanitárias, os países tiveram que adotar novas medidas nos sistemas de saúde, sendo dessa forma um grande desafio atender todas as vítimas e não saturar o sistema.

A compreensão das ações de enfrentamento da Pandemia de Covid-19 são essenciais, tanto para perceber processos políticos presentes em tais ações quanto demonstrar a capacidade de organização e de garantir o direito à saúde por parte do Sistema de Saúde (SUS). Deste modo, é fundamental refletir sobre os caminhos tomados por este, destacando ações tanto em nível nacional quanto municipal.

Este artigo tem como objetivo realizar considerações e contextualizar a Pandemia de Covid-19 no âmbito nacional e, especialmente, na Atenção Primária em Saúde (APS) do município de Ponta Grossa. Pontuam-se algumas ações de enfrentamento à Pandemia no município, como a implantação de uma central telefônica para usuários do serviço não se locomoverem até a Unidade Básica de Saúde (UBS), a prática da telemedicina e o monitoramento de usuário com sintomas de gripe através das equipes de saúde.

Para fins de organização, inicialmente, apresentam-se breves considerações sobre a COVID-19 em âmbito nacional. Em seguida, é abordado a Atenção Primária em Saúde (APS), a importância da Estratégia Saúde da Família (ESF) e como a condução federal impactou de forma negativa no enfrentamento à pandemia, nos óbitos, na falta de insumos, por exemplo. Posteriormente, são trazidas algumas reconfigurações das ações na APS do município de Ponta Grossa-PR neste período pandêmico. E por fim, apresentam-se considerações finais sobre a temática aqui abordada.

2. BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A COVID-19 EM ÂMBITO NACIONAL

No Brasil, em 4 de fevereiro de 2020 é declarado Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional pela OMS (BRASIL, 2020c) e em 20 de março de 2020 o Brasil decreta Estado de Calamidade Pública, onde havia no mundo mais de 147 mil casos e 10 mil mortes pela COVID-19 até maio de 2020 (BRASIL, 2020a).

A primeira morte registrada no Brasil pelo vírus SARS-CoV-2 foi em 12 de março de 2020 (G1, 2020). O vírus foi se alastrando pelo país, chegando em primeiro lugar dos países com maiores médias de novas mortes em junho de 2021, se configurando no segundo país com mais óbitos (SAMPAIO, 2021). O Brasil teve três grandes ondas da covid-19, o qual superlotou o SUS, deixando à margem os cidadãos que necessitavam de atendimento.

Em relação às medidas de enfrentamento adotadas pelo Governo Federal brasileiro, este primou pela estratégia de “imunidade de rebanho”. O Ex-Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, em depoimento à Comissão de Inquérito Parlamentar (CPI), afirmou que Governo Federal apostou por esta estratégia, a qual afirma que uma contaminação acelerada e generalizada da população geraria imunidade coletiva (BRASIL, 2021b).

Ainda segundo Mandetta, o presidente estava ciente dos riscos e das projeções das mortes em decorrência da Covid-19 caso não fossem seguidas as recomendações da OMS (BRASIL, 2021b). Em estudo realizado em 2020 que examina 3.049 normas federais do ano de 2020, conclui que a contaminação em massa do vírus da Covid-19 foi uma estratégia do Governo Federal para um retorno das atividades econômicas de forma breve, mesmo como consequência a perda de milhares de vidas humanas (CEPEDISA-USP; CONECTAS, 2021).

Pode-se afirmar que no Brasil, não houve de forma efetiva, grandes campanhas nacionais educativas e de sensibilização da população e nem medidas por parte do Governo Federal que evitassem a contaminação, como isolamento social e formas para que este fosse realmente viável. Houve o inverso por parte do Presidente da República, através do não uso de máscara e incentivo de aglomerações de pessoas,

dentre outras ações. Além disso, salienta-se um moroso processo por parte do Ministério da Saúde (MS) na aquisição de vacinas e insumos para o início da vacinação da população brasileira.

Mesmo diante deste cenário, medidas de enfrentamento foram realizadas por parte de governadores e prefeitos, que tem sua autonomia garantida pela Constituição Federal de 1988 (CF/1988). Como a adoção de distanciamento social, com fechamento de escolas, bares e restrição de circulação (AQUINO *et al*., 2020).

