



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Geografia
Programa de Pós-graduação em Geografia

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

**A atuação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal nos contextos de
Emergência em Saúde Pública no período de 2007 a 2022**

Priscilla Pedrette de Mello Alves

Tese de Doutorado

Brasília-DF: julho de 2025



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Geografia
Programa de Pós-graduação em Geografia

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

**A atuação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal nos contextos de
Emergência em Saúde Pública no período de 2007 a 2022**

Priscilla Pedrette de Mello Alves

Orientadora: Helen da Costa Gurgel
Co-Orientador: Marina Jorge de Miranda

Tese de Doutorado

Brasília-DF: agosto de 2025



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Geografia
Programa de Pós-graduação em Geografia

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

**A atuação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal nos contextos de
Emergência em Saúde Pública no período de 2007 a 2022**

Priscilla Pedrette de Mello Alves

Tese de Doutorado submetida ao Departamento de Geografia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Doutor Geografia, área de concentração Gestão Ambiental e Territorial, opção Acadêmica.

Aprovado por:

Profa. Dra. Helen da Costa Gurgel, Departamento de Geografia – UnB (Orientadora)

Dra. Marina Jorge de Miranda (Co-orientadora)

Prof. Dr. Wildo Navegantes de Araujo, Faculdade de Ciências e Tecnologia em Saúde – UnB (Examinador Interno)

Edenilo Baltazar Barreira Filho, Ministério da Saúde (Examinador Externo)

Rivaldo Mauro de Faria, Universidade Federal de Uberlândia (Examinador Externo)

Anselmo Cesar Vasconcelos Bezerra, Instituto Federal de Pernambuco (Suplente)

Brasília-DF: agosto de 2025

Ficha catalográfica

É concedida à Universidade de Brasília permissão para reproduzir cópias desta tese e emprestar ou vender tais cópias somente para propósitos acadêmicos e científicos. O autor reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte desta tese de doutorado pode ser reproduzida sem a autorização por escrito do autor.

Priscilla Pedrette de Mello Alves

Dedicatória

Aos meus pais (*in memoriam*) Dirce Pedrette e
José Alves Neto, que me deram amor e
proposito para seguir sempre em frente.
E à Amanda, minha companheira de vida, pelo
apoio, paciência e torcida em todos os
momentos.

AGRADECIMENTOS

Um trabalho de quatro anos não se constrói sozinho, são idas e vindas, avanços e recuos, mas sobretudo, de encontros. Encontros com colegas e profissionais de saúde, professores e amigos que, em cada conversa, contribuíram para amadurecer as ideias. Essa é apenas mais uma tese, mas pensada e escrita em diálogo constante, um processo longo, mas profundamente compartilhada. Agradeço imensamente a todos que, ao longo desses mais de 4 anos, conversaram, opinaram e, de diferentes formas, construíram junto comigo e minhas orientadoras.

Agradeço a Deus e a Meishu Sama, por terem guiado meus passos com luz e proteção. À minha família, pelo amor e incentivo em todas as etapas da minha vida. Em especial a minha companheira de vida, Amanda, que torce incondicionalmente por mim desde o fim da graduação, acredita mais em mim que eu mesma, consegui porque você me apoiou e vibrou em todos os momentos, obrigada! As nossas filhas, Serena, Gal e Gaia, que ficaram ao meu lado em algumas madrugadas e imploraram por pausas para jogar bolinha de papel e lembraram, nesses momentos, que era preciso fazer pausas.

Aos meus médicos, Dr. Márcio Almeida, Dr. Rodrigo Pinheiro e à querida Dorinha Cavendish, meu agradecimento por cuidarem de mim e da minha família e por torcerem tanto pela minha cura.

À professora Helen Gurgel, minha orientadora, agradeço sua paciência escuta atenta, liberdade para criar e, sobretudo, pela generosidade com que acolhe, orienta e incentiva todos os seus alunos. Obrigada! Agradeço a minha co-orientadora, Marina Miranda, pelos momentos de café, trocas e incentivo.

Aos colegas do Laboratório de Geografia, Ambiente e Saúde (LAGAS/UnB), pelo apoio, trocas e amizade ao longo dessa jornada. Ao Instituto de Pesquisa para o Desenvolvimento (IRD), pelo incentivo à pesquisa. Aos colegas do Vigidesastres, por todo apoio e torcida. E aos meus amigos, em especial Rodrigo e Mari, pela presença, carinho e torcida.

Aos parceiros do projeto e do Núcleo de Medicina Tropical da UnB, e aos trabalhadores das UBS nº 1 e 2 da Estrutural/DF, meu reconhecimento por tantos momentos ricos de aprendizado — esta tese é, também, fruto do trabalho feito com vocês ao longo dos mais de 2 anos de atividade em campo. Ao professor Wildo Araújo Navegantes, agradeço a generosidade e pelas valiosas trocas, em diferentes momentos e sempre com muita gentileza.

Por fim, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro que tornou grande parte desta pesquisa possível. E ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade de Brasília.

*“(...) Gente quer comer, gente quer ser feliz
Gente quer respirar ar pelo nariz
Não, meu nego, não traia nunca essa força, não
Essa força que mora em seu coração
(...) Gente é pra brilhar
Não pra morrer de fome.”
Caetano Veloso, 1977*

RESUMO

Embora muitos estudos tenham abordado o termo Emergência de Saúde Pública, principalmente após a pandemia de COVID-19, pouco se tem discutido sobre a sua aplicabilidade, principalmente no nível da Atenção Primária. Nesse contexto, este estudo visa analisar como a Atenção Primária à Saúde respondeu aos contextos de Emergência em Saúde Pública no Distrito Federal no período de 2007 a 2022. A pesquisa parte da abordagem geográfica da organização dos serviços de saúde, no campo da Geografia da Saúde, e adotou uma metodologia quali-quantitativa. Foram realizadas uma revisão integrativa e uma pesquisa documental para identificar as ações da Atenção Primária nas situações de Emergência de Saúde Pública, além da aplicação de questionário com trabalhadores de duas Unidades Básicas de Saúde de uma Região Administrativa do Distrito Federal. Além disso, buscou-se identificar os impactos das Emergências de Saúde Pública a partir dos indicadores que envolvem a Atenção Primária, foram eles: indicadores de cobertura, das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e os indicadores dos agravos, dengue e COVID-19. A análise qualitativa foi conduzida por meio da técnica de análise de conteúdo temática, segundo Bardin, e a análise quantitativa foi apoiada em mapas temáticos e gráficos. Os resultados indicam que a Atenção Primária à Saúde desempenha um papel fundamental, principalmente na resposta às situações de crise sanitária, todavia, a Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal respondeu de forma limitada e desigual às emergências em saúde pública, com fragilidades na integração à rede de atenção, baixa implementação de ações de vigilância e desigualdade territorial na cobertura e nos impactos observados. A tese evidencia a importância dos atributos da Atenção Primária à Saúde e de sua atuação territorializada no enfrentamento de emergências sanitárias, oportunizando subsídios para o fortalecimento da vigilância em saúde e da resposta do setor saúde em contextos críticos.

Palavras-chave: Geografia da Saúde, Atenção Primária à Saúde, Vigilância em Saúde, Emergências de Saúde Pública, Regulamento Sanitário Internacional

ABSTRACT

Although many studies have addressed the term Public Health Emergency, especially after the COVID-19 pandemic, little has been discussed about its applicability, especially at the Primary Care level. This context, this study aims to analyze how Primary Health Care responded to Public Health Emergency contexts in the Federal District from 2007 to 2022. The research is based on the geographical approach to the organization of health services in the field of Health Geography and adopted a qualitative-quantitative methodology. An integrative review and documentary research were conducted to identify Primary Care actions in Public Health Emergency situations, in addition to the application of a questionnaire with workers from two Basic Health Units in an Administrative Region of the Federal District. In addition, we sought to identify the impacts of Public Health Emergencies based on indicators involving Primary Care, namely: coverage indicators, hospitalizations for conditions sensitive to Primary Care, and indicators of dengue and COVID-19. The qualitative analysis was conducted using Bardin's thematic content analysis technique, and the quantitative analysis was supported by thematic maps and graphs. The results indicate that Primary Health Care plays a fundamental role, especially in responding to health crises. However, Primary Health Care in the Federal District responded in a limited and uneven manner to public health emergencies, with weaknesses in integration with the care network, low implementation of surveillance actions, and territorial inequality in coverage and observed impacts. The thesis highlights the importance of Primary Health Care attributes and its territorialized action in addressing health emergencies, providing support for strengthening health surveillance and the organization of primary care in critical contexts.

Keywords: Health Geography, Primary Health Care, Health Surveillance, Public Health Emergencies, International Health Regulations

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo conceitual da pesquisa. Fonte: Elaboração própria.	22
Figura 2: Mapa do Distrito Federal	35
Figura 3: Mapa de localização da RIDE.....	36
Figura 4: Área Metropolitana de Brasília	37
Figura 5: Regiões de influência do Distrito Federal.....	38
Figura 6: Índice de Vulnerabilidade Social do Distrito Federal no ano de 2021.....	39
Figura 7: Mapa de localização da Ra SCIA/Estrutural.....	42
Figura 8: Decretos de Situação de Emergência ou Estado de Calamidade Pública, no período de 2003 a 2022.	61
Figura 9: Síntese da resposta brasileira as ESPIN, Zika e COVID-19.....	73
Figura 10: Trajetória da APS no Brasil.....	77
Figura 11: Atributos essenciais da APS.	79
Figura 12: Fluxograma da revisão integrativa.	84
Figura 13: Fases do Sistema de Saúde do Distrito Federal.	94
Figura 14: Representação do aspecto geral das unidades componentes da rede hospitalar do Plano Bandeira de Melo.	95
Figura 15: Linha do tempo da APS no DF.....	99
Figura 16: Unidades Pública de Saúde do Distrito Federal.....	101
Figura 17: Unidades Pública de Saúde do Distrito Federal.....	102
Figura 18: Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal.....	103
Figura 19: Cobertura da APS no Distrito Federal	117
Figura 20: ICASPS por grupo de diagnósticos, de 2008 a 2022	120
Figura 21: ICSAPS no Distrito Federal, de 2008 a 2022.	121
Figura 22: Taxa de variação anual das ICSAPS.	122
Figura 23: Casos confirmados de dengue no DF.....	123
Figura 24: Casos confirmados de dengue no DF, por unidade de saúde	124
Figura 25: Mapa de incidência de Dengue e cobertura da APS em 2020.	125
Figura 26: Casos confirmados de COVID-19 no Distrito Federal	126
Figura 27: Mapa de incidência de COVID-19 no ano de 2020	127
Figura 28: Mapa de incidência de COVID-19 no ano de 2021	128
Figura 29: Mapa de incidência de COVID-19 no ano de 2022	129
Figura 30: Formação voltada para APS.	133
Figura 31: Nuvem de palavras sobre ações de vigilância desenvolvidas na APS.	135
Figura 32: Frequência do uso dos sistemas de informação em saúde por todos os profissionais.....	136

Figura 33: Nuvem de palavras sobre a contribuição da APS nas ações de vigilância em saúde	137
Figura 34: Realização da atividade de monitoramento dos casos de COVID-19	138
Figura 35: Desenvolvimento de novas ações durante a pandemia de COVID-19.	138
Figura 36: Acesso aos boletins produzidos pela equipe de Pesquisa do ZARICS/UnB pelos trabalhadores da APS SCIA/Estrutural.	139
Figura 37: Melhor nível de atenção à saúde para detectar uma Emergência de Saúde Pública.	140
Figura 38: Nuvem de palavras da atuação da APS em momentos de ESP.	140
Figura 39: Síntese dos achados das ações da APS em contextos de Emergência de Saúde Pública.	145

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: não Quadro síntese da pesquisa com as perguntas de pesquisa, objetivos específicos e metodologia.....	31
Tabela 2: Desigualdades socioeconômicas e demográficas do DF em 2022.	39
Tabela 3: Instrumento de categorização da análise integrativa	46
Tabela 4: Lista dos CID-10 utilizados da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	52
Tabela 5: Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional, de 2007 a 2022.	59
Tabela 6: Emergências de Saúde Pública de Importância Nacional, de 2005 a 2022	60
Tabela 7: Marcos institucionais para a Vigilância em Saúde para situações de Emergência em Saúde Pública no Brasil.....	62
Tabela 8: Caracterização geral dos estudos incluídos na revisão integrativa	84
Tabela 9: Quadro síntese do atributo: Acessibilidade.....	86
Tabela 10: Resultado do atributo: Longitudinalidade.....	87
Tabela 11: Resultado do atributo: Integralidade	87
Tabela 12: Resultado do atributo: Coordenação	88
Tabela 13: Ações de Vigilância em Saúde adotadas pela APS durante ESP	91
Tabela 14: Distribuição das unidades de saúde do DF em 2022.	104
Tabela 15: Serviços de saúde inicialmente buscado no DF.	105
Tabela 16: Proporção de pessoas com plano de saúde privado e distribuição do primeiro serviço de saúde procurado pela população do DF, por região administrativa.	106
Tabela 17: Emergências de Saúde Pública de nível estadual/distrital do Distrito Federal	110
Tabela 18: Situação de Emergência no Distrito Federal.....	113

Tabela 19: Ações de resposta da APS do Distrito Federal.....	114
Tabela 20: ICSAPS no Distrito Federal, de 2008 a 2023, por grupo de diagnósticos...	118
Tabela 21: Caracterização dos participantes da pesquisa	131
Tabela 22: Conhecimento dos profissionais sobre a população de sua responsabilidade.	133
Tabela 23: Carga horária das atividade desenvolvida por categoria profissional.....	134
Tabela 24: Periodicidade das ações de Vigilância em Saúde na UBS SCIA/Estrutural	135

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
COBRADE	Classificação e Codificação Brasileira de Desastres
COE	Centro de Operações de Emergência
DF	Distrito Federal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESP	Emergência de Saúde Pública
ESPII	Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FN-SUS	Força Nacional do SUS
GEI	Grupo Executivo Interministerial
ICSAP	Interações por condições sensíveis a atenção primária
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica em Saúde
PNF	Ponto Focal Nacional
PNSV	Política Nacional de Vigilância em Saúde
PPB	Programa Previne Brasil
PSC	Programa Saúde em Casa
PSF	Programa Saúde da Família
RA	Região Administrativa
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
S2iD	Sistema Integrado de Informações sobre Desastres
SCO	Sistema de Comando de Operações
SES-DF	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINJ-DF	Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal
SISAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UnB	Universidade de Brasília
UPA	Unidades de Pronto-Atendimento
URD	Unidades de Referência Distrital
VIGIDESASTRES	Programa Nacional de Vigilância em Saúde dos Riscos Associados aos Desastres
VS	Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
OBJETIVO	20
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO E PROPOSTA DE TRABALHO DE PESQUISA	23
1.1 ESTADO DA ARTE	23
1.1.1 Crises sanitárias no século XXI	23
1.1.2 Contexto Geográfico e saúde: ambiente e sociedade	26
1.1.3 O papel da Geografia da Saúde em momentos de crise sanitária	29
1.2 ESCOPO DA PESQUISA	31
1.2.1 Recorte temático	32
1.2.2 Recorte geográfico	34
1.2.2.1 O Distrito Federal	34
1.2.2.2 RA XXV SCIA/ Estrutural	40
1.3 PERCURSO METODOLÓGICO	43
1.3.1 Revisão bibliográfica: revisão integrativa e de documento	43
1.3.2 Levantamento de dados secundários e primários junto as UBS da RA XXV SCIA/ Estrutural	48
1.3.3 Análise espacial dos indicadores de saúde do DF	49
2 – CONCEITOS E DEFINIÇÕES DE EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA	53
2.1 SAÚDE E ORGANIZAÇÃO GLOBAL	53
2.2 O REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL	54
2.2.1 Emergência de Saúde Pública	57
2.3 A ORGANIZAÇÃO DA RESPOSTA A EMERGÊNCIAS NO BRASIL	59
2.3.1 ESPII e ESPIN	59
2.4 ORGANIZAÇÃO E COORDENAÇÃO DE RESPOSTA ÀS EMERGÊNCIAS NO BRASIL	62
2.4.1. Principais marcos institucionais para a Vigilância em Saúde para situações de Emergência em Saúde Pública no Brasil	62
2.4.2. Principais atores de respostas as ESP	66
2.5 ATUAÇÃO DO SUS NAS RESPOSTAS DAS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA	68
3 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA	73
3.1 FUNDAMENTOS E PRINCÍPIOS DA APS NO BRASIL	73
3.1.1. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil	73
3.1.2. Atributos essenciais da APS	77
3.1.3. Vigilância em Saúde no âmbito da APS	79

3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA	82
3.2.1. Atuação da APS em situações de emergência	82
3.2.2. Síntese dos achados da revisão integrativa	83
3.2.3. Os atributos essenciais da APS nas Emergências de Saúde Pública	84
3.2.4. Estratégias de Vigilância em Saúde adotadas pela APS nas Emergências de Saúde Pública	89
4 - A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL E A RESPOSTA A SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA SANITÁRIA	94
4.1 O SISTEMA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL	94
4.1.1. Breve história da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal	94
4.1.2 A organização do SUS-DF	100
4.2 As Emergências de Saúde Pública no DF	109
4.2.1 Mecanismos de resposta a Emergências de Saúde Pública	114
4.3 ANÁLISES DAS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA NO DF ATRAVÉS DOS INDICADORES DE SAÚDE	116
4.3.1 Análise da cobertura da APS	116
4.2.2 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Distrito Federal	118
4.2.3. Os agravos emergentes: dengue e COVID-19	122
4.3 ESTUDO DE CASO: RESPOSTA À COVID-19 EM DUAS UBS	130
4.3.1 Descrição das duas UBS selecionadas para estudo de caso	130
4.3.2 Percepção dos trabalhadores: APS, Vigilância em Saúde e Emergências de Saúde Pública	130
5 - RESPOSTA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ÀS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA NO DISTRITO FEDERAL: UMA ANÁLISE GEOGRÁFICA	142
CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
REFERÊNCIA	153
ANEXOS I	177

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, novas epidemias de doenças consideradas controladas estão sendo registradas, esse fato é atribuído as transformações ocorridas no mundo, na relação homem/natureza, estabelecido pelo processo de produção, consumo e ocupação do espaço. A redução da distância e do tempo, associado com o aumento do deslocamento de pessoas e mercadorias, tem contribuído para a difusão das doenças infecciosas em todo o mundo (RIBEIRO, 2016; CARMO, PENNA, OLIVEIRA, 2008).