Outro fator que potencializou a pandemia no Brasil são as suas desigualdades, tanto sociais quanto regionais. Possuindo grandes contingentes de pessoas impossibilitadas de fazer distanciamento social, como as pessoas em situação de rua. Além disto, uma das dificuldades para combater a infecção pelo SARS-CoV-2, é o número não adequado de diagnósticos, por conta de o país não adotar testagem em massa, o que gera subnotificação de casos e impede o monitoramento de casos de forma mais efetiva (AQUINO *et al*., 2020).

Uma das medidas imprescindíveis de enfrentamento da Pandemia é o fortalecimento do sistema de vigilância do SUS em seus três níveis, permitindo monitorar, controlar e avaliar os efeitos da pandemia. A definição e acompanhamento preciso dos casos suspeitos e dos casos confirmados, permite controlar possíveis expansões da contaminação, possibilitando, até mesmo, flexibilizações do distanciamento social de forma segura (AQUINO *et al*., 2020). Ou seja, juntamente com os outros níveis de atenção a APS se apresenta como essencial, e, dentre outras funções, previne um aumento vertiginoso de contaminações através do monitoramento de casos suspeitos e confirmados.

3. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

No Brasil, a APS é um dos níveis de atenção que compõem de forma articulada o SUS, juntamente com a Média e a Alta Complexidade. O SUS é decorrente das lutas democráticas acumuladas após a ditadura civil-militar brasileira, que se concretiza, no plano legal, primeiramente na CF/1988, a qual institui o acesso democrático à saúde (BRASIL, 2020a). Posteriormente, a criação da Lei n° 8.080/1990 (BRASIL, 1990), que em seu Artigo 6 institui os princípios e diretrizes para o SUS da universalidade,

integralidade, igualdade, equidade e de forma descentralizada, como base para garantir o direito à saúde.

O planejamento, estrutura e ações do SUS são baseadas na concepção de saúde decorrente da Declaração de Alma-Ata. Tratando a saúde de forma integral, com ações de prevenção e promoção, ao mesmo tempo que tem a participação social no controle e gestão. Neste sentido, a APS é fundamental, pois, como apontado pela Declaração de Alma-Ata (1978), as ações de educação, prevenção acerca das doenças e promoção são feitas através da APS. Nesta concepção, saúde não é a simples ausência de doenças, mas o completo bem-estar, tanto físico, quanto social e mental. Ainda segundo o documento e a APS:

> Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país [cuidados primários em saúde], do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p.1-2).

Desta forma, na realidade brasileira, os serviços deste primeiro nível de atenção em saúde são oferecidos pelos municípios, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Unidades de Saúde da Família (USF) (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

Ao longo do final dos anos 80 e dos anos 90 do século XX, com intenção de efetivar os princípios do SUS, o Ministério da Saúde (MS) em 1996 expediu a Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, que reorganiza os serviços de saúde e prioriza o Programa Saúde da Família. (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018). Outra importante medida que auxiliou na estruturação concreta do SUS foi a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) SUS N° 1 criada pelo MS em 2001, definindo diretrizes a serem seguidas pela rede da APS e como deveria se articular com os serviços de média e alta complexidade (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994, aprimorado ao longo dos anos como Estratégia Saúde da Família (ESF), estando alocada no primeiro nível de atenção à saúde, sendo na maioria das vezes o primeiro contato da população com o sistema público de saúde. A ESF é o principal mecanismo da APS de consolidação dos princípios do SUS, sendo de grande importância para a expansão e cobertura da APS no Brasil. Visando uma atenção integral, que implique além da saúde, também na autonomia do sujeito (BRASIL, 2011).

A ESF conta com equipe de saúde da família (eSF) que tem como comprometimento a integralidade do serviço e assistência à saúde, visando à unidade familiar. Essa equipe é composta fundamentalmente por uma equipe multidisciplinar, a qual está estabelecida em um território geograficamente delimitado, estabelecendo vínculos com os sujeitos que compõem esse espaço (BRASIL, 2017). Desta forma a equipe tem por finalidade identificar situações de riscos e problemas de saúde presentes na comunidade e a partir disso e das que consigam desenvolver atividades para enfrentar essas situações colocadas, incorporando ações educativas e tendo um trabalho intersetorial para abranger todas as necessidades daquela comunidade (BRASIL, 2017). Levando em conta essas questões, a ESF foi consolidada como um modelo para a APS, considerando o indivíduo em sua integralidade, ultrapassando a figura do médico e o modelo curativo, envolvendo desta forma a prevenção e a promoção em saúde.

As diretrizes de organização e também de funcionamento da APS são estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada pela primeira vez em 2006, trazendo “recomendações norteadoras para os serviços de saúde” (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020, p. 1328). Esta política passou por duas revisões, em 2011 e em 2017, considerando as edições em governos diferentes, bem como em contextos socioeconômicos distintos (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

Em 2017 a PNAB foi revisada pela segunda vez, no governo de Michel Temer, sendo a normativa atual a Portaria nº 2.436/2017. Alvo de críticas e manifestações por diversos setores da sociedade, reprovando sua publicação, tal revisão é considerada um retrocesso que afetou principalmente a ESF dando margem a outras estratégias

de operacionalização, onde perdeu suas principais características no atendimento centrado na integralidade da Saúde da Família (CARVALHO, 2020).

A ESF concebida para abranger os princípios do SUS, na democratização dos serviços, compreendendo o sujeito em sua integralidade e particularidade, vem sendo reprimida com a nova PNAB/2017 que está em vigor atualmente. Além desses desafios, o Brasil enfrenta cortes e redução no financiamento das políticas de seguridade social. A APS ainda enfrenta os desafios do subfinanciamento, o que acaba precarizando o atendimento da eSF, por falta de recursos humanos e financeiros (CARVALHO, 2020).

Uma das dificuldades que se tem na APS e no SUS de forma geral é o investimento insuficiente, agravando-se com a Emenda Constitucional 93 (EC/93) e a Emenda Constitucional (EC/95) (BRASIL, 2020b), ambas de 2016. A primeira mantém a desvinculação de recursos, mas aumenta esta desvinculação de 20% para 30% dos recursos destinados à seguridade social, tendo vigência até o final de 2023. A segunda, a Lei do Teto de Gastos, congela investimentos públicos por 20 anos sem a correção de acordo com o Produto Interno Bruto (PIB). Estima-se que de 2018 até 2020 tenham sido deixados de serem encaminhados ao SUS cerca de 22,5 bilhões de reais em decorrência da Lei do teto de Gastos (OCKÉ-REIS; SILVA, 2020), o que fragilizou e diminuiu a capacidade de ação do SUS diante da Pandemia de Covid-19.

Catarina Scortecci (2020), da Gazeta do Povo, publicou uma edição demonstrando que desde o início da pandemia até o mês de março de 2021, pelo menos 2 mil pessoas morreram na fila por leitos de Covid-19 no Parará. Manzano e Silva (2021) apontam que a falta de insumos, especificamente de oxigênio hospitalar, também ocasionou diversas mortes. Na cidade de Manaus, ao menos 30 pessoas morreram em 2 (dois) dias por falta de oxigênio; em pelo menos 16 estados brasileiros houve suspeitas de mortes por Covid-19 de pessoas na fila de espera por leitos. A EC/93 e a EC/95, em conjunto com o não investimento de forma expressiva no período da pandemia, impactaram o SUS, impossibilitando a expansão de leitos, aquisição de insumos dentre outros o que evitaria que pessoas morressem por falta de atendimento adequado.

A APS é a porta de entrada para o SUS e tem uma importante dimensão em suas estratégias de ações e também deve-se concebê-la como um grande apoio no enfrentamento em acontecimentos emergenciais. No que tange a APS ao enfrentamento a Covid-19, é abordado no próximo tópico a sua atuação durante este período pandêmico.

4. A APS NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA

O MS disponibilizou no âmbito da atenção primária, o “Protocolo de Manejo Clínico do Covid-19 na atenção primária” que se encontra em sua nona versão. Este documento tem por objetivo definir os serviços e o papel da APS, evidenciando-a como porta de entrada no SUS e de enfrentamento à pandemia (BRASIL, 2020d). Dessa forma, a UBS é a porta de entrada, sendo ela de identificação precoce, resolutiva aos casos leves e de encaminhamentos corretos em relação a casos graves (BRASIL, 2020d).

A ESF é considerada um privilégio para o Brasil, principalmente no enfrentamento contra a Covid-19, pois é na atenção primária que há o conhecimento do território, o vínculo entre a equipe de saúde e o usuário, monitoramento das famílias vulneráveis (SARTI *et al*, 2020).