A partir dos anos 2000, o mundo tem enfrentado uma sucessão de crises sanitárias, caracterizadas por múltiplas origens e consequências para a saúde pública. Tais eventos evidenciam que, apesar dos avanços técnico-científicos e das transformações sociais, o controle de doenças e a gestão de situações críticas permanecem como desafios persistentes (BARATA, 2000; CARMO, 2020). Essas ocorrências demonstram a complexidade e a diversidade dos riscos que incidem sobre a saúde, ressaltando a necessidade de compreender as Emergências de Saúde Pública (ESP) não apenas como episódios pontuais, mas como expressões de relações dinâmicas entre fatores ambientais, sociais, biológicos e territoriais (HORTAL, 2015; SILVA JR., 2013; CARMO, 2020).

No contexto brasileiro, essa realidade é particularmente evidente, uma vez que o país reúne condições propícias ao surgimento de emergências e reemergências de doenças infecciosas. Aspectos relacionados às características geográficas, climáticas e ecológicas, aliados à complexa formação social, política, econômica e cultural, configuram um cenário de vulnerabilidade e de risco permanente (LUNA, 2002).

A pandemia de COVID-19, classificada como uma Emergência de Saúde Pública de importância internacional e nacional, expôs de forma contundente tais fragilidades. Em seu primeiro ano, desafiou governos em todo o mundo a adotar medidas para conter a propagação da doença, impondo uma sobrecarga sem precedentes aos sistemas de saúde e exigindo respostas céleres e intensas (BARBOSA; SILVA, 2020). Nesse contexto, Dunlop et al. (2020) destacam que a detecção e o monitoramento de surtos de ESP são particularmente relevantes em sistemas organizados a partir da atenção primária. De forma convergente, a Rede CoVida (2020) ressalta que sistemas universais com base na atenção primária apresentam maior capacidade de conter epidemias, sobretudo em razão do vínculo estabelecido entre os profissionais de saúde e a comunidade. Valencio (2019), ao discutir a relação entre desastres naturais e a Atenção Primária, apresenta elementos fundamentais que devem ser incorporados à APS tanto em contextos de desastres quanto

em situações de ESP. A autora destaca que esses eventos impõem uma sobrecarga no setor saúde e produzem impactos de forma desigual. A autora traz um ponto crucial e pouco visto nos trabalhos, o próprio serviço de saúde local, um dos primeiros acionados a responder a crise aguda, pode também ter sido afetado, seja por danos às instalações, perda de equipamentos ou até mesmo pessoal envolvido. Somando a isso, os desastres desencadeiam uma nova e inesperada demanda por atendimentos prioritários, voltados à resposta imediata às populações atingidas, o que se sobrepõe à demanda de rotina, exigindo uma reorganização ágil e flexível nos arranjos organizacionais e operacionais.

Nessa perspectiva, as situações de Emergências de Saúde Pública implicam grandes desafios para os sistemas de saúde. No contexto brasileiro, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o ponto central na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), é a base de um dos maiores sistemas públicos universais do mundo, caracterizando-se por uma ampla capilaridade nos territórios. Apesar de enfrentar desafios históricos relacionados ao subfinanciamento, à gestão, à oferta de profissionais e à infraestrutura dos serviços, a APS tem demonstrado capacidade de alcançar resultados positivos, e vem sendo um eixo estruturante do SUS (MENDONÇA et al., 2018).

A APS ocupa um papel estratégico em contextos de Emergências de Saúde Pública (ESP), atuando de forma decisiva tanto na fase de preparação quanto na resposta. Mazowita et al. (2006) ressaltam que momentos epidêmicos ou pandêmicos representam oportunidades para fortalecer a integração da APS com os demais níveis do sistema de saúde, promovendo uma atuação mais coordenada e resolutiva. Para esses autores, a efetividade da resposta em situações críticas depende da existência de uma rede de atenção primária com ampla cobertura, capaz de operar de maneira ágil e articulada frente aos desafios impostos pelas crises sanitárias.

Em contextos de ESP, a Atenção Primária deve ser compreendida como um dos pilares fundamentais da resposta do sistema de saúde (SILVA et al., 2022). Apostar em suas características essenciais — como o conhecimento do território, o vínculo entre profissionais e usuários, a integralidade do cuidado e o acompanhamento contínuo de grupos vulneráveis — representa uma estratégia crucial para a proteção da vida e a redução dos possíveis agravamentos (SARTI, et al., 2020).

Nesse sentido, o conhecimento e a atuação sobre o território tornam-se aspectos centrais para a efetividade da APS, especialmente em situações críticas. No campo da Saúde, o conceito de território tem sido incorporado para compreender os determinantes do processo saúde-doença, a organização dos serviços e as práticas de cuidado (Monken

et al., 2018). Segundo Gondim e Monken (2017), o território na APS é constituído por múltiplos objetos geográficos — naturais e construídos —, por atores sociais diversos, como indivíduos, grupos e instituições, e por relações, fluxos e poderes que se expressam de forma dinâmica. Essa concepção amplia a compreensão do território como elemento estruturante das práticas em saúde, ao reconhecer sua capacidade explicativa e operativa na organização dos serviços e na efetivação dos atributos da APS.

À vista disso, esta pesquisa justifica-se pela necessidade de compreender o papel da Atenção Primária à Saúde em contextos de Emergência de Saúde Pública, à luz das transformações no cenário sanitário nacional e internacional desde a adoção do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) em 2007. Considerando a APS como porta de entrada preferencial do SUS, mas principalmente pela sua capilaridade no território nacional, torna-se fundamental identificar quais foram as Emergências de Saúde Pública ocorridas e compreender como foi a atuação da APS.

A escolha do Distrito Federal (DF) como campo empírico partiu da atuação entre os anos de 2020 e 2023 no projeto de pesquisa denominado “Infecções por SARS-CoV-2 no Distrito Federal e RIDE, validação de testes de diagnóstico, vigilância ambulatorial e custos catastróficos relacionados a COVID-19 em área vulnerável”, em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde foi possível vivenciar a realidade dessas unidades durante a crise sanitária do COVID-19. Essa vivência permitiu observar, em campo, os desafios enfrentados, as estratégias adotadas e as fragilidades estruturais, constituindo, portanto, um referencial relevante para fundamentar a escolha do DF como território de análise nesta tese.

Diante desse cenário, a presente pesquisa busca compreender como a Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal respondeu aos contextos de Emergência em Saúde Pública. Tal problemática orienta-se pela necessidade de analisar em que medida a estrutura e a organização da Atenção Primária à Saúde foram capazes de desempenhar um papel efetivo na preparação, vigilância e resposta frente a situações agudas.

Esta tese parte da hipótese de que o êxito da resposta da Atenção Primária à Saúde em situações de Emergência de Saúde Pública está relacionado com a sua capilaridade territorial, com a capacidade de identificação e de relação com a população de sua área de abrangência e por ser a porta de entrada no serviço de saúde, por essas razões, possui uma resposta mais oportuna. A presença de uma Atenção Primária à Saúde resolutiva e integrada, é provavelmente um fator determinante para uma resposta ágil e efetiva.

OBJETIVO

Nesse contexto o objetivo da tese é analisar como a Atenção Primária à Saúde respondeu os contextos de emergência em saúde pública de nível distrital, nacional e internacional no Distrito Federal no período de 2007 a 2022, tendo como objetivos específicos:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I.** Compreender como a Rede de Atenção à Saúde no Distrito Federal se organiza para os contextos de Emergência de Saúde Pública;
- II.** Identificar as estratégias de vigilância em saúde no âmbito da APS e seus atributos nas Emergências de Saúde Pública de 2007 a 2022;
- III.** Analisar os impactos das Emergências de Saúde Pública a partir dos indicadores da APS;
- IV.** Identificar os desafios de duas UBS na resposta a ESPIN de COVID-19.

Espera-se que os resultados obtidos possam contribuir na capacidade de prevenção, preparação, resposta e assistência da Atenção Primária à Saúde nos efeitos das Emergências de Saúde Pública, de modo oportuno e efetivo. Do mesmo modo, espera-se colaborar para o fortalecimento da APS como estratégica de organização do SUS e de seus atributos.

Assim o primeiro capítulo apresenta os caminhos metodológicos que sustentam a construção da tese, onde são descritos os procedimentos de coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos, a seleção de fontes documentais, normativas e questionário com profissionais de saúde, além da escolha de indicadores relacionados à APS. O capítulo também explicita as estratégias de triangulação dos dados e as bases teóricas que sustentam a análise, destacando a articulação entre território, APS e vigilância como eixo central da abordagem.

O segundo capítulo, parte de uma perspectiva global, apresenta o panorama das Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e das Emergências de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), com ênfase no contexto brasileiro. A análise parte da adoção do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e percorre até o ano de 2022. Além disso, identifica os marcos institucionais de Vigilância em Saúde voltados para as ESP. Também apresenta a diversidade de decretos estaduais e

municipais de emergência e calamidade pública que caracterizam as situações de desastres no Brasil.

O terceiro capítulo aborda a APS, sua forma de organização, suas características e as relação com a Vigilância em Saúde. Também apresenta o resultado da revisão integrativa, onde são analisados os principais instrumentos normativos e operacionais que orientam a preparação e a resposta às emergências em saúde pública no Brasil. Apresenta o funcionamento do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), do Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE) e da Força Nacional do SUS (FN-SUS), discutindo suas atribuições diante das emergências sanitárias.

No quarto capítulo, a escala de análise consiste no Distrito Federal. No primeiro momento, é feito um relato da perspectiva histórica do sistema de saúde, principalmente da APS. Além disso, o capítulo realiza uma análise dos contextos de emergência em saúde pública no Distrito Federal. A partir da revisão documental e da análise dos indicadores da APS, o capítulo identifica os impactos das ESP nos indicadores da APS. Por fim, aborda a atuação de duas unidades de saúde na pandemia de COVID-19.

No capítulo 5, são reunidos e discutidos os principais achados da pesquisa à luz dos referenciais teóricos e conceituais da Geografia da Saúde, com ênfase nas noções de território. A análise integra os resultados obtidos nos capítulos anteriores, onde são discutidos os limites e as potencialidades da atuação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal frente às emergências em saúde pública.

Para compreender os procedimentos metodológicos do trabalho, foi elaborado um modelo conceitual (Figura 1) que apresenta esquematicamente a proposta do trabalho e os métodos que serão utilizados.

Como a Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal respondeu os eventos de Emergência de Saúde Pública ?

Emergência de Saúde Pública:

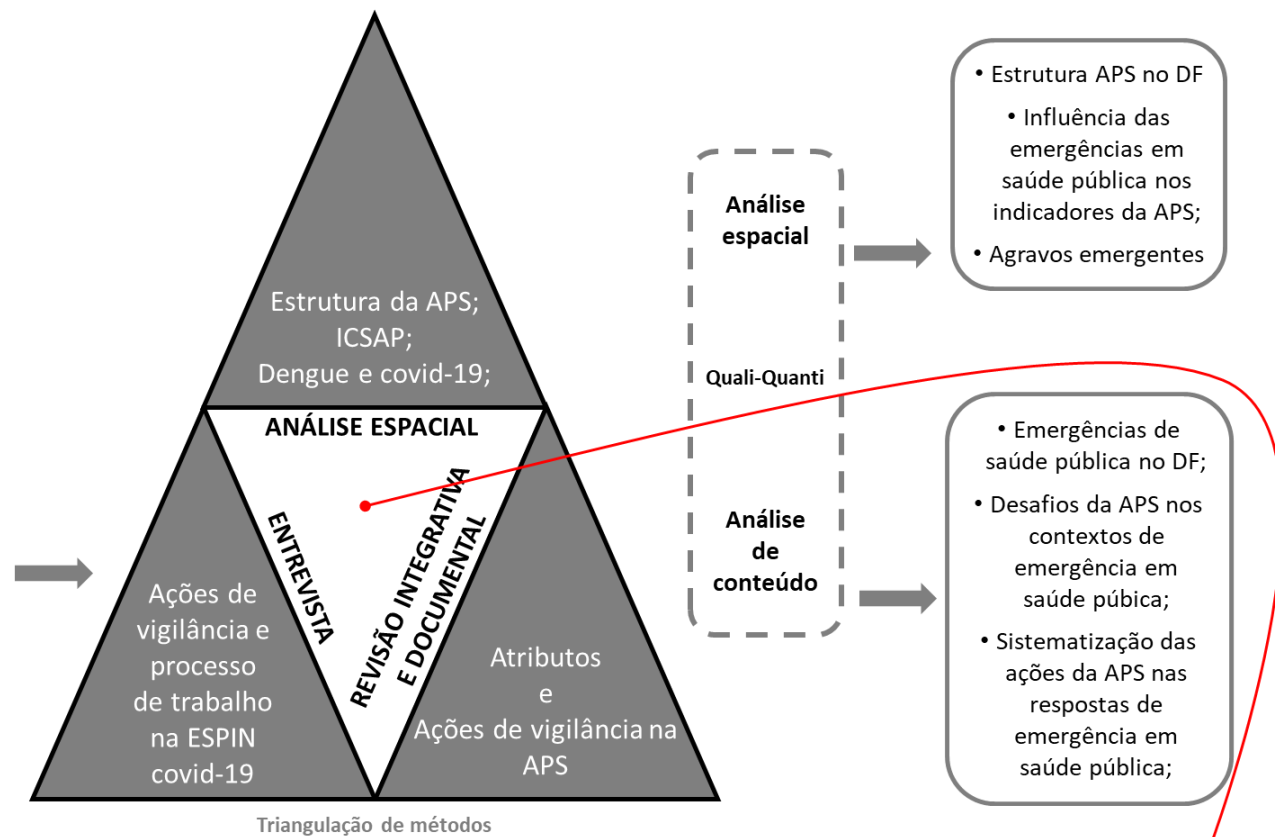
- Crises sanitárias no Brasil e no mundo no século XXI;
- Definições e classificações de emergências de saúde pública – RSI;
- Agravos emergentes: dengue e covid-19;

Atenção Primária à Saúde:

- Atributos essenciais da APS;
- Organização da APS no DF;
- Vigilância no âmbito da APS;
- APS em situações de Emergência de Saúde Pública;
- Consequências das Emergências de Saúde Pública nos indicadores;

Geografia da saúde

- Relação entre contexto geográfico e saúde;



ATUAÇÃO DA APS NOS CONTEXTOS DE EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA NO DISTRITO FEDERAL – 2007 A 2022

Figura 1: Modelo conceitual da pesquisa. Fonte: Elaboração própria.

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO E PROPOSTA DE TRABALHO DE PESQUISA

1.1 ESTADO DA ARTE

1.1.1 Crises sanitárias no século XXI

Diferentes eventos de crise, com uma grande diversidade de fatores, ocorrem no mundo, impactando direta ou indiretamente à saúde de diferentes populações. Entre eles, destacam-se: o atentado terrorista e o ataque biológico de Antraz, ambos ocorridos nos EUA em 2001 (CARMO, 2020); a epidemia causada pelo coronavírus (Cov) da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) na China, em 2002 (WEI et al., 2016); o tsunami ocorreu no Oceano Índico em 2004, que atingiu países como a Indonésia, Índia, Malásia, Maldivas, Mianmar, Somália, Sri Lanka e, principalmente, a Tailândia, sendo considerado um dos desastres naturais mais mortais da história moderna, com estimativa de mais de 186 mil mortes e mais de 42 mil pessoas desaparecidas (ENGLAND JR., 2008); o furacão Katrina, em 2005, nos Estados Unidos da América, que destruiu cidades e causou a morte de mais de 1.800 pessoas (ENGLAND JR., 2008); os desastres no Japão, em 2011, um terremoto de magnitude 9,0 seguido de tsunami, que atingiram Central Nuclear de Fukushima, ocasionando uma cascata de eventos (MILLER, 2012); e a epidemia de doença pelo vírus Ebola, em 2014, na África Ocidental (SAMPAIO, SCHÜTZ, 2014).

No Brasil, diversos eventos agudos à saúde foram relatados, como: a epidemia de Sarampo no nordeste em 2014 (FARIA, MOURA 2020) e no estado de São Paulo em 2019 (GIBSON et al. 2022); a epidemia de Chikungunya em 2016 (LIMA-CAMARA, 2016); a epidemia de febre amarela silvestre em região não endêmica, em estados do sudeste, em 2017 (CAVALCANTE, TAUIL, 2017); os desastres causados pelo rompimento de barragens, em 2015, na cidade de Mariana e, em 2019, em Brumadinho, ambos no estado de Minas Gerais (FREITAS et al. 2019); e os diferentes eventos por inundação ocorridos em 2004, 2008, 2010, 2011 a 2014 e em 2017, em diversas regiões do país (SILVA et al. 2020).

A revisão de Freitas, Witt e Veiga (2023) descreveu os desastres ocorridos no Brasil de 2013 a 2021 e apontou que, nesse período, ocorreram 51.184 registros de desastres. Os classificados como climatológicos foram os mais frequentes, seguidos dos biológicos, meteorológicos e hidrológico. Em relação à gravidade dos desastres, os classificados como geológicos foram considerados os mais letais: para cada 100 pessoas afetadas diretamente, 70 mortes foram registradas.

Nesse contexto, a discussão sobre doenças infecciosas emergentes e reemergentes mostra-se pertinente para a compreensão das crises sanitárias, uma vez que tais enfermidades representam potencial para a deflagração de novas Emergências de Saúde Pública. Conforme destacam Hortal (2015) e Luna e Silva Jr. (2013), a ocorrência desses agravos está relacionada a um conjunto de fatores, incluindo aspectos demográficos, urbanos, econômicos, ambientais, mutações nos microrganismos e o desempenho do próprio setor saúde.

Luna e Silva Jr. (2013) argumentam, ainda, que o conceito de doenças infecciosas emergentes e reemergentes envolve dois pontos: o primeiro refere-se ao surgimento de novos agentes infecciosos; o segundo está relacionado com a mudança no comportamento epidemiológico de doenças infecciosas já conhecidas. À luz dessa definição, a COVID-19 pode ser caracterizada como uma doença emergente, enquanto a dengue se enquadra como reemergente.

As doenças transmitidas por arbovírus (Arthropod-borne vírus), ou seja, vírus transmitidos por artrópodes, são um dos principais problemas de saúde pública na Região das Américas (ESPINAL et al. 2019), principalmente pela sua capacidade de dispersão e habilidade de adaptação a novos ambientes e hospedeiros, do mesmo modo pela capacidade de causar novas epidemias (DONALISIO et al. 2017).

As arboviroses transmitidas pelo mosquito do gênero *Aedes*, em especial o *Aedes aegypti*, ainda são caracterizadas como um desafio complexo para a saúde pública, em razão de sucessivas epidemias em várias partes do mundo (TEXEIRA et al, 2018). Para alguns autores (LOPES, 2014; LIMA-CAMARA, 2016; DONALISIO et al. 2017) as modificações nos ecossistemas por ações antrópicas, o crescimento urbano desordenado, o desmatamento, o intercâmbio internacional, a precariedade das condições sanitárias e as mudanças climáticas, são condições que contribuem para este cenário epidêmico.

Diante deste cenário, as arboviroses transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti* são um dos principais problemas de saúde no mundo. Os vírus dengue (DENV), chikungunya (CHIKV) e Zika (ZIKV) são arbovírus (Arthropod-borne vírus), ou seja, são vírus transmitidos por artrópodes, são vírus RNA que exibem uma grande plasticidade genética e mutações (BRASIL, 2022v). Em relação ao modo de transmissão, os três podem ser transmitidos por via vetorial, vertical e transfusional, no entanto a principal forma é a vetorial, pela picada da fêmea infectada de *Aedes aegypti*, no ciclo humano-vetor-humano. Todavia, o vírus Zika causa grandes preocupações na transmissão vertical

(transplacentária), pela associação com casos graves de malformação congênitas (BRASIL, 2021; BRASIL, 2022v).

Outro ponto em comum entre as três arboviroses urbanas corresponde aos sinais clínicos, por serem semelhantes, dificulta a suspeita inicial e o manejo clínico, podendo em alguns casos, ocorrer o agravamento dos casos mais sensíveis: em idosos, grávidas e crianças e levar a óbito (DONALISIO et al. 2017; BRASIL, 2022v).

No Brasil, cerca de 90% dos municípios têm a presença do mosquito *Aedes aegypti* (TEXEIRA et al, 2018) além disso, a dengue é uma doença endêmica, com claros picos sazonais e ciclos epidêmicos (LUNA, SILVA JR., 2013). No Distrito Federal (DF) esse cenário também é complexo, o DF dispõe de condições que favorecem a disseminação e permanência do *vetor*, caracterizando-se como uma região hiperendêmica (DRUMOND et al. 2020), o estudo mostrou que, de 2007 a 2017, a capital do país teve quatro anos epidêmicos de dengue: 2010, 2013, 2014 e 2016. Além disso, ao observar a escala das Regiões Administrativas, o mesmo período de estudo contabilizou 82 epidemias nas diferentes RAs.

Assim como as arboviroses, a crise provocada pela COVID-19 evidenciou os desafios enfrentados pela saúde pública diante de doenças infecciosas com elevada capacidade de disseminação e forte impacto social, econômico e sanitário. A pandemia de COVID-19 representa uma das maiores crises sanitária e humanitária do século XXI, em escala global, principalmente pelo fato de ser uma doença nova e apresentar uma alta transmissibilidade e letalidade. O vírus se espalhou pelo mundo evidenciando uma nítida alteração na relação espaço, tempo e doenças infecciosas, causando diferentes impactos em cada território por onde chegava (LIMA, 2020). Para Aguiar (2020), trata-se de uma doença dos espaços de fluxos, sua rápida disseminação foi percebida, conforme o fluxo de mercadorias, sobretudo de pessoas ao redor do mundo.

Segundo os autores Bnaya Gross et al (2020), no primeiro ano da pandemia, antes vacinação, a propagação da epidemia de COVID-19 estava especificamente relacionada ao deslocamento de pessoas em viagens de longas distâncias. Dessa forma, a combinação do período de incubação com os longos deslocamentos tornava o controle da doença uma tarefa muito difícil, pois desde o momento que o indivíduo infectado era detectado, ele podia realizar uma viagem e espalhar ainda mais a doença. Nesse sentido, é importante salientar a rápida propagação da doença. Diferente das pandemias anteriores, a difusão da COVID-19 foi uma questão fundamental no atual mundo globalizado (GUIMARÃES et al. 2020).

Observa-se que as situações agudas à saúde, seja na escala nacional ou mundial, neste século, são de natureza distintas e de características diferentes, configurando-se um enorme desafio para a saúde pública. Em comum em todos esses cenários de catástrofe está a relação homem/natureza e os processos de produção e ocupação do espaço (CARMO, 2020).

1.1.2 Contexto Geográfico e saúde: ambiente e sociedade

Definir o que é saúde ainda é uma tarefa complexa. Para Almeida-Filho (2000), o conceito de saúde é um “ponto cego” até mesmo para as ciências do campo da saúde, principalmente quando saúde deixou de ser antônimo de doença, a partir do conceito amplo de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS). Saúde é um conceito muito vasto e complexo, de difícil atuação, cuja operacionalização se mostra ainda mais difícil diante das múltiplas interações e dinâmicas do mundo contemporâneo.

Nesse percurso, tanto a geografia quanto a epidemiologia, que se consolidaram no século XIX, compartilham a discussão sobre a dicotomia sociedade-natureza e sua relação com a saúde (GUIMARÃES, PICKENHAYN, LIMA 2014). No entanto, para alguns autores (SILVA, 1997; CZERESNIA, RIBEIRO, 2000), o conceito de espaço na epidemiologia é passivo, apenas como cenário de ocorrência das doenças, esses autores questionam a necessidade de novas abordagens que considerem o processo saúde-doença (MONKEN et al, 2008).

Nesse sentido, alguns trabalhos no campo da epidemiologia brasileira (SILVA, 1997; COSTA, TEXEIRA, 1999; CZERESNIA e RIBEIRO, 2000; SILVA, 2000), trouxeram reflexões importantes na abordagem espacial, demonstrando interesse na Geografia como disciplina científica, esses autores buscaram nas categorias geográficas, principalmente no conceito de espaço, um auxílio metodológico para as análises de saúde que compreenda a complexidade do processo saúde-doença.

Assim como a epidemiologia, a Geografia também se interessa pelo processo saúde-doença, um termo utilizado por geógrafos do campo da saúde para compreender essa dinâmica é a ideia de contexto. Para Rojas (1998), consiste na totalidade que engloba várias escalas, recortes, pessoas, e grupos sociais, sendo necessário conhecer os contextos territoriais de vida, assim como o da produção da doença, resultando em uma tarefa complexa, mas também em um método de investigação.

Para Monken e Barcellos (2007), o contexto são as circunstâncias da vida de um determinado lugar que podem influenciar ou condicionar pessoas e objetos, dependendo

de aspectos sociais, econômicos, políticos e cultural, assim como dos espaços próximos que podem influenciar. E tem a categoria território na geografia, como um instrumento desse processo saúde-doença.

Barcellos (2020), também aponta para a importância dessa categoria, para o autor é no território que se verifica as condições de produção das doenças, é o local da organização dos serviços de saúde, o cenário dos conflitos sociopolíticos e as identidades sociais, é onde se realiza as políticas e as práticas de saúde. Reconhecer essa categoria é também não perder de vista as conexões com outros lugares, compreendendo as complexidades em diferentes escalas.

Conforme propõe Rojas (2018), o contexto constitui uma chave analítica essencial para a Geografia, pois permite a imersão no complexo e a busca por totalidades que articulem diferentes escalas, dimensões e recortes. Embora seja frequentemente utilizada como categoria sem uma definição clara, o contexto envolve a forma como sujeitos, grupos e coletividades se inserem nos territórios, exigindo, assim, a percepção da realidade vivida. Rojas (2018) ressalta que, para avançar na compreensão dos determinantes e condicionantes da saúde, é imprescindível analisar os contextos territoriais de vida, superando a descrição das doenças, mas também investigando os processos sociais, econômicos e ambientais que as produzem. Nesse sentido, para a autora, a multiescalaridade se impõe como eixo estruturante da análise em saúde, pois somente por meio dela é possível enxergar, explicar e transformar os processos que impactam a vida e a saúde da população nos territórios.

A Geografia da Saúde busca compreender os contextos nos quais os problemas de saúde ocorrem, direcionando sua análise para o território, em vez de focar apenas nos indivíduos ou organismos. Essa perspectiva permite interpretar as dinâmicas entre saúde, doença e atenção, alinhando-se à visão ampliada da Saúde Coletiva, que abrange vigilância, promoção e organização dos serviços. Dessa maneira, a Geografia da Saúde busca abranger o contexto do problema de saúde e, principalmente, considera a particularidade do local (BARCELLOS, BUZAI, HANDSCHUMACHER, 2018).

Compreender os contextos nos quais os problemas de saúde se manifestam é uma das preocupações centrais da Geografia da Saúde, pois é a partir dessa leitura que se torna possível interpretar a dinâmica do processo saúde-doença e doença-atenção, possibilitando uma atuação mais efetiva no território. No entanto, seu desafio é conseguir relacionar como as particularidades de cada problema de saúde se conecta como processos gerais, como a globalização (BARCELLOS, BUZAI, SANTANA, p.4, 2018).

Dessa maneira, a Geografia da Saúde investiga compreender o contexto que ocorrem os problemas de saúde, como se manifestam no território, com uma visão da saúde ampliada, indo da prevenção da doença ou do agravo até as questões de acesso ao serviço de saúde. Atuar nos problemas de saúde requer examinar todas as conexões do evento que acontece no território. Dessa maneira, será possível ter efetividade nas ações de saúde, com a integração de todos os dados e a atuação em todos os níveis da manifestação do problema. Por isso, a geografia da saúde atua para atingir a melhoria na qualidade de vida da população (BARCELLOS, 2020).

Conforme discutido acima, a ideia de contexto está intrinsecamente relacionada com o conceito de território. Para Gondim e Monken (2018), o território constitui a base material do contexto, é o espaço onde a vida acontece, onde é possível compreender os modos de vida quanto o processo saúde-doença, isso feito a partir da perspectiva da leitura do uso do território. Complementando essa perspectiva, Monken (2008) acrescenta ainda que os contextos do uso do território são produzidos pela reprodução material da vida cotidiana, sendo formados por múltiplos usos do território, refletindo uma rede de interação - social, político, econômico, cultural e territorial – e, nesse sentido, o uso do território configura-se como o cenário onde se expressa a dinâmica específica de cada contexto.

Essa perspectiva torna-se especialmente relevante quando analisada sob a ótica das ESP, por duas razões fundamentais. A primeira diz respeito à capilaridade da APS, único nível atenção presente em todos os municípios brasileiros (FARIA, 2018), e também por ser no território que as ESP acontecem. A segunda razão se refere à base territorial sobre a qual o SUS está estruturado, ou se propõe a executar, a qual deve sustentar a operacionalização dos atributos da APS, ou seja, porta de entrada, resolutiva, coordenadora das ações e conhecer sua população (FARIA, 2013).

Diante do exposto, fica evidente que compreender o processo saúde-doença a partir da ideia de contexto e do conceito de território pode contribuir para uma atuação mais efetiva da APS, especialmente em momentos de ESP. A interpretação da Geografia da Saúde, ao integrar as dimensões — sociais, ambientais, econômicas e políticas — contribui para uma leitura ampliada da saúde. Nesse sentido, a articulação entre o território e os atributos da APS torna-se uma estratégia essencial para promover respostas mais oportunas, integradas e equitativas diante das ESP.

1.1.3 O papel da Geografia da Saúde em momentos de crise sanitária

Não pretendemos com esse tópico esgotar todos os marcos históricos da Geografia da Saúde como uma área científica, mas sim discutiremos como um campo em constante desenvolvimento e que dialoga com outras ciências, evidenciado sua contribuição científica no campo da saúde.

A relação da Geografia com a saúde não é uma ideia nova, o paradigma hipocrático para muitos autores (GUIMARÃES, PICKENHAYN, LIMA 2014; GUIMARÃES 2015,) é o primeiro marco dessa relação, mesmo antes da Geografia se caracterizada como ciência. Os primeiros exemplos de trabalhos que abordam a relação do ambiente na saúde incluem o médico alemão Leonhard Ludwig Finke, sua obra “An attempt at a general medical-practical geography (Versuch einer allgemeinen medicinischpraktischen Geographie)”, publicada em 1792, composta por três partes: a geografia das doenças, geografia da nutrição e geografia da atenção médica, foi considerada a primeira no campo de estudo de Geografia Médica (BARCELLOS, BUZAI, HANDSCHUMACHER, 2018). Outro pioneiro foi o médico anestesiologista John Snow com o estudo da distribuição espacial de óbitos por cólera na cidade de Londres utilizando recursos cartográficos em 1854 (MAZETTO 2008).

No século XX dois sistemas teóricos-conceituais e metodológicos de diálogo entre Geografia e a epidemiologia foram desenvolvidos, o primeiro do parasitologista russo Evgeny Nikanorovich Pavlovsky, criou na década de 1930 a teoria do Foco Natural de Doenças Transmissíveis, a qual relaciona o espaço geográfico com a circulação dos agentes das doenças transmissíveis, sem relacionar a ação humana (VIEITES, FREITAS, 2007). Já o geógrafo francês Maximilian Sorre desenvolveu sob influência da teoria possibilista de Vidal de La Blache, a teoria dos Complexos Patogênicos (MAZETTO 2008), essa nova ideia aborda a atividade humana na transformação da natureza (meio físico e biológico) e os possíveis impactos epidemiológicos (FERREIRA, 1991). No Brasil, dois autores que se destacaram com estudos na área de saúde e ambiente são o médico e geógrafo Josué de Castro e suas obras Geografia da Fome e Geopolítica da Fome (MAZETTO 2008). E o sanitarista e parasitologista Samuel Barnsley Pessoa, inspirado pelas ideias de Pavlovsky, estudou as principais endemias no Brasil na sua época considerando os determinantes sociais (VIEITES, 2014).

Ao longo do seu desenvolvimento, várias denominações foram adotadas por diferentes países - Topografia Médica, a Geografia da Topografia Médica, Geografia das Patologias, Geomedicina, Geoepidemiologia, Ecologia Médica, Geografia Médica e

Geografia da Saúde (ROJAS, 1998). No entanto, seu reconhecimento oficial foi a partir do Congresso da União Geográfica Internacional (UGI), realizado em Lisboa em 1949 (VIEITES, FREITAS, 2007).