Através da publicação da Portaria nº 467, de 20 de março de 2020, ficam autorizadas ações de Telemedicina, mas em caráter temporário e excepcional, com o objetivo de operacionalizar as medidas de enfrentamento à Covid-19 (BRASIL, 2020d). Desse modo, o MS cria o Tele SUS, “um serviço pré-clínico de saúde, que visa amplo esclarecimento da população sobre a doença e quando procurar atendimento presencial” (BRASIL, 2020d, p.7), possibilitando sustentar o isolamento social e evitar a sobrecarga nos serviços de saúde.

Além do enfrentamento à COVID-19, a APS deve dar continuidade nas ações preventivas, como a vacinação, atendimento de pequenas urgências, acompanhamento de grupos prioritários, como gestantes, lactentes e pacientes crônicos (DAUMAS *et al*, 2020). Nesse sentido, deve ser priorizado pacientes que se

encontram em casos leves[5], para o atendimento nas UBSs, sendo obrigatório o acompanhamento desses pelos profissionais da APS/ESF durante o curso da doença (BRASIL, 2020d).

O município de Ponta Grossa/PR, localizado na região dos Campos Gerais, conta com uma população estimada de 355.336 pessoas (IBGE, s. d.). O município teve o primeiro caso divulgado da doença, no dia 21 de março de 2020 e a primeira vítima do vírus em junho de 2020, um homem de 68 anos e apresentavam comorbidade (G1 PR, 2020). Como em todo país, a cidade avançou nos números de pessoas infectadas e óbitos ocasionadas pelo COVID-19. Em junho de 2021, Ponta Grossa registra mil mortes e mais de 15 mil pessoas em isolamento domiciliar (G1 PR, 2021).

No início da doença, no município, as UBSs começaram a realizar atendimentos para pacientes com síndrome gripal leve. Em abril de 2020 duas unidades ampliam o horário de atendimento, das 8h às 20h de segunda a sexta-feira e nos sábados das 8h às 13h, para esses pacientes, visando atender o público que não consegue o atendimento no horário comercial (PONTA GROSSA, 2020b). Em junho de 2020, as unidades de saúde passaram a realizar testes rápidos para COVID-19, a estratégia da Fundação Municipal de Saúde (FMS) era testar o grupo já atendido pela APS, com o objetivo de identificar a circulação do vírus (PONTA GROSSA, 2020c). A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) também prestava o atendimento a essas pacientes vítimas da COVID-19, atendendo casos moderados, sendo encaminhado ao serviço hospitalar os casos graves.

[5] O indivíduo quando infectado pelo vírus SARS-CoV-2 pode responder de cinco formas diferentes, sendo classificados em casos: assintomáticos, leves, moderados, graves e críticos. O paciente assintomático não apresenta sintomas, mas quando faz o teste é positivado. Casos leves são considerados quando o paciente não apresenta sintomas específicos, variando com dores de garganta, tosse, coriza, diarreia, febre e entre outros sintomas que podem apresentar. Nos casos moderados o sujeito pode apresentar casos leves persistentes como a tosse, febre, diarreia, além da presença de pneumonia, sem sinais de gravidade. Em relação aos casos graves, é considerada a Síndrome Respiratória Aguda Grave, apresentando dificuldades em respirar. Pacientes considerados com casos críticos, apresentam sintomas como a sepse, insuficiência respiratória, pneumonia grave, entre outros. (BRASIL, 2021a)

Outra alternativa encontrada para não superlotar as unidades de saúde e evitar a aglomeração nesses espaços, em abril de 2020 a FMS implantou no município uma central telefônica (Call Center) para os pacientes não precisarem se locomover até a UBS para tirar suas dúvidas e também para realizar atendimento médico através de uma web consulta (PONTA GROSSA, 2020a). A inserção do Call Center no município, foi de grande avanço, pois contou com a informações verídicas aos pacientes, agendamento de consultas médicas onlines, encaminhamento para o acolhimento psicológico quando identificado sinais de ansiedade e/ou depressão e em caso de sintomas respiratórios graves, eram encaminhados para a UPA, alcançando 1.300 ligações no período inicial de dois meses, além dos encaminhamento para a telemedicina e acolhimento psicológico (CORADASSI, et al, 2020).