Posteriormente, no novo UGI em 1976, realizado em Moscou, houve de fato a alteração da denominação de Geografia Médica para Geografia da Saúde. É nesse momento que há um marco evolutivo, a inclusão de duas perspectivas: a geografia das doenças considerada tradicional, debruçada nos estudos de distribuição espacial das doenças e seus aspectos ecológicos; e, a geografia dos serviços de saúde mais abrangente e sistemática, com interesse no binômio doença-atenção, no planejamento e recursos do sistema de saúde e estudos sobre processos de difusão e risco de saúde (BARCELLOS, 2003; PICKENHAYN, 2008; ROJAS; BARCELLOS, BUZAI, HANDSCHUMACHER, 2018).

A vista disso do que foi exposto, é possível identificar que na maior parte do tempo, os não geógrafos, buscaram ao longo da história a ciência geográfica para compreender a relação do ambiente com a saúde de diferentes maneiras. O trabalho de Rojas e Barcellos (2003) já apontava para o interesse maior dos não geógrafos na aproximação entre geografia e a saúde. Por outro lado, o trabalho de Porto, Gurgel e Catão (2022), apresenta um avanço da Geografia da Saúde na ciência geográfica, apesar da ainda limitada oferta de disciplina e da possibilidade de desenvolvimento no ensino da temática no Brasil.

A geografia no campo da saúde se desenvolveu contribuindo de várias formas, (GUIMARÃES, PICKENHAYN, LIMA 2014). A Geografia da Saúde progrediu, superou as questões ecológicas e percorreu novos caminhos (PICKENHAYN, 2008). Diferentes trabalhos com abordagem em análises espaciais, estudos de distribuição espacial de doenças e também com trabalhos com base no pensamento crítico (GUIMARÃES, 2016). O avanço da tecnologia permitiu a abordagem de estudos ecológico-geográficos, de climatologia e meteorologia com a geografia (PEITER, 2019). Outras temáticas de convergência entre geografia e saúde correspondem as questões de acesso e a qualidade da assistência, identificação de áreas de risco, efeitos das desigualdades sociais e da segregação socioespacial, gestão dos serviços e sistemas de saúde, práticas de saúde nas comunidades etc. (BARCELLOS, 2020). Além de contribuições em temas como vigilância em saúde, atenção à saúde e de promoção à saúde (BARCELLOS, BUZAI, SANTANA, 2018).

Em vista de tudo o que foi mencionado até agora, é possível reconhecer que há diferentes temáticas e caminhos metodológicos dentro do campo de estudos da Geografia da Saúde, essa dinâmica demonstra uma Geografia da Saúde aplicada à saúde para compreender e atuar nas questões de saúde (BARCELLOS, BUZAI, HANDSCHUMACHER, 2018).

Até agora, a tese buscou argumentar que a Geografia da Saúde tem um papel essencial para o setor saúde, do mesmo modo para momentos de crise sanitária, oferecendo a perspectiva de uma análise territorializada que considere o processo saúde-doença. Em crises sanitárias, como epidemias e pandemias, a Geografia da Saúde possibilita a interpretação de análises espaciais: das doenças, dos determinantes sociais e ambientais e também dos serviços de saúde e da população. Esta seção tentou mostrar que, ao longo do tempo, a disciplina caminhou para o desenvolvimento de novas abordagens que permitem alcançar a complexidade da saúde.

1.2 ESCOPO DA PESQUISA

O presente trabalho aborda a lacuna da atuação da Atenção Primária à Saúde em momentos de crises sanitárias, em particular em situações de Emergências de Saúde Pública. Analisar as repercussões das emergências possibilita o planejamento de medidas que reduzem o risco de exposição das pessoas, além de ser fundamental para o desenvolvimento de novos protocolos de resposta para futuras situações de crise.

A Atenção Primária à Saúde com a sua capilaridade em todos os municípios brasileiros, oferece uma resposta oportuna e coordenada em parceria com a Rede de Atenção à Saúde, além disso, possui equipes multidisciplinares, possibilitando um amplo cuidado na assistência à saúde.

Nesse contexto, para responder a pergunta do presente trabalho, foi elaborado o seguinte percurso que nortearam a pesquisa, os objetivos específicos e a metodologia são apresentados no quadro síntese da pesquisa a seguir (Tabela 1).

Tabela 1: não Quadro síntese da pesquisa com as perguntas de pesquisa, objetivos específicos e metodologia

PERGUNTAS	OBJETIVOS	PROPOSTA METODOLÓGICA
Como a Rede de Atenção à Saúde no Distrito Federal está preparada para responder as Emergências de Saúde Pública?	Compreender como a Rede de Atenção à Saúde no Distrito Federal se organiza para os contextos de emergência de saúde pública.	Pesquisa documental das Emergências de Saúde Pública de nível distrital, ESPIN e ESPII nos anos de 2007 a 2022; Pesquisa documental da organização da rede de atenção à saúde do DF;

Quais ações de vigilância em saúde pública e de atributos essenciais foram desenvolvidas no âmbito da APS nos contextos de emergência em saúde pública?	Identificar as estratégias de vigilância em saúde no âmbito da APS e seus atributos nas Emergências de Saúde Pública de 2007 a 2022	Revisão integrativa das ações de vigilância em saúde desenvolvidas na APS e dos atributos essenciais durante os contextos de Emergências de Saúde Pública; Pesquisa documental das ações de vigilância em saúde no âmbito da APS e dos atributos essenciais no DF durante os contextos de Emergências de Saúde Pública;
Quais as consequências das emergências em saúde pública na APS no DF?	Analisar as consequências das Emergências de Saúde Pública na APS no DF a partir dos indicadores.	Levantamento e tratamento dos dados secundários da APS: cobertura, SINAN, SRAG, ICSAP; Identificação e elaboração de indicadores da Atenção Primária; Construção de gráficos e mapas temáticos;
Como duas UBS da RA Estrutural enfrentou ESPIN de COVID-19?	Identificar desafios e lacunas de duas UBS na resposta a ESPIN de COVID-19;	Questionário estruturado com os profissionais de saúde das UBS SCIA/Estrutural;

O recorte de tempo da pesquisa compreende o momento que o Regulamento Sanitário Internacional entrou em vigor, sendo assim a partir de 2007, marco fundamental para a análise das Emergências de Saúde Pública, e vai até o ano de 2022. Embora outras Emergências de Saúde Pública tenham sido registradas no Distrito Federal após o ano de 2022, estas não foram incluídas na análise, uma vez que o período inicialmente previsto para a conclusão do doutorado se encerraria em março de 2024. Contudo, devido ao trancamento temporário da matrícula por razões pessoais, houve prorrogação do prazo final do curso até agosto de 2025.

1.2.1 Recorte temático

Os autores Carmo e Teixeira (2020) apontam para duas questões fundamentais A primeira refere-se à escassez de estudos que abordem o conceito de Emergência em Saúde Pública, mesmo com sua ampla aplicação no campo da saúde pública e do aumento da sua frequência após a aprovação do RSI em 2005. A segunda diz respeito à própria definição de Emergência de Saúde Pública, para os autores, em situações de epidemias por doenças infecciosas os critérios estão bem estabelecidos, todavia, para outros eventos agudos de saúde, ainda não há uma delimitação clara, sendo este um campo que necessita de maior desenvolvimento conceitual.

A natureza dos desastres, das Emergências em Saúde Pública, das epidemias e pandemias é complexa e dinâmica, a manifestação desses eventos não ocorre em um

espaço vazio, são determinados pela relação homem/natureza, que são influenciados por processos econômicos, políticos, ambientais, sociais, culturais e sanitários (FREITAS et al. 2019; FREITAS, OLIVEIRA, BARCELLOS, 2020). Os eventos agudos de saúde pública afetam a vida das pessoas direta ou indiretamente, gerando diferentes tipos de impacto e de modo potencializado nas populações mais vulneráveis (CARMO, 2008).

A abordagem geográfica da organização dos serviços de saúde, também denominada Geografia dos Serviços de Saúde, tem como foco a análise da disposição desses serviços no território. Essa perspectiva vai além da dimensão geométrica do espaço, integrando as estruturas sociais que moldam o acesso (GUIMARÃES; PICKENHAYN; LIMA, 2014). Nesse sentido, esse trabalho utiliza-se da abordagem geográfica da organização dos serviços de saúde, onde a compreensão do contexto é fundamental para a análise geográfica em saúde, especialmente relevante quando se trata da produção social da saúde e em consonância com as crises sanitárias.

As emergências sanitárias têm consequências para populações locais e para os serviços de saúde, uma maneira oportuna de atuação é a articulação entre vigilância em saúde e a APS (PRADO et al. 2021). A Atenção Primária à Saúde no Brasil está presente em 100 % de todos os 5.570 municípios (CNES, 2024) e é responsável por uma população adstrita, é a porta de entrada no sistema de saúde e tem o objetivo de atuar de modo territorializada, conhecendo os determinantes sociais da saúde do seu território. Além disso, a atuação das equipes da APS pode proporcionar uma resposta oportuna e coordenada em situações de Emergências de Saúde Pública, em razão da sua composição interdisciplinar e integração com a vigilância em saúde (WYNN, MOORE, 2012)

Dessa maneira, o debate do uso do termo Emergência de Saúde Pública é interdisciplinar e ainda carece de discussões e aplicação empírica, em razão das suas diferentes causas. É essencial compreender os contextos dos territórios, o planejamento dos serviços de saúde para possibilitar respostas mais oportunas e efetivas. É impossível sanar as crises sanitárias, pois são resultados do uso e ocupação espacial, no entanto, é possível aprender com as crises passadas e construir territórios resilientes e saudáveis.

Em resumo, o recorte temático da presente pesquisa parte do campo teórico da Geografia da Saúde, a partir da dicotomia saúde-doença-atenção para compreender os contextos de Emergências de Saúde Pública no Distrito Federal, a partir da introdução do Regulamento Sanitário Internacional no Brasil, em 2007, analisando a atuação da Atenção Primária à Saúde, serviço de saúde territorializado, ou seja, tem suas ações organizadas conforme o território que atua.

1.2.2 Recorte geográfico

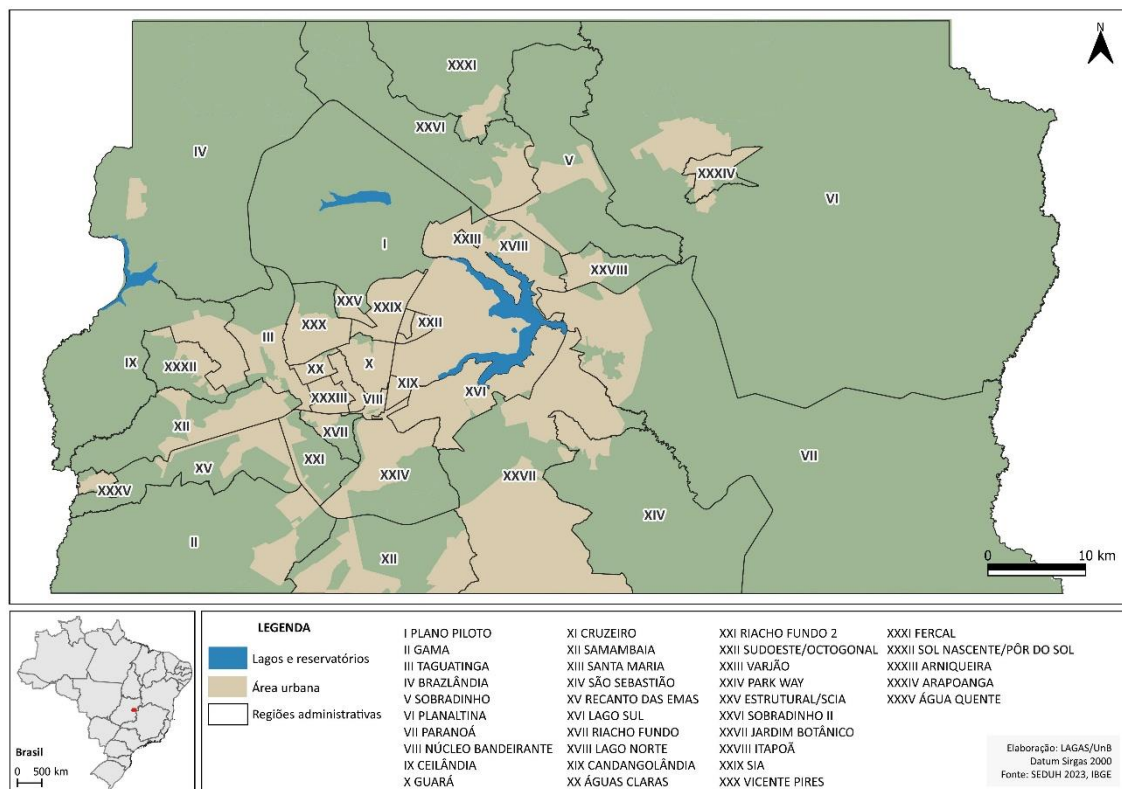
1.2.2.1 O Distrito Federal

Para compreender o contexto da organização do serviço de saúde do Distrito Federal, é preciso primeiro olhar para a capital do país. Brasília é um projeto de arte urbanística moderna, criada com a intenção de ser uma cidade-parque, todavia esse projeto ficou limitado apenas para a região do Plano Piloto, não incluindo as demais Regiões Administrativas (RA), também denominados de cidades-satélites (GIOVENARDI, 2020).

Brasília é considerada uma cidade jovem, com 64 anos em 2024. Planejada para sediar a capital do país, desde sua origem atraiu correntes migratórias para o mercado de trabalho, a primeira grande leva de migrantes foi para a construção da cidade. Paralelamente, porém, ocorreram processos de invasões e o surgimento de núcleos periféricos destinados a abrigar a população que atuava nos canteiros de obras do Plano Piloto (FERREIRA, 2010).

O Distrito Federal é unidade federativa autônoma, é um ente federativo especial, o qual acumula competências legislativa de Estados e Municípios. De acordo com a resolução constitucional de 1988, não é permitido sua divisão em municípios. O DF possui uma área de 5.779 km², está localizado na Região Centro-Oeste do Brasil, no Planalto Central, com uma altitude que varia de 750m e 1.350m, uma região importante de nascentes para as bacias hidrográficas do Brasil. Está inserido no bioma Cerrado, possui clima tropical, com períodos bem definidos de chuva e de seca ao longo do ano. É dividido em Regiões Administrativas, cada região possui um administrador indicado pelo governador do DF (CODEPLAN, 2020b). No final do ano de 2022 duas novas regiões foram criadas, totalizando 35 RAs (BRASIL, 2022) (Figura 2).

Figura 2: Mapa do Distrito Federal

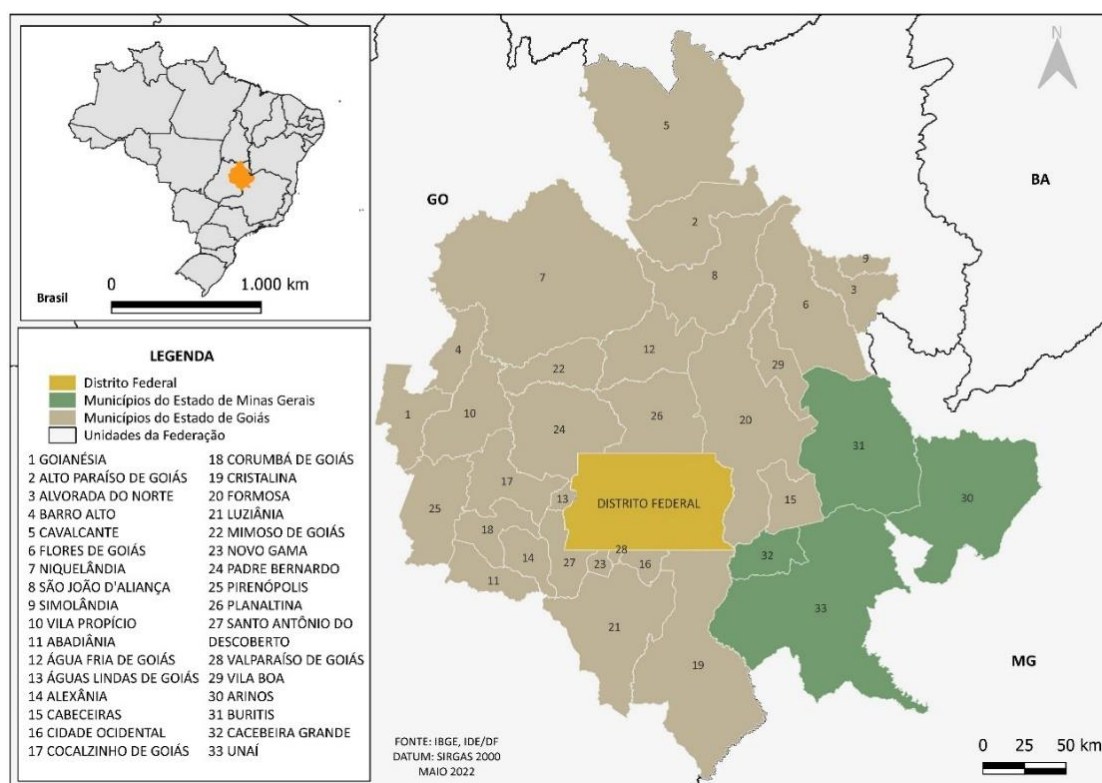


Fonte: IBGE 2022 e SEDUH 2022.

Os dados da Pesquisa Distrital Por Amostra de Domicílios (PDAD) de 2021 revelaram que a população do Distrito Federal era de 3.010.881 pessoas, sendo a RA Ceilândia a região mais populosa do DF, Samambaia é a segunda, seguido do Plano Piloto, a qual abarca as regiões da Asa Norte, Asa Sul, Vila Planalto e Noroeste e de Taguatinga.

O DF pertence a configuração da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE/DF), uma região caracterizada por intensa interação econômica e voltada à articulação de ações planejamento e desenvolvimento de políticas públicas. Segundo os dados do Censo de 2022, a população da RIDE atingiu 4.483.006 habitantes, dos quais 62,8% são residentes do DF (IPEDF, 2024). Instituída pela Lei Complementar N° 94/ 1998 e estendida para mais municípios em 2008, a RIDE é composta pelo Distrito Federal, 4 (quatro) municípios de Minas Gerais e 29 (vinte e nove) municípios de Goiás (Figura 3). Sua principal finalidade é promover a articulação administrativa entre a União, os estados e os municípios, visando o desenvolvimento integrado da região (CODEPLAN, 2018; 2020b).

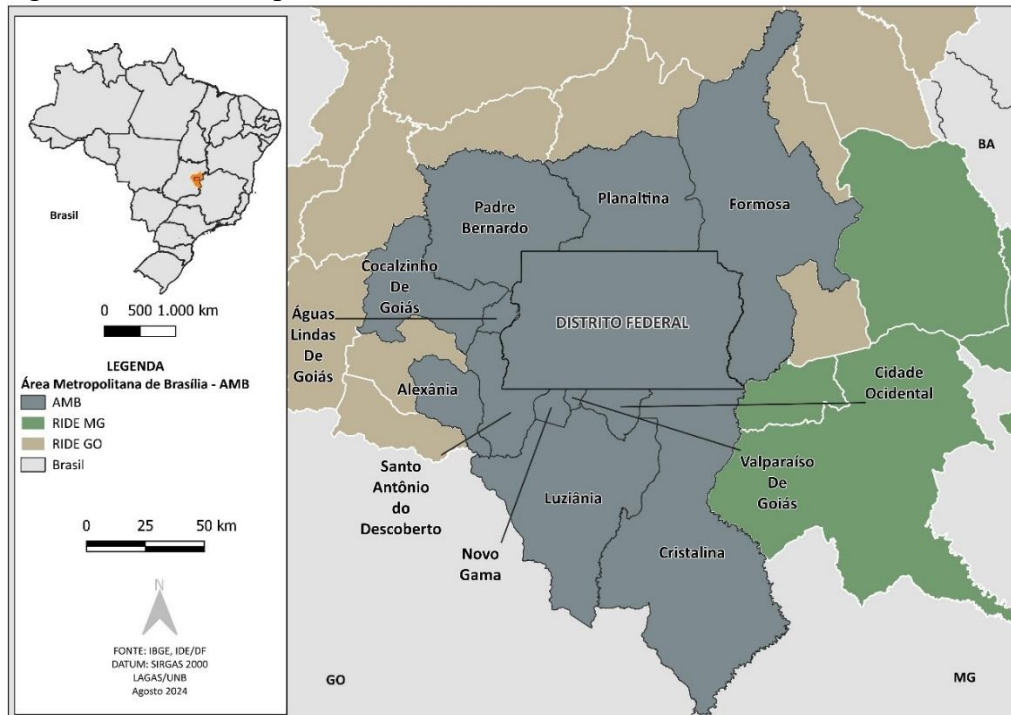
Figura 3: Mapa de localização da RIDE



Fonte: IBGE 2022 e IDE-DF 2022

A RIDE compõem um desenho de rede urbana, de hierarquia de cidades, formado por uma metrópole, o Distrito Federal, onde confluem todas as vinculações, exercendo a função de centralidade, e as demais regiões de influência (as cidades dos estados de Minas Gerais e de Goiás) (CODEPLAN, 2018; 2020b). Em 2014 foi definida a Área Metropolitana de Brasília (AMB) pela Codeplan, localizada dentro da RIDE-DF, formada por 12 municípios goianos: Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Cristalina, Formosa, Luziânia, Novo Gama, Padre Bernardo, Planaltina-GO, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso de Goiás (Figura 4). Dentre as diferentes razões para a criação desse novo recorte territorial, está o uso de equipamentos públicos, como o de saúde (CODEPLAN, 2019).

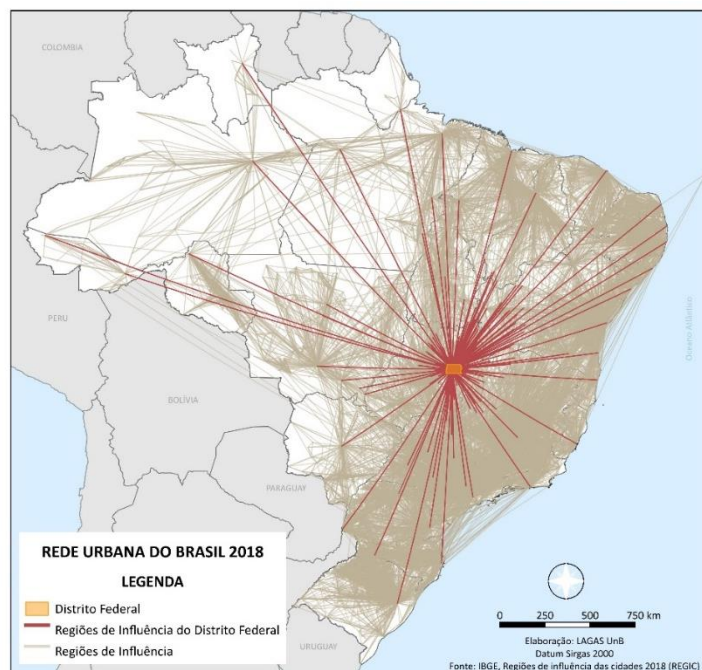
Figura 4: Área Metropolitana de Brasília



Fonte: IBGE 2022 e IDE-DF 2022.

A nível nacional, o DF é um importante centro polarizador, é considerada uma metrópole nacional, exercendo a função de elo final da rede urbana, onde convergem outros centros urbanos. Segundo estudo “Regiões de Influência das Cidades” (REGIC) do IBGE (2018), a rede urbana de Brasília corresponde a 20% do território nacional, é a maior do país, ligando a 10 (dez) estados e a 277 (duzentos e setenta e sete) cidades. Possui o terceiro maior PIB *per capita* e forte influência em virtude das relações de gestão pública (Figura 5).

Figura 5: Regiões de influência do Distrito Federal

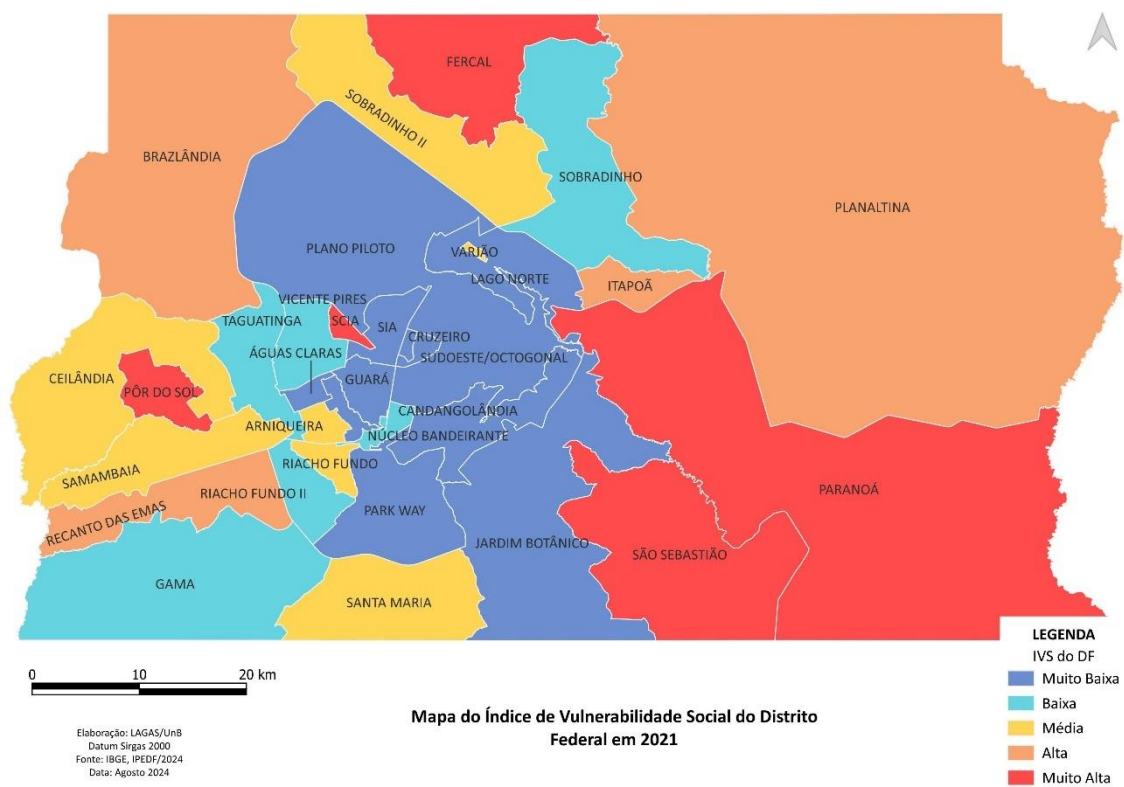


Fonte: IBGE, 2018.

Considerando todos os estados brasileiros, o DF apresenta o melhor resultado do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (IBGE, 2021), no entanto, ao olhar para a escala de dentro do Distrito Federal, internamente há grandes desigualdades regionais. As RAs apresentam uma heterogeneidade entre seus territórios, dispõem de diferentes condições de habitação, de infraestrutura, ambientais, de mobilidade e serviços coletivos urbanos ofertados.

O Índice de Vulnerabilidade Social do Distrito Federal (IVS-DF), que tem como finalidade expressar as condições de vida da população no DF. O IVS-DF é um índice sintético dividido em três dimensões: infraestrutura e ambiente urbano, capital humano e renda e trabalho, e composto por dezenove indicadores. A análise do IVS-DF reflete a disparidade das regiões, existe uma similaridade quando comparados os locais que detêm as melhores condições com a renda domiciliar alta e média (CODEPLAM, 2021). De acordo com os dados, as cinco regiões administrativas mais vulneráveis, com os piores resultados são respectivamente: SCIA/Estrutural, Sol Nascente/Pôr do Sol, Fercal, São Sebastião e Paranoá. Em contrapartida, as regiões Lago Sul, Sudoeste/Octogonal, Plano Piloto e Cruzeiro, estão, na sua maioria localizadas no centro do DF e apresentam os melhores resultados (Figura 6). Essas contradições impõem a organização do serviço de saúde um grande desafio para a sua configuração e estruturação (Tasca et al., 2019).

Figura 6: Índice de Vulnerabilidade Social do Distrito Federal no ano de 2021



Fonte: IPEDF, 2024 e IBGE 2022.

Os dados do PDAD2021 revelam que regiões como Ceilândia, Samambaia e Plano Piloto apresentam as maiores concentrações populacionais, enquanto áreas como SIA, Varjão e Park Way possuem populações significativamente menores, com menos de 10 mil habitantes. Quanto a renda e o IVS, percebe-se que RAs como Lago Sul, Lago Norte e Plano Piloto são classificadas como de renda "alta" ou "média-alta", a região de saúde central, onde estão localizadas essas mesas RA, também é o local com as menores baixas de vulnerabilidade social. Em contrapartida, as regiões periféricas como Itapoã, Estrutural, Sol Nascente/Pôr do Sol e Varjão possuem as menores rendas "baixa" ou "muito baixa" e também apresentam IVS "muito alta", refletindo condições sociais precárias. Esses dados evidenciam as desigualdades territoriais no DF, com regiões mais populosas e periféricas acumulando maior vulnerabilidade social e menor renda (Tabela 2).

Tabela 2: Desigualdades socioeconômicas e demográficas do DF em 2022.

Região de Saúde	Região Administrativa	População		Grupo de renda familiar	IVS
		N	%		
Central	Cruzeiro	29.930	0,99%	Média-alta	Muito Baixa
	Lago Norte	37.539	1,25%	Alta	Muito Baixa

	Lago Sul	29.857	0,99%	Alta	Muito Baixa
	Plano Piloto	224.848	7,47%	Alta	Muito Baixa
	Sudoeste/Octogonal	55.366	1,84%	Alta	Muito Baixa
	Varjão	8.663	0,29%	Baixa	Média
Centro-Sul	Candangolândia	15.881	0,53%	Média-alta	Baixa
	Guará	142.083	4,72%	Média-alta	Muito Baixa
	Núcleo Bandeirante	22.527	0,75%	Média-alta	Baixa
	Park Way	23.081	0,77%	Alta	Muito Baixa
	Riacho Fundo	43.557	1,45%	Média-baixa	Média
	Riacho Fundo II	72.279	2,40%	Baixa	Baixa
	SCIA/Estrutural	36.433	1,21%	Baixa	Muito Alta
	SIA	1.262	0,04%	Média-alta	Muito Baixa
Leste	Itapoã	62.558	2,08%	Baixa	Alta
	Jardim Botânico	53.045	1,76%	Alta	Muito Baixa
	Paranoá	67.784	2,25%	Baixa	Muito Alta
	São Sebastião	117.578	3,91%	Baixa	Muito Alta
Norte	Arapoanga	*	*	*	*
	Fercal	9.180	0,30%	Baixa	Muito Alta
	Planaltina	186.498	6,19%	Baixa	Alta
	Sobradinho	73.438	2,44%	Média-alta	Baixa
	Sobradinho II	75.560	2,51%	Média-baixa	Média
Oeste	Brazlândia	54.772	1,82%	Baixa	Alta
	Ceilândia	350.347	11,64%	Média-baixa	Média
Sudoeste	Água Quente	*	*	*	*
	Águas Claras	120.107	3,99%	Alta	Muito Baixa
	Arniqueira	46.723	1,55%	Média-alta	Média
	Recanto das Emas	131.951	4,38%	Baixa	Alta
	Samambaia	247.629	8,22%	Média-baixa	Média
	Sol Nascente/Pôr do Sol	90.574	3,01%	Baixa	Muito Alta
	Taguatinga	210.498	6,99%	Média-alta	Baixa
	Vicente Pires	78.561	2,61%	Média-alta	Baixa
Sul	Gama	137.331	4,56%	Média-baixa	Baixa
	Santa Maria	130.970	4,35%	Média-baixa	Média
Distrito Federal		3.010.881	100,00%		

Fonte: CODEPLAN/PDAD 2021. (*): As RA Arapoanga e Água Quente foram criadas no final de 2022. Arapoanga integrava Planaltina, enquanto Água Quente era parte de Samambaia e Recanto das Emas

1.2.2.2 RA XXV SCIA/ Estrutural

Este trabalho integra um estudo mais amplo intitulado “Infecções por SARS-CoV-2 no Distrito Federal e RIDE, validação de testes de diagnóstico, vigilância ambulatorial e custos catastróficos relacionados a COVID-19 em área vulnerável”, tendo como áreas de análise e obtenção de dados primários as Unidades Básicas de Saúde (UBS) nº 1 e 2 da Região Administrativa (RA) XXV SCIA/Estrutural no Distrito Federal, o período de atividade de campo compreendeu de março de 2021 a setembro de 2023. Essa pesquisa foi coordenada por pesquisadores do Núcleo de Medicina Tropical (NMT) da UnB e

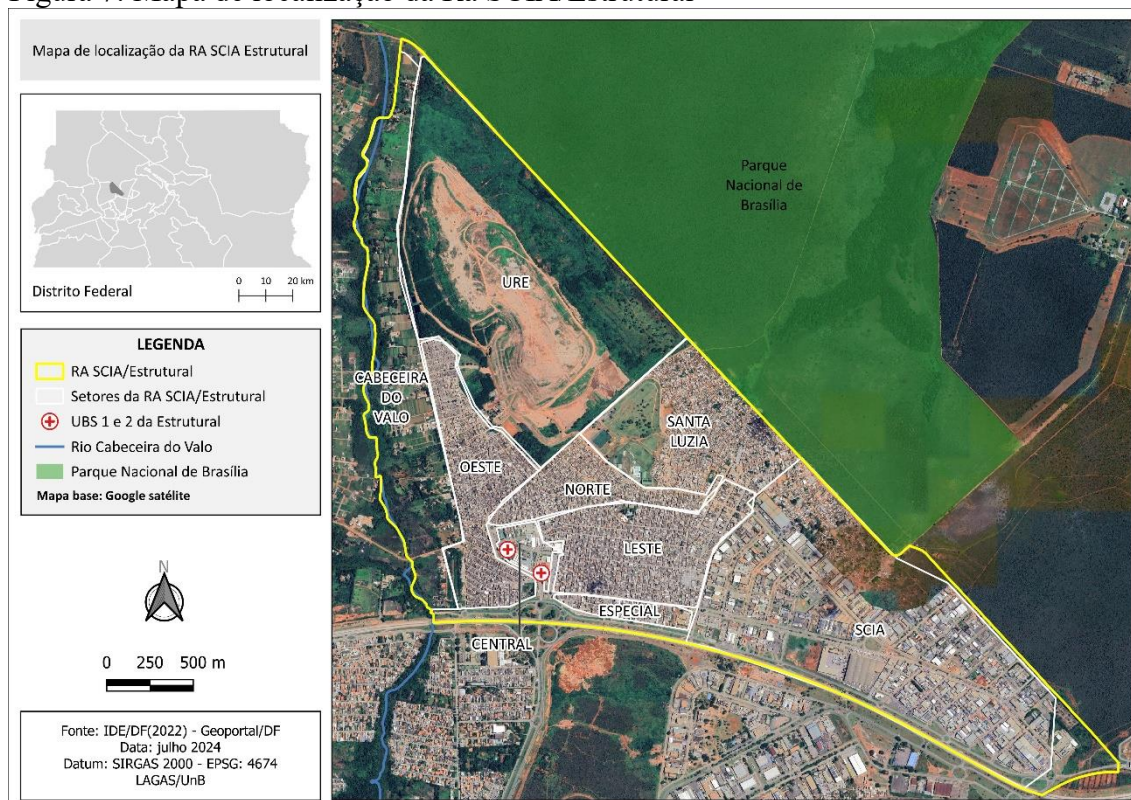
financiada pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal e Ministério da Educação. Em razão das observações realizadas em campo ao longo do desenvolvimento do projeto, optou-se por restringir a aplicação dos questionários às duas unidades mencionadas, cujos resultados serão apresentados no capítulo 4.