Em 2021, durante 13 dias do mês de janeiro foi registrado pelo Boletim Municipal Oficial Coronavírus, do município de Ponta Grossa, 2.158 novos casos na cidade, obtendo leitos vagos na UTI do. Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HU). No decorrer do mês de fevereiro, registou-se 4.415 novos casos ativos, havendo lotação na UTI nos quatros últimos dias do mês. Em março, a situação foi agravada ainda mais, chegando a 8.946 novos casos e havendo lotação na UTI durante 27 dias deste mês (PONTA GROSSA, 2021). Em consequência da superlotação da UTI do HU, a FMS precisou de estratégias para o atendimento de casos leves e moderados de Covid-19, para isso foi estabelecido 4 UBSs para o atendimento desses pacientes, para auxiliar a UPA por conta da superlotação do sistema de saúde (G1/RPC, 2021).

A vacinação no município iniciou em 19 de janeiro de 2021, em um processo lento devido à escassez de vacina para todo o país. No mês de julho deste mesmo ano, 57,6% de toda população acima de 18 anos já tomaram a 1ª dose, totalizando 149.720 moradores (21% de toda população acima de 18 anos está imunizada contra Covid-19 em Ponta Grossa, 2021). O público atingido com as duas doses da vacina e a dose única, o que de fato garante a imunização, constata-se um número inferior, de 21,3% da população, no caso apenas 55.335 pessoas estão definitivamente imunizadas na cidade (21% de toda população acima de 18 anos está imunizada contra Covid-19 em Ponta Grossa, 2021). Devido este avanço da vacinação, houve

uma queda na busca de atendimentos para pacientes com sintomas respiratórios, devido ao avanço da vacinação no município, desse modo a UPA conseguiu ser a referência para todos os casos (leves, moderados e graves) (RPC/PONTA GROSSA, 2021).

Além do mais, as equipes de saúde, desde o início da pandemia, realizam o monitoramento dos indivíduos e famílias que encontram-se com sintomas gripais considerados leve, moderado e grave (RAMOS, 2020). As equipes da APS passavam orientações para esses pacientes, verificavam o caso, se estava estabilizado e se caso viesse a evoluir, havia o encaminhamento a outros níveis de atendimento

Desse modo, a APS do município esteve organizada para atender a população e também dar suporte a atenção de média complexidade. Articulou informações para a comunidade, implementou fluxos de acompanhamento aos positivados da COVID-19 e mobilizou o atendimento on-line. Durante todo este período todos os fluxos de atendimento da FMS foram alterados, para que pudessem atender as demandas do coronavírus. Assim, a APS manteve a troca de receitas, o atendimento de urgência e emergência e as vacinações, mas em contrapartida tiveram que suspender atendimentos eletivos e as atividades em grupos. Mantendo-se de certo modo distante da população e criando formas para atender esse público de maneira que não os colocassem em risco.

CONCLUSÃO

A partir da construção deste trabalho, percebe-se a importância da Estratégia Saúde da Família para a consolidação do Sistema Único de Saúde, com base na sua responsabilidade territorial. Desde o ano de 2020 com o início da pandemia da COVID-19, a ESF tem trabalhado na linha de frente no enfrentamento do vírus, mesmo não sendo de sua competência atuar em casos graves, ela tem o papel fundamental no combate, pois 80% das pessoas infectadas têm apenas sintomas leves.

A APS do município de Ponta Grossa -PR apontou medidas importantes para o enfrentamento à Covid-19, realizando as modificações no atendimento e utilizando de tecnologias para abranger as demandas. Considera-se aqui a importância que a APS dispõe, quando há a superlotação da média complexidade, as UBSs

disponibilizam atendimento a pacientes com sintomas respiratórios. Observa-se o quão fundamental tem sido a atuação da APS no combate à pandemia. Mas em contraponto emerge o outro lado, pois as UBSs mudaram a rotina de trabalho, deixando desassistidos aqueles que tinham sua rotina junto a essas unidades. Colocando, de certa forma, desafios para a ESF, para o acompanhamento dessa população.

Com a ofensiva neoliberal, subfinanciamento da saúde e fragilidade da condução do governo federal neste contexto pandêmico, a APS vem enfrentando grandes desafios. É necessário continuar lutando em defesa do SUS, para que não continue sendo sucateado, sufocado e atacado diariamente, pois a vida dos brasileiros depende deste sistema.