A presente tese compõe o projeto citado anteriormente, previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o número de protocolo: 39866620.4.0000.5558 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina (CEP/FM) da Universidade de Brasília. Também houve a autorização da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), por meio da Direção de Atenção Primária da região Centro-Sul, bem como da Gerência da Unidade Básica de Saúde localizada na RA XXV SCIA/Estrutural.

O projeto de pesquisa “Infecções por SARS-CoV-2 no Distrito Federal e RIDE” consistiu em um estudo de coorte clínica, de caráter observacional. Seu objetivo geral foi implementar uma vigilância de base ambulatorial — ou seja, realizada em uma unidade de saúde ou voltada a uma população específica (WALDMAN, 1998) — em uma UBS. Entre os objetivos específicos, destacaram-se: estimar a prevalência da infecção pelo vírus SARS-CoV-2, caracterizar o perfil clínico, sociodemográfico, socioeconômico e epidemiológico dos participantes, e realizar o monitoramento espaço-temporal da prevalência dos casos positivos de COVID-19. A Região Administrativa Estrutural foi escolhida para o desenvolvimento do estudo por ser considerada a área mais vulnerável do Distrito Federal, segundo os indicadores sociais disponíveis (CODEPLAN, 2020).

A RA Estrutural é formada pelo Setor Complementar de Indústria e Abastecimento e a Cidade Estrutural, localizada na porção noroeste do Distrito Federal, faz divisa com as RA SIA e Vicente Pires, está a aproximadamente a 8 km do Plano Piloto, região central do Distrito Federal (Figura 7). A RA possui em sua fronteira três cenários distintos, a leste limita-se com uma área de proteção integral, o Parque Nacional de Brasília, a sul às margens da rodovia DF-095, conhecida como “Via Estrutural” e uma área urbana, e a oeste uma área rural de uso controlado.

Figura 7: Mapa de localização da Ra SCIA/Estrutural



Fonte: IDE/DF 2022.

A RA SCIA/Estrutural é considerada uma das mais vulneráveis do Distrito Federal, concentrando aproximadamente 38 mil habitantes, o que representa 1,28% da população total do DF. Segundo dados da CODEPLAN (2020), apresenta o pior Índice de Vulnerabilidade Social do DF, estando inserida na faixa de menor rendimento, com média de R\$ 1.327,51. Destaca-se ainda pela elevada dependência do sistema público de saúde, uma vez que apenas 5% de seus residentes possuem plano de saúde privado. Além disso, observa-se uma baixa escolarização formal, com apenas 4,6% da população com ensino superior completo (GDF, 2020; 2021).

Em relação ao uso do solo, a RA SCIA SCIA/Estrutural apresenta diferentes contextos: uso residencial, uso misto, comercial e institucional. Ao todo, a RA apresenta 7 setores, além da região de Santa Luzia e da Unidade de Recolhimento de Entulho (URE), antigo lixão da Estrutural. O setor SCIA praticamente não há residências, somente indústrias e comércio automobilístico, assim como no setor central, com os equipamentos públicos e comércios. Os demais setores: oeste, especial, norte e leste possuem residências e comércios. A região Cabeceira do Valo é considerada uma área rural e Santa Luzia é uma área de ocupação irregular, ainda não há informações oficiais do seu uso (SEGTH, 2017).

1.3 PERCURSO METODOLÓGICO

Para responder à questão de pesquisa, adotou-se uma abordagem qualitativo-quantitativa, utilizando procedimentos e ferramentas provenientes de ambos os métodos. O método quantitativo utiliza de procedimentos sistemáticos para descrever e explicar o fenômeno em questão, empregando a quantificação da coleta de informação e o seu tratamento por meio de técnicas de estatísticas. Por sua vez, os estudos qualitativos são aplicados com objetivo de compreender a complexidade de fenômenos sociais e seus processos dinâmicos (RICHARDSON, 2008).

Conforme Minayo (2014), existem várias formas concretas de se fazer cientificidade, apesar do grande desafio da integração dos métodos. Quando utilizados de forma complementar, esses métodos contribuem para uma construção mais abrangente da realidade. No presente estudo, a abordagem qualitativa envolveu revisão bibliográfica e documental, voltada à identificação das ESP e das ações estratégicas da APS. Já a dimensão quantitativa teve foco nos indicadores espaciais dos agravos emergentes, dengue e COVID-19, de cobertura da APS e das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP).

O trabalho apresenta uma abordagem articulada por triangulação, combinando diferentes estratégias de coleta de dados: aplicação de questionário, revisão integrativa e bibliográfica e a análise espacial. A triangulação de métodos, proposto por Minayo, Assis e Souza (2005), possibilita a combinação de diferentes estratégias de pesquisas científicas, permitindo ampliar o universo do objeto de pesquisa, a articulação de diferentes estudos e perspectivas, e principalmente, a superação da dicotomia entre o qualitativo e o quantitativo.

1.3.1 Revisão bibliográfica: revisão integrativa e de documento

A primeira parte do trabalho se refere às revisões de literatura. A primeira corresponde a revisão integrativa da atuação da APS nos contextos de emergência em saúde pública. A segunda corresponde a revisão documental das Emergências de Saúde Pública no Brasil e no Distrito Federal e também as estratégias da APS nos contextos de emergência entre os anos de 2007 a 2022.

A revisão integrativa é um método criterioso que tem o objetivo de sintetizar o conhecimento de uma determinada questão de forma sistemática, resultando em um panorama consistente, seja de conceitos, teorias ou de questões (SOUZA, SILVA,

CARVALHO, 2010; ERCOLE, MELO, ALCOFORADO, 2014). É também um instrumento da Prática Baseada em Evidências (PBE), um movimento que tem a finalidade de unir a teoria com a prática para uma conduta segura, consiste em uma abordagem que auxilia na tomada de decisão, utilizando evidências científicas e avaliação crítica. Além disso, pode proporcionar a síntese do estado do conhecimento de determinado assunto, ademais a revisão integrativa permite identificar hiatos do conhecimento que necessitam de novos estudos (SOUZA, SILVA, CARVALHO, (2010), no caso do presente estudo, consiste em identificar a atuação da APS nos contextos de emergência de saúde pública, principalmente nas estratégias de prevenção, preparação, durante e após as ESP.

Segundo os autores Mendes et al. (2008) e Souza, Silva e Carvalho (2010), o método da revisão integrativa combina trabalhos teóricos e empíricos, sua construção compõe, de maneira organizada, seis fases do processo de elaboração, que são:

1º - Questão da pesquisa ou identificação do tema: inicia-se com a definição da pergunta de pesquisa ou a formulação de uma hipótese;

2º - Critério de busca na literatura: definição de bases de dados, podendo ser de diferentes maneiras, online ou manual e dos critérios de inclusão e exclusão, deixando explícito os parâmetros e a justificativa;

3º - Coleta de dados: categorização dos estudos, compreende a definição das informações extraídas dos estudos selecionados através de um instrumento que deve ser elaborado antes da coleta, com a finalidade de garantir a totalidade dos dados apurados e também um registro do resultado da pesquisa, ou seja, a organização e sumarização das informações encontradas;

4º - Avaliação crítica dos estudos: corresponde a análise crítica e detalhada dos dados, esta etapa exige a organização dos resultados de forma hierárquica, de acordo com o delineamento da pesquisa;

5º - Discussão e interpretação dos resultados: discussão dos principais resultados da revisão com o referencial teórico do trabalho. Nesse momento, é possível identificar as possíveis lacunas e sugestões para pesquisas futuras;

6º - Apresentação da revisão integrativa: visualização, síntese do conhecimento produzido na revisão, pode ser apresentado através de Tabelas, gráficos, quadros ou framework.

Nesse sentido, a presente revisão integrativa seguiu os pressupostos metodológicos de acordo com Mendes et al. (2008) e Souza et al. (2010), e tem como

questão de pesquisa: como a Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal respondeu os eventos de Emergência em Saúde Pública?

Para a busca das referências, foram utilizadas as bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), o Portal Regional de Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e o portal PubMed. As buscas foram realizadas com o uso das seguintes expressões entre aspas: *Atenção Primária à Saúde, Vigilância em Saúde Pública, Primary Health Care, Public Health Surveillance, International Health Regulations, Public Health Emergencies, Emergencies, Surge Capacity, Dengue, Zika e COVID-19*.

Para alcançar um número maior de achados, os descritores foram aplicados em todos os campos de indexação das bases. O operador booleano “and” foi combinado com o descritor *Atenção Primária à Saúde e Primary Health Care* com as expressões. A busca resultou em 1155 publicações iniciais. Não houve a delimitação do período dos trabalhos, ficando livre para publicações até o ano de 2023. As buscas foram realizadas entre os meses de janeiro a março de 2024.

O critério de inclusão dos artigos considerou a disponibilidade integral dos textos nas bases de dados, nos idiomas português, espanhol e inglês. Foram selecionadas publicações que abordassem a temática da revisão, com foco na atuação da Atenção Primária à Saúde em contextos de Emergência em Saúde Pública, envolvendo doenças classificadas como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional ou Nacional, tais como influenza, dengue, microcefalia e COVID-19. Também foram considerados os estudos que tratavam de situações de desassistência, desastres naturais e das ações de vigilância em saúde no âmbito da APS, desde que relacionadas às ESP ou aos agravos reconhecidos como tal.

Já os critérios de exclusão corresponderam aos trabalhos indisponíveis, duplicados e os que não discorreram sobre a temática de emergência de saúde pública, foram excluídos os textos que abordavam eventos em massa, serviço de emergência e urgência e agravos que não são considerados ESP, ESPIN ou ESPII.

Na etapa seguinte, foi realizada a seleção dos trabalhos. Para isso, foi realizada a leitura de todos os resumos dos trabalhos encontrados nas bases de dados, sendo excluídas as duplicidades. A fim de classificar os trabalhos selecionados, foi elaborado um instrumento específico para a categorização dos estudos, extração das informações e análise das evidências (Tabela 3). Os critérios definidos para essa etapa seguiram o desenho da pesquisa, que tem como foco as ações da Atenção Primária à Saúde no

contexto de Emergências de Saúde Pública. Assim, foram estabelecidas duas categorias analíticas: o processo de trabalho e as ações de vigilância no âmbito da APS.

Tabela 3: Instrumento de categorização da análise integrativa

IDENTIFICAÇÃO	
Título do artigo:	
Título do periódico:	
Idioma do trabalho:	
Ano de publicação:	
País do estudo:	
CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO	
Tipo de emergência	() ESPII; () ESPIN; () emergência de saúde pública de nível distrital/estadual;
Tipo de agravo ou situação de emergência:	
1. Processo de trabalho da APS; Identificar os atributos (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural);	
2. Ações de Vigilância em Saúde executadas na APS;	

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados da revisão integrativa estão no capítulo 3, quando é abordado a análise dos atributos da APS em Emergências de Saúde Pública e nas estratégias de vigilância em saúde adotadas pela APS nas Emergências de Saúde Pública

A segunda revisão consiste na pesquisa documental, a qual teve como objetivos, identificar as Emergências de Saúde Pública entre os anos de 2007 a 2022, identificar os marcos institucionais de vigilância e as ações da APS no contexto de Emergência de Saúde Pública em documentos oficiais.

A pesquisa documental compreende as fontes primárias, ou seja, sem nenhum tipo de tratamento analítico ou científico, é proveniente, sobretudo, de documentos oficiais como leis, decretos etc. Desse modo, os documentos escolhidos são utilizados para contextualizar determinado fenômeno (GIL, 2008).

A revisão documental foi realizada por meio da consulta a documentos oficiais em nível distrital, do Distrito Federal. Para isso foram utilizados sítios eletrônicos oficiais do diário Oficial da União (<https://www.in.gov.br/servicos/diario-oficial-da-uniao>), do Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal (SINJ-DF) (<https://www.sinj.df.gov.br/sinj/>) e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) (<https://www.saude.df.gov.br/>). A busca foi conduzida com a aplicação dos seguintes descritores: *emergência de saúde pública de importância nacional*, *emergência de saúde pública de importância internacional*, *situação de emergência no âmbito da saúde*

pública, situação de emergência, emergência de saúde pública, Regulamento Sanitário Internacional, Dengue, Aedes aegypti e arboviroses. Como critério de seleção, foram considerados os documentos públicos, de acesso livre e disponíveis na internet.

Os resultados da revisão documental estão nos capítulos 2, na seção sobre organização e coordenação de resposta a emergências no Brasil e no capítulo 4, em mecanismos de resposta as Emergências de Saúde Pública da capital do país.

Para a análise dos dados qualitativos, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo, técnica sistemática de interpretação de dados, constituída em três fases: a pré-análise, consiste na organização; exploração do material, é a codificação, o recorte das unidades, a enumeração e a classificação em categorias; e por última o tratamento dos dados, a interpretação, a validação dos dados (GIL, 2008). Para Bardin (2016) análise de conteúdo consistem em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, é uma forma adaptável. Para a autora, consiste em um método empírico que consiste em algumas regras de suporte para a construção da análise.

Neste trabalho, foram trabalhadas duas dimensões: a organização do trabalho da APS e as ações de vigilância no âmbito da APS, ambos nos contextos de ESP. A primeira possui o objetivo de identificar como os atributos da APS foram desenvolvidos nos contextos de emergência de saúde pública. Já a segunda, possui identificar as ações de Vigilância em Saúde realizada na esfera da APS. Cabe salientar que as ambas as categorias de análise serão operadas e discutidas também a partir dos questionários com os profissionais.

Ainda de acordo com Bardin (2016), a análise de conteúdo possibilita a classificação dos elementos por meio de critérios estabelecidos. A primeira parte consiste na pré-análise, na definição dos procedimentos, conforme explanado anteriormente. A seguir é a fase de exploração ou codificação do material, nesse momento o material é preparado para facilitar a manipulação. Nesta etapa, os documentos foram organizados no instrumento de categorização da análise no programa Microsoft Excel Office 365. A tabulação das informações foi realizada manualmente, a partir da leitura, foram extraídos trechos dos trabalhos e transformados em unidades de descrição, por meio da regra de: recorte e escolha da unidade, podendo ser um parágrafo, uma frase ou uma palavra; e a classificação, a qual foi feita de maneira interpretativa, considerando a concordância do texto com cada atributo da APS e com as ações de vigilância no âmbito da APS.

1.3.2 Levantamento de dados secundários e primários junto as UBS da RA XXV SCIA/ Estrutural

O questionário é uma técnica das pesquisas qualitativas e aplicadas em trabalho de campo, utilizam-se de um roteiro, uma espécie de guia que possibilita o desenvolvimento dos indicadores do objeto da pesquisa em questão. Para Gil (2008), o questionário é uma técnica de investigação social, apropriado para a coleta de informações do que as pessoas sabem ou sentem. Seu objetivo é compor informações para o objeto da pesquisa através de fonte de dados primários, construindo uma representação da realidade do sujeito (MINAYO, 2014).

As atividades de campo da pesquisa *Infecções por SARS-CoV-2 no Distrito Federal e RIDE* ocorreram entre março de 2021 e dezembro de 2023. Ao longo desses 21 meses, foi possível conhecer de forma aprofundada a realidade local e observar a atuação de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) durante a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) da COVID-19. Em razão da imersão proporcionada pelo trabalho desenvolvido no território, os questionários foram aplicadas exclusivamente aos trabalhadores das UBS localizadas na Região Administrativa SCIA/Estrutural. Durante todo o período de execução da pesquisa, foram realizadas visitas semanais às UBSs, reuniões com a gerência da unidade e participação em algumas reuniões de equipe. Além disso, foram elaborados boletins epidemiológicos com os dados coletados da pesquisa, com o intuito de contribuir para o aprimoramento das informações disponíveis e fortalecer a vigilância em saúde no território.

O objetivo do uso da técnica do questionário, consiste em buscar responder à pergunta norteadora da tese através de dados primários, em campo, com atores importantes que atuaram durante a ESPIN de COVID-19. Foi desenvolvido um roteiro fechado, com questões objetivas e discursivas, divididas em três blocos de conhecimento: o primeiro sobre APS, o segundo sobre Vigilância em Saúde e o terceiro sobre Emergência em Saúde Pública, o modelo está no anexo 1. A aplicação do questionário ocorreu no mês de setembro de 2023, as respostas foram registradas em folhas A4, pelos próprios sujeitos da pesquisa. As respostas foram transcritas integralmente para o software Excel. O resultado está no capítulo 4, em percepções dos trabalhadores: APS, vigilância em saúde e emergência em saúde pública.

1.3.3 Análise espacial dos indicadores de saúde do DF

Nesta etapa foram trabalhados com os dados quantitativos. Para atingir os objetivos da pesquisa, foram selecionados três conjuntos de dados:

- Dados de estrutura da APS: cobertura da APS;
- Dados dos agravos emergentes: dengue e COVID-19;
- Dados do ICSAP.

Conforme destaca Messias et al. (2021), o uso de indicadores de saúde na Atenção Primária é essencial, especialmente por se tratar de um nível de atenção com funções orientadoras, voltadas à promoção da saúde e à prevenção de agravos evitáveis. A essa característica soma-se a ampla capilaridade territorial da APS, que favorece sua presença e atuação nos diversos contextos locais. Nesse sentido, os autores apontam que o uso de indicadores fortalece esse processo, contribuindo de forma significativa para a análise e compreensão do diagnóstico situacional.

Ao longo de sua trajetória no âmbito do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem passado por sucessivos processos de aperfeiçoamento e transformação, expressos em políticas, projetos e outras estratégias que envolvem financiamento, avaliação e gestão. Embora a execução da APS seja de responsabilidade municipal, a formulação das políticas públicas é atribuição do governo federal. Assim, cada proposta implementada reflete as diretrizes e interesses da gestão federal vigente, o que influencia diretamente os modelos adotados de avaliação e financiamento ao longo do tempo

A primeira tentativa consistiu nos Indicadores do Pacto da Atenção Básica, em 2003, um instrumento de gestão entre as três esferas de governo, que tiveram como objetivo em comum metas a serem alcançadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). A composição desse conjunto de indicadores era formado por 10 indicadores principais e 14 complementares.

Em 2011 surgiu uma nova proposta, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (PORTARIA Nº 1.654, DE 19 DE JULHO DE 2011), com a finalidade de melhorar o acesso e a qualidade da atenção básica e ter um parâmetro de comparação a nível nacional. Essa estratégia foi baseada na lógica do pagamento por desempenho, com repasse financeiro adicional aos municípios conforme os resultados no PMAQ-AB. Nessa proposta, havia conjunto de indicadores, categorizados por áreas: saúde da mulher, saúde da criança, controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, saúde bucal, produção geral, tuberculose e hanseníase e saúde mental.

O indicador da cobertura populacional estimada da Atenção Básica tem como finalidade monitorar o acesso ao serviço de saúde (BRASIL, 2021). Em conjunto com o indicador de cobertura de ACS, são os mais antigos, todavia seu domínio público em plataforma, é disponibilizado a partir do ano de 2007 e até o ano de 2020. Esse indicador considera para seu cálculo o percentual da população coberta por equipes da Estratégia Saúde da Família e por equipes de Atenção Básica tradicional equivalentes e parametrizadas em relação à estimativa populacional. O método de cálculo é da seguinte maneira:

$$\frac{N^{\circ} eSF * 3.450 + (eAB \text{ param.} + n^{\circ} eSF \text{ equivalentes}) * 3.000}{\text{Estimativa populacional}} * 100$$

O indicador de cobertura da Estratégia Saúde da Família possui o mesmo objetivo do indicador anterior, todavia, suas características são um pouco diferentes. Esse indicador tem o propósito de identificar a cobertura populacional estimada pelas equipes da ESF, dada pelo percentual da população coberta por essas equipes em relação à estimativa populacional. Seu método de cálculo consiste em:

$$\frac{N^{\circ} eSF * 3.450}{\text{Estimativa populacional}} * 100$$

A partir do ano de 2021, uma nova proposta de financiamento da APS surge, pelo então governo de 2019 a 2022, denominada de “Previne Brasil”. Esse novo método de cálculo, considera as equipes de ESF, equipe de atenção primária (eAP), as equipes de consultório na rua (eCR), equipes de saúde da família ribeirinha e equipes de atenção primária prisional. Seu método de cálculo consiste em:

$$\frac{((n^{\circ} eSF \times 3.500) + (n^{\circ} eAP \text{ 20h} \times 1.750) + (n^{\circ} eAP \text{ 30h} \times 2.625) + (\text{população eCR, eSFR e eAPP com cadastro vinculado informada no Sisab})) \times 100}{\text{Estimativa populacional}}$$

Os dados compilados foram baixados já com os cálculos feitos pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SISAB). No entanto, o dado do interior do DF seguiu o seguinte procedimento: aquisição dos dados no CNES, seleção das equipes de saúde (código 1, 2, 3 e 70), foi feita a união das equipes com os estabelecimentos de saúde utilizando o CNES, após essa etapa, foi feito a média por ano das equipes da estratégia da saúde da família por ano.

Para analisar a estrutura da APS no DF, foram utilizados três indicadores: Cobertura da Atenção Básica, Cobertura da Estratégia Saúde da Família e Cobertura da Atenção Primária à Saúde. Os três foram calculados conforme suas respectivas notas

metodológicas, disponíveis do Relatório APS. Especificamente para a análise espacial, foi feito o cálculo da média geral, resultante da soma de cada mês para gerar as taxas de cobertura por ano.

A escolha dos agravos, dengue e COVID-19, como objetos de análise neste estudo se justifica por ambos terem motivado ESP no DF no ano de 2020. Optou-se por realizar uma análise espacial dos dois agravos, com foco na distribuição territorial por Região Administrativa dos casos ao longo dos anos de ESP, ou seja, Dengue em 2020 e COVID-19 entre 2020 a 2022.

Os dados relativos aos agravos foram obtidos a partir de diferentes bases de dados. Para os dados de dengue, foi utilizado o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) como fonte de dados, foram selecionados os registros referentes ao período de 01/01/2009 a 31/12/2022, considerando apenas os casos de indivíduos residentes do DF e como classificação final, foram incluídos apenas os casos confirmados por critério laboratorial e clínico epidemiológico. Em razão da dengue ter sido considerada como uma emergência de saúde pública no DF, escolheu-se este agravo para ser analisado

Para os casos de COVID-19, o período de análise corresponde de março de 2020 a dezembro de 2022. Os dados são oriundos do Painel COVID-19 no Distrito Federal (<https://covid19.ssp.df.gov.br/extensions/covid19/covid19.html#/>). Também foram considerados apenas os casos confirmados por critério laboratorial e clínico epidemiológico e os residentes do DF.

O indicador ambulatory care sensitive conditions, traduzido livremente como Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, consiste em uma lista de condições as quais podem ser potencialmente evitadas, quando a atenção primária é resolutiva. Nesse sentido, taxas elevadas desse indicador representam um sinal de alerta, podendo sinalizar problemas de acesso e/ou baixa resolubilidade da atenção primária (ALFREDIQUE, et al., 2009).

Em 2008, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº221, de 17 de abril de 2008, com a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, de acordo com os 19 grupos de causas de internações e diagnósticos, ou seja, internações que podem ser evitadas.

Para esse indicador foi utilizada a base de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Os critérios de inclusão foram: pacientes residentes do DF e ter sido internado de acordo com a lista Brasileira de Internações por Condições

Sensíveis à Atenção Primária, publicada pelo Ministério da Saúde em 2008. O período de análise correspondeu os anos de 2007 a 2022. Foram excluídas as internações de não residentes no DF, bem como aquelas cujos diagnósticos não se enquadravam na referida lista. Para garantir a atualização dos códigos CID utilizados, foi realizada a conferência por meio do site do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) (<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=cid10>) (Tabela 4).

Tabela 4: Lista dos CID-10 utilizados da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

Grupo	Grupos de diagnósticos	CID-10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A15-A159, A170, A171, A178, A179, A180-A186, A188, A19-A192, A198, A199, A35, A370, A378, A379, A51-A523, A527-A529, B26, B500, B508-B510, B518, B519-B529, B530, B538, B54, G00-G009, I00, I010-I012, I018, I019, I020, I029
2	Gastroenterites Infeciosas e complicações	A000, A001, A009, A01, A010, A011, A013, A014, A020-A022, A028, A029, A03, A030, A031, A038, A039, A04, A040- A043, A044, A046-A049, A05-2, A058-A066, A068, A069, A07-A073, A078-A085, A09, E86
3	Anemia	D500
4	Deficiências Nutricionais	E40-E46, E500, E502, E509, E512, E52, E538, E550, E60, E610, E631, E638, E649
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66, H660-H664, H669, J00, J01-J014, J018, J019, J02, J020, J028, J029, J03, J030, J038, J039, J06, J060, J068, J069, J310, J311, J312
6	Pneumonias bacterianas	J13, J14, J153, J154, J158, J159, J181, J182, J188, J189
7	Asma	J45, J450, J451, J458, J459, J46
8	Doenças pulmonares	J20-J202, J205-J209, J21, J210, J218, J219, J40, J41, J410, J411, J418, J42, J430, J431, J432, J438, J439, J44, J440, J441, J448, J449, J47
9	Hipertensão	I10, I11, I110, I119
10	Angina	I20, I200, I201, I208, I209
11	Insuficiência cardíaca	I50, I500, I501, I509, J81
12	Doenças Cerebrovasculares	G45-G454, G458-G460, G463, G464, G467, G468, I63-I636, I638, I639, I64, I65, I650, I651-I653, I658-I664, I668, I669, I67-I679, I69-I694, I698
13	Diabetes melitus	E10-E109, E11-E149
14	Epilepsias	G40-G419
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	N10-N304, N308-N343, N39-N394, N398, N399
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L010, L011, L020-L024, L028-L033, L038-L043, L048, L049, L080, L088, L089

17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	N700, N701, N709, N710, N711, N719, N72, N73- N739, N750, N751, N758, N759, N76-N766, N768
18	Úlcera gastrointestinal	K25-K257, K259-K267, K269, K27-K277, K279, K280-K287, K289, K92, K920, K921, K922, K928, K929
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	A50-A507, A509, O23-O235, O239, P350-P353, P358, P359

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008.

O recorte temporal dos dados quantitativos abrange o período de 2007 a 2022, correspondente à adoção do RSI. Para o tratamento e análise dos dados, foram utilizados os softwares Excel, Tabwin, QGIS versão 3.30.1 e o R.

2 – CONCEITOS E DEFINIÇÕES DE EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA

2.1 SAÚDE E ORGANIZAÇÃO GLOBAL

Diversos estudos já buscaram definir o conceito de saúde global, porém não há consenso ou uma única definição que abarque todas as perspectivas teóricas existentes. Para Ribeiro e Fortes (2014), a saúde global, enquanto campo em desenvolvimento tem suas principais bases na saúde pública e na saúde internacional. A primeira se caracteriza pelo enfoque na saúde coletiva, com ênfase em ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde humana, além da interdisciplinaridade e da adoção de princípios éticos fundamentados na justiça social e na equidade. Já a segunda corrente adota uma abordagem predominantemente médica e biológica, com ações assistencialistas que, historicamente, se estabelecem em uma relação de transferência de recursos e conhecimentos de países economicamente mais desenvolvidos para aqueles em situação de maior vulnerabilidade.

De forma semelhante, Taylor (2018) argumenta que a saúde global não possui uma definição única e consolidada, sendo um campo marcado por disputas ideológicas e interesses geopolíticos. Segundo o autor, muitos Estados não possuem capacidade suficiente para lidar com os desafios impostos pelos problemas sanitários globais, o que demanda a criação de mecanismos de apoio internacional. No entanto, ao mesmo tempo em que a saúde global se insere nesse contexto de desigualdades, ela também representa uma oportunidade para a promoção de ações coletivas e equitativas, mediadas por instituições centrais, que buscam alinhar os interesses dos países em acordos comuns.

Na mesma direção, Chen e colaboradores (2020) defendem que a saúde global se configura como um ramo das ciências da saúde, originado da interseção entre a medicina, a saúde pública e a saúde internacional. Seu foco principal reside nas questões médicas e sanitárias de alcance global, com a finalidade de promover a equidade em saúde e reduzir as desigualdades entre os diferentes países.

Para Sampaio e Ventura (2016), a ideia desse conceito está fundamentada na superação desafios mundiais de saúde, a qual deve ser superada por um esforço coletivo e cooperativo internacional, considerando todas as especificidades locais. Com o desenvolvimento dessa perspectiva, ampliou-se também a atuação de organizações internacionais, fundamentais para o fomento à cooperação entre países, configurando-se, assim, uma forma de governança em saúde global.

Para Gostin et al. (2023), há vários atores da saúde global, são organizações intergovernamentais, grupos, parcerias público-privadas globais, organizações da sociedade civil, filantrópicas, associações de saúde e empresas. Os autores citam a Organização das Nações Unidas (ONU) e suas agências e programas como os principais atores da saúde global.

Em comum, esses autores (RIBEIRO, FORTES, 2014; TAYLOR, 2018; CHEN et al. 2020) convergem na defesa da importância das instituições e de mecanismos de governança global, que devem possuir competência técnica e imparcialidade ideológica. Para garantir a implementação de ações justas e de alcance global, esses autores ressaltam a necessidade de instrumentos estratégicos, entre os quais se destaca o uso de regulamentos internacionais.

Nesse sentido, evidencia-se a relevância dos mecanismos de governança global para o fortalecimento dos sistemas de saúde. Um exemplo fundamental é o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), um instrumento abrangente concebido para reforçar a segurança sanitária global e mitigar os riscos decorrentes de ameaças internacionais à saúde pública (KLUGE et al., 2018; GOSTIN et al., 2023).

2.2 O REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (2005) é um instrumento jurídico internacional de saúde pública, adotado pela Organização Mundial de Saúde que rege a segurança sanitária global, e que tem como principal objetivo prevenir, proteger, controlar

e proporcionar uma resposta de saúde pública à propagação internacional de doenças, de modo a evitar interferências desnecessárias no tráfego e o comércio entre países.

O regulamento (2005) é um tratado que estabelece diretrizes para promover uma governança global em saúde pautada na cooperação entre os Estados Partes, respeitando a soberania nacional e os direitos humanos, ao mesmo tempo em que fortalece a capacidade de resposta dos países diante de eventos que possam representar Emergências de Saúde Pública de importância internacional.

Uma das ações centrais implementadas pelo RSI (2005) foi a criação de Ponto Focal Nacional em cada Estado Membro. Trata-se de uma estrutura designada por cada país, que deve estar acessível 24 horas por dia, todos os dias do ano, para garantir a comunicação com a OMS. Esse ponto focal é também responsável por coordenar as atividades de vigilância no território nacional, incluindo a realização de consultas, notificações, verificações, respostas e avaliações, além de articular-se com outros ministérios e setores internos do país.

Dessa maneira, é de responsabilidade de cada Estado analisar os eventos que ocorrem dentro de seu território através do instrumento de decisão para avaliação e notificação de eventos do RSI, o qual possui quatro perguntas de sim ou não, se ao menos duas perguntas forem respondidas por sim, é necessário informar a OMS: o impacto do evento sobre a saúde pública é grave? O evento é incomum ou inesperado? Há risco significativo de propagação internacional? Há um risco significativo de restrições ao comércio ou viagens internacionais? A notificação consiste no início do processo de consulta e colaboração e deve ser feita em até 24 horas, podendo também serem informações não oficiais dos Estados, mas de outras fontes de informações (RSI, 2005). Desta forma, o RSI pressupõe a possibilidade de verificar todos os eventos que constituem risco para a saúde pública internacional.

A partir do RSI (2005) os Estados Membros assumiram o compromisso de desenvolver diferentes tarefas. Dentre elas, fortalecer a capacidade para detectar, notificar, avaliar e responder todos os eventos de saúde pública, aplicar o instrumento de decisão dentro de um prazo de 24h, capacitar os pontos de entrada e implementar as recomendações da OMS. Por outro lado, para Menucci (2006), essa é uma tarefa difícil em um mundo globalizado, para o autor, o processo de globalização tem intensificado a disseminação de doenças entre os países, apesar de necessárias, essas medidas são complexas no mundo globalizado.

É importante destacar que desde a criação da OMS, já se reconhecia a necessidade de padronizar as estratégias de enfrentamento das doenças infecciosas, especialmente em um contexto marcado pelos desafios do pós-guerra (TEIXEIRA et al., 2009; VENTURA, 2013). Diversos documentos foram elaborados nesse sentido, sendo o primeiro RSI publicado em 1951. Este regulamento passou por sua primeira revisão em 1969 e, posteriormente, por outras alterações. Entretanto, para alguns autores, esse documento inicial apresentava limitações significativas (HAGE, 2007; MENUCCI, 2006), por restringir-se ao controle de apenas três doenças — cólera, peste e febre amarela — e pela ausência de mecanismos efetivos de colaboração entre os países. A última e mais abrangente revisão foi iniciada em 1995, concluída em 2005, e entrou em vigor em 2007.