REFERÊNCIAS

21% de toda a população acima de 18 anos está imunizada contra Covid-19 em Ponta Grossa. Ponta Grossa-PR: **Globo/RPC**, 2021. Disponível em: <https://cutt.ly/FWqs7Yw>. Acesso em: 7 ago. 2021.

ANDRADE, L. O. M. de; BARRETO, I. C. de H. C.; BEZERRA, R. C. A atenção primária à saúde e estratégia saúde da Família. **Tratado de Saúde Coletiva**, São Paulo - Rio de Janeiro, ed. 2, p. 783-836, 2009.

AQUINO, E.M.L. *et al*. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/hWqfzgN>. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Atos do Congresso Nacional. **Decreto nº 6 de 2020**. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. Brasília, 20 de março de 2020a. Disponível em: <https://cutt.ly/UWqfcRK>. Acesso em: 24 jul. 2021.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil** [recurso eletrônico]. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2019. 530 p. Atualizada até a EC n. 106/2020b. Disponível em:< https://cutt.ly/mWqfbSx >. Acesso em: 20 jul. 2021.

_____. Lei 8.080 de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: <https://cutt.ly/yWqfQWZ>. Acesso em: 21 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº188, de 3 de fevereiro de 2020.** Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).Brasília, 3 fev. 2020c. Disponível em: < https://cutt.ly/LWqfTWB>. Acesso em: 24 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **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). Brasília, 21 set. 2017. Disponível em: <https://cutt.ly/zWqfInv>. Acesso em: 05 jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 21 out. 2011. Disponível em: < https://cutt.ly/wWqfA0Q >. Acesso em: 25 mai. 2021

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020d. Disponível em: <https://cutt.ly/QWqfFfo>. Acesso em: 23 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Sintomas**. Brasília, 08 abr. 2021a. Disponível em: < https://cutt.ly/MWqfHg4>. Acesso em: 10 ago. 2021.

_____. Senado Federal. Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI)**. CPI da Pandemia ouve Mandetta, ex-ministro da Saúde.** Brasília, 2021b. Disponível em:< https://cutt.ly/VWqf1sy>. Acesso em: 05 maio 2021.

CARVALHO, S.C. **OS DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA - PR.** 2020. p.151 Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2020. Disponível em: < https://cutt.ly/TWqf29f>. Acesso em: 2 abr. 2021.

CEPEDISA-USP; CONECTAS. Direitos na Pandemia: Mapeamento e Análise das Normas Jurídicas de Resposta à Covid-19 no Brasil. **Boletim Direitos na Pandemia**. vol. 10. São Paulo, 2021. Disponível em: < https://cutt.ly/BWqf31w>. Acesso em: 05 maio 2021.

CORADASSI, A. E. et al. Teleatendimento no enfrentamento à Covid-19. **Revista Conexão**, Ponta Grossa, v. 16, n. 1, 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/XWqf7az>. Acesso em: 06 ago. 2021.

DAUMAS, R. P. et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde**

Pública. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/EWqf651>. Acesso em: 19 jul. 2021.

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; Cazaquistão. In: Ministério da Saúde (BR). Disponível em: < https://cutt.ly/eWqgedn>. Acesso em: 21 jul. 2021.

FAUSTO, M.C.R.; ALMEIDA, P.D.; BOUSQUAT, A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração em Redes de Atenção. *In*: MENDONÇA, M. H. M. de. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de janeiro: Fiocruz, 2018.

GOMES, C. B. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], p. 1327-1337, 6 abr. 2020. Disponível em: < https://cutt.ly/AWqgt8y>. Acesso em: 21 out. 2020.

G1. Primeira morte por coronavírus no Brasil aconteceu em 12 de março, diz Ministério da Saúde. **G1**, [S. l.], 27 de junho de 2020. Bem Estar. Recurso eletrônico. Não paginado. Disponível em: < https://cutt.ly/DWqgiIo>. Acesso em 21 jul. 2021.

G1 PR. Ponta Grossa registra primeira morte causada pela Covid-19, diz prefeitura. **G1**, Curitiba, 06 de junho de 2020. Campos Gerais e Sul. Recurso eletrônico. Não paginado. Disponível em: < https://cutt.ly/tWqgaS1>. Acesso em 21 jul. 2021

G1 PR. Ponta Grossa chega a mil mortes por Covid-19 desde o começo da pandemia, aponta fundação. **G1**, [S. l.], 12 de junho de 2021. Campos Gerais e Sul. Recurso eletrônico. Não paginado. Disponível em: < https://cutt.ly/eWqggs1>. Acesso em: 21 jul. 2021.