A revisão de um novo RSI foi decidida na Assembleia Mundial de Saúde de 1995, desenvolvida por um grupo de trabalho intergovernamental de todos os Estados Membros da OMS, com a recomendação de novas estratégias de vigilância e controle de doenças transmissíveis, para além da lista de notificação compulsória e a inclusão de eventos inusitados de saúde com potencial risco à saúde (TEIXEIRA et al. 2009). O início do processo de revisão partiu de alguns fatores, como a limitação do RSI vigente, o surgimento de novas doenças e também a volta de doenças já conhecidas em razão do risco da rápida propagação internacional, associadas ao fenômeno da globalização: o aumento do comércio e o deslocamento internacional de pessoas e os meios de transporte (MENUCCI, 2006).

No entanto, a revisão foi impulsionada principalmente a partir de eventos internacionais de grande repercussão sanitária, o ataque terrorista de 11 de setembro de 2001 em Nova Iorque, também nos Estados Unidos o caso dos envios de postais contaminados com o bacilo do carbúnculo (*anthrax*) e evento da *Síndrome Respiratória Aguda Grave* (SARS) em 2002 (VENTURA, 2013).

O RSI de 2005 foi adotado na 58ª Assembleia Mundial da Saúde após dez anos de revisão, com o propósito de desenvolver estratégias para o enfrentamento de novas questões de saúde pública de nível mundial e de aperfeiçoamento de problemas pertinentes de saúde com risco de propagação internacional. O RSI (2005) concebe questões de notificação e verificação de eventos que provoquem risco de propagação internacional, tendo como finalidade garantir a proteção da população mundial em decorrência de algum risco de disseminação de doença ou propagação de eventos de saúde por agentes químicos ou radionucleares (CARMO, 2007). Todavia, apesar da ampliação dos tipos de eventos, para além das doenças pré-estabelecidas, tornando-o com um caráter

mais flexível, o RSI 2005, permanece com a principal preocupação, a disseminação internacional de doenças transmissíveis, além da preocupação com o tráfego internacional de pessoas e mercadoria (GOMES, CASTRO, 2012).

O novo RSI entrou em vigor em 2007, momento em que 196 Estados Membros da OMS concordaram em cooperar na adoção de medidas harmônicas, comprometendo-se a detectar, verificar, avaliar e comunicar eventos que sejam capazes de constituir uma ameaça para a segurança sanitária global (WHO, 2022). No entanto, como menciona Bolis (2008), o RSI é um instrumento de caráter obrigatório para todos os Estados Membros, o que torna essencial sua constante atualização, de modo a assegurar a proteção dos direitos e liberdades, inclusive em situações de emergência em saúde pública. Apesar desse compromisso, o regulamento não aborda as desigualdades entre os países, tampouco propõe mecanismos para superá-las ou garantir que todos alcancem as capacidades exigidas. Conforme apontam Gomes e Castro (2012), embora o RSI estimule a cooperação internacional, não há menção a planos específicos de apoio aos países mais pobres, que muitas vezes carecem de infraestrutura básica, o que revela a negligência em relação às condições necessárias para que esses países possam efetivamente cumprir as exigências do regulamento.

Grande parte dos países industrializados e com renda média possuem capacidade para desenvolver ações de vigilância, diagnóstico e contenção, porém, muitos países ainda não têm essa capacidade. A pactuação entre os Estados, as parcerias multilaterais e bilaterais são necessárias para conter ameaças globais à saúde, sendo imprescindível o compartilhamento de informações. Não obstante, há as dificuldades financeiras de alguns países, mas também as barreiras políticas que são obstáculos no alcançar do RSI (THE LANCET, 2007).

À vista disso, o RSI se caracteriza como um instrumento de notificação e verificação de eventos que colocam em risco à disseminação de doenças em escala internacional. (CARMO, 2007), mas que ainda carece de atualizações e aperfeiçoamentos. Da mesma maneira, amplia a responsabilidade da OMS sobre as ações de Vigilância em Saúde estabelecidas pelo RSI e atualiza as medidas sanitárias ao mundo globalizado (MENUCCI, 2006).

2.2.1 Emergência de Saúde Pública

O RSI introduziu pela primeira vez o conceito de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, definido como, um evento extraordinário que é

determinado como: “(i) constituindo um risco para a saúde pública para outros Estados, devido à propagação internacional de doença e (ii) potencialmente exigindo uma resposta internacional coordenada” (RSI, 2005).

Além dessa definição, o RSI (2005) resgata outros termos fundamentais, como doença, adoecimento ou agravo, como “independentemente da origem ou fonte, que causa ou pode causar dano aos seres humanos”. O termo evento é definido como “uma manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença” (RSI, 2005). Já risco para saúde pública: “significa a probabilidade de um evento que possa afetar adversamente a saúde de populações humanas, com ênfase naqueles que possam se propagar internacionalmente, ou possa apresentar um perigo grave e direto” (RSI, p. 17, 2005).

Os pontos focais nacionais têm como responsabilidade não apenas comunicar informações relevantes à OMS, mas também repassá-las às instâncias administrativas do Estado e aos respectivos ministérios. Essa função envolve um papel ativo na construção e disseminação do conhecimento. Conforme Kumanan et al. (2021), o fortalecimento dessas instâncias exige formação adequada e contínua, capaz de assegurar sua atuação eficaz no contexto da vigilância e resposta em saúde pública.

A determinação de uma ESPII caberá a OMS por meio do Diretor-Geral com base nas informações recebidas no instrumento de decisão apresentado, o parecer do comitê de emergências, princípios científicos e de uma avaliação de risco a saúde humana, de propagação internacional da doença e da interferência no tráfego internacional, recomendando medidas de controle e coordenando uma resposta internacional (RSI, 2005; THE LANCET, 2007).

De acordo com Hage (2020), o conceito de Emergência de Saúde Pública é utilizado, tanto no contexto nacional quanto internacional, para designar situações que constituem ou apresentam risco imediato de produção, disseminação ou agravamento de danos à saúde da população, independentemente de sua natureza ou origem. Trata-se de um conceito voltado para a prática em saúde pública, pois sua aplicação implica a necessidade de adoção imediata de medidas intersetoriais, que envolvem não apenas ações de atenção e vigilância em saúde, mas também de outras áreas, conforme as características específicas do evento em questão.

Nessa perspectiva, as Emergências de Saúde Pública abrangem uma diversidade de eventos agudos como desastres naturais, epidemias, e situações envolvendo o uso de armas químicas, biológicas ou radionucleares. A frequência de sua utilização aumentou

significativamente após a aprovação do Regulamento Sanitário Internacional em 2005 (CARMO, TEXEIRA, 2020). Diversos fatores de risco podem desencadear uma ESP, como atentados terroristas, acidentes com substâncias químicas, biológicas ou radionucleares, além da hesitação vacinal (SILVA; XAVIER; ROCHA, 2020). Tais eventos têm potencial para gerar impactos em múltiplas escalas, desde o contexto local até o plano global.

As ESP têm ganhado crescente notoriedade na sociedade contemporânea, especialmente diante dos desafios sanitários impostos pela globalização. Considerando apenas as duas primeiras décadas do século XXI, diferentes eventos agudos afetaram a saúde pública mundial, impactando diretamente os serviços de saúde. Entre esses eventos, destacam-se epidemias e pandemias, além de desastres de diversas naturezas (CARMO, 2020; WHO, 2018). Diante do exposto, é possível inferir que situações de Emergências de Saúde Pública tendem a se tornar cada vez mais frequentes, não apenas devido à diversidade de suas tipologias, mas, sobretudo, em razão dos impactos do fenômeno da globalização.

2.3 A ORGANIZAÇÃO DA RESPOSTA A EMERGÊNCIAS NO BRASIL

2.3.1 ESPII e ESPIN

Entre a aprovação do RSI de 2005 em 2007 e dezembro de 2022, a OMS declarou sete ESPII. Dentre essas, três foram classificadas como surtos, duas como epidemias e duas como pandemias. Destaca-se que a febre hemorrágica do ebola foi declarada como emergência em duas ocasiões distintas dentro desse período (Tabela 5).

Tabela 5: Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional, de 2007 a 2022.

INÍCIO	FIM	AGRAVO	ESCALA DE MAGNITUDE	PAÍSES AFETADOS NO MOMENTO DA DECLARAÇÃO DE ESPII
2009	2010	Influenza A (H1N1)	Pandemia	México e EUA
2014	2016	Febre hemorrágica do Ebola	Surto	Guiné, Libéria, Nigéria e Serra Leoa
2014	Não foi declarado o fim	Poliovírus selvagem (poliomielite)	Surto	Afganistão, Camarões, Guiné Equatorial, Etiópia, Israel, Nigéria, Paquistão, Somália e República Árabe da Síria
2016	2016	Vírus Zika	Epidemia	Brasil, França, Estados Unidos da América e El Salvador
2019	2020	Febre hemorrágica do Ebola	Epidemia	Kivu do Norte, Ituri, Goma, Uganda

2020	2023	COVID-19	Pandemia	China, Japão, Coreia, Vietnã, Cingapura, Austrália, Malásia, Camboja, Filipinas, Tailândia, Nepal, Sri Lanka, Índia, EUA, Canadá, França, Finlândia, Alemanha e Emirados Árabes Unidos.
2022	2023	Monkeypox	Surto	Pacífico Ocidental, Europa, Mediterrâneo Oriental e Américas

Fonte: Annelies Wilder-Smith, MD,* and Sarah Osman, MPH1, 2020. <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>.
<https://www.paho.org/pt/noticias/11-5-2023-mpox-organizacao-mundial-da-saude-declara-fim-da-emergencia-saude-publica>.

Embora as ESPII não se limitem exclusivamente às doenças infecciosas e possam ser provocadas por diversos fatores, no período analisado neste estudo, todas as declarações emitidas pela OMS tiveram como causa eventos relacionados a doenças infecciosas. Segundo Wilder-Smith e Sarah (2020), ainda que outros eventos agudos de saúde pública tenham ocorrido desde a entrada em vigor do RSI em 2007, muitos não atenderam aos critérios exigidos para a declaração de uma ESPII, especialmente por não representarem risco substancial à interrupção do comércio internacional. Exemplos incluem o desastre nuclear de Fukushima, no Japão, em 2011; o uso de armas químicas na Síria, em 2013; e o surto de MERS, que afetou mais de 24 países no mesmo ano.

No Brasil, entre 2007 e dezembro de 2022, foram declaradas duas Emergências de Saúde Pública de Importância Nacional: a primeira, em 2015, em razão do aumento de casos de microcefalia na Região Nordeste; e a segunda, em 2020, em decorrência da pandemia de COVID-19 que afetou todo o território nacional. Embora o país também tenha registrado casos de H1N1, em 2009, e de monkeypox, em 2022, o Ministério da Saúde reconheceu esses eventos como ESPII, mas não os declarou como ESPIN (Tabela 6).

Tabela 6: Emergências de Saúde Pública de Importância Nacional, de 2005 a 2022

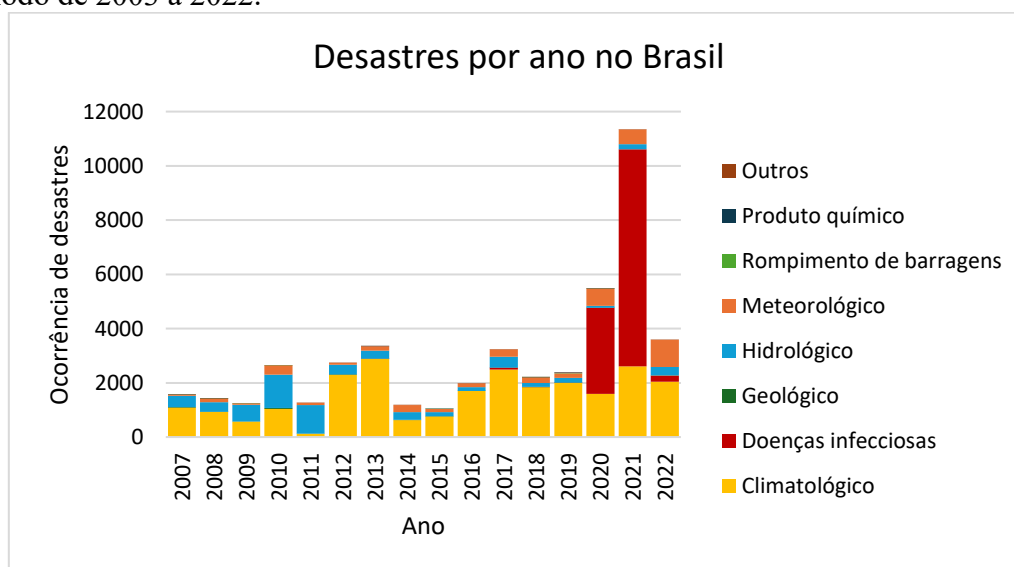
ANO	EMERGÊNCIA	ESCALA	FONTE
2015	Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil.	Região Nordeste	PORTARIA Nº 1.813, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2015
2020	Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).	Brasil	PORTARIA Nº 188, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2020

Para além das declarações de ESPIN realizadas pelo Ministério da Saúde, o Brasil também registra, no âmbito da gestão estadual e municipal, um número expressivo de

decretos de situação de emergência e de estado de calamidade pública. Embora distintos em sua natureza e esfera de competência, esses dispositivos são igualmente relevantes, podendo inclusive atuar como desencadeadores de crises sanitárias nacionais, especialmente quando relacionados a desastres que afetam diretamente a saúde da população.

Conforme os registros do Sistema Integrado de Informações sobre Desastres (S2iD), entre os anos de 2007 e 2022, foram registrados no Brasil 46.739 decretos de situação de emergência ou estado de calamidade pública (Figura 8). Esses decretos refletem a amplitude e a diversidade dos eventos que impactaram a sociedade brasileira, abrangendo distintas tipologias de desastres, como os de natureza hidrológica, climatológica, meteorológica, movimentos de massa e eventos biológico. Esses dados evidenciam não apenas a heterogeneidade dos riscos socioambientais enfrentados pelo país, mas também a variabilidade da capacidade de resposta e da formalização institucional entre os entes federativos frente às situações críticas.

Figura 8: Decretos de Situação de Emergência ou Estado de Calamidade Pública, no período de 2003 a 2022.



Fonte: S2iD, 2023.

A análise demonstra que, as sete ESPII declaradas pela OMS no período analisado concentraram-se em doenças infecciosas, evidenciando o peso que esses agravos ainda exercem sobre a governança global da saúde. No Brasil, a declaração de apenas duas ESPIN — microcefalia em 2015 e COVID-19 em 2020 — reforça a seletividade e complexidade envolvidas nesse reconhecimento, mesmo diante de outras ameaças sanitárias relevantes, como H1N1 e monkeypox. Além disso, ao se considerar o elevado número de decretos de situação de emergência e estado de calamidade pública registrados

no país, observa-se um cenário marcado por vulnerabilidades ambientais, sociais e institucionais que, muitas vezes, podem evoluir para situações de Emergência em Saúde Pública ou ESPIN.

2.4 ORGANIZAÇÃO E COORDENAÇÃO DE RESPOSTA ÀS EMERGÊNCIAS NO BRASIL

2.4.1. Principais marcos institucionais para a Vigilância em Saúde para situações de Emergência em Saúde Pública no Brasil

A próxima seção apresenta parte dos resultados obtidos por meio da revisão documental, com ênfase na estrutura organizacional e nas estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde do Brasil para a gestão e resposta a ESP. Nesse contexto, a Tabela 7 fornece uma síntese detalhada das principais ações identificadas, evidenciando os mecanismos de coordenação e vigilância.

Tabela 7: Marcos institucionais para a Vigilância em Saúde para situações de Emergência em Saúde Pública no Brasil

ANO	NORMA	AÇÃO
2005	Portaria nº 30, 07/2005	Criação do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS)
2006	Portaria nº 1.865, 08/2006	Estabelece a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) como Ponto Focal para o RSI junto a OMS.
	Portaria nº 33, 08/2006	Criação do Comitê para implementação e acompanhamento do RSI no SUS.
2009	Decreto Legislativo nº 395, 2009	Aprovação pelo Congresso Nacional do texto do RSI.
2010	Portaria nº 2.472 08/2010	Adota as terminologias conforme o RSI e define ESPIN.
	Decreto de 6 de 12/2010	Criação do Grupo Executivo Interministerial de ESPII (GEI-ESPII)
2011	Decreto nº 7.616, 11/2011	Cria a Força Nacional do SUS e dispõe sobre a ESPIN.
	Portaria nº 2.952, 12/2011	Define critérios para as declarações de ESPIN.
2013	Portaria nº 1.139 06/2013	Estabelece as Diretrizes Nacionais Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa.
	Portaria nº 1.178, 07/2013	Define as responsabilidades das esferas