G1/RPC. Saiba em quais locais procurar atendimento médico em Ponta Grossa. **G1**, Ponta Grossa, 16 de março de 2021. Campos Gerais e Sul. Recurso eletrônico. Não paginado. Disponível em: <https://bityli.com/uh9kJ>. Acesso em 21 jul. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**: População Estimada. [S. l.], [S. d.]. Disponível em: < https://cutt.ly/mWqgjCv>. Acesso em: 26 jul. 2021.

MANZANO, F.; SILVA, C.R. Mortes na fila por um leito de UTI, falta de insumos e funerárias sem férias: os sinais do colapso na saúde brasileira. **G1**, [S. l.], 20 de março de 2021. *Recurso eletrônico*. Não paginado. Disponível em: <https://cutt.ly/FWqgbA8 >. Acesso em: 26 de jul. 2021.

OCKÉ-REIS, C.O.; SILVA, J.A.A. A pandemia e o financiamento da saúde. **Correio Braziliense**, [*S. l.*], 20 maio 2020. Opinião. *Recurso eletrônico*. Não paginado. Disponível em: <https://cutt.ly/dWqgRss>. Acesso em: 20 jul. 2021.

PONTA GROSSA. CORONAVÍRUS: Pacientes passam a receber atendimento médico virtual. **Prefeitura de Ponta Grossa.** Imprensa, Ponta Grossa, 13 de abril de 2020a. Disponível em: <https://cutt.ly/jWqgYmo>. Acesso em: 19 jul. 2021.

_____. CORONAVÍRUS: Unidades de Saúde ampliam horário de atendimento para pacientes com síndrome gripal. **Prefeitura de Ponta Grossa.** Imprensa, Ponta Grossa, 14 de abril de 2020b. Disponível em: < https://cutt.ly/ZWqgOn2>. Acesso em: 19 jul. 2021.

_____. COVID-19: Unidades de Saúde passam a realizar testes rápidos para coronavírus a partir de segunda (8). **Prefeitura de Ponta Grossa.** Imprensa, Ponta Grossa, 05 de junho de 2020c. Disponível em: < https://cutt.ly/DWqgSqq>. Acesso em: 19 jul. 2021.

_____. Página inicial. **Prefeitura de Ponta Grossa**. Imprensa, Ponta Grossa-PR, 2021. Disponível em: < https://cutt.ly/FWqgJNP>. Acesso em: 08 de ago. 2021.

RAMOS, R. CORONAVÍRUS: Prefeitura monitora pacientes com sintomas gripais diariamente. **Prefeitura de Ponta Grossa**. Ponta Grossa-PR, 09 de abril de 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/pWqgX7r>. Acesso em: 27 jul. 2021.

RPC/PONTA GROSSA. Covid: UPA Santa Paula atende todos pacientes com sintomas respiratórios a partir de sexta, em Ponta Grossa. **G1**, Foz do Iguaçu, 08 de julho de 2021.Campos Gerais e Sul. Recurso eletrônico. Não paginado. Disponível em: <https://bityli.com/WkPsl>. Acesso em: 21 jul 2021.

SAMPAIO, L. Mundo passa de 4 milhões de mortes por Covid, mas número 'subestima o total de vítimas', diz OMS. **G1**, [S. l.], 07 de julho de 2021. Mundo. Recurso eletrônico. Não paginado. Disponível em: < https://cutt.ly/3WqgBEU>. Acesso em: 21 jul. 2021.

SARTI, T. D.; LAZARINI, W. S.; FONTENELLE, L. F.; ALMEIDA, A. P. S. C. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/CWqgMzZ>. Acesso em: 19 jul. 2021.

SCORTECCI, C. No Paraná, quase 2 mil pessoas morreram na fila por leitos de Covid-19. **Gazeta do Povo** [*S*. l.], 25 março de 2021. Pandemia. *Recurso eletrônico*. Não paginado. Disponível em: < https://cutt.ly/yWqg0uc>. Acesso em: 26 jul. 2021.

VASCONCELOS, C. M. de; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al*. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. ISBN 85-271-0704-X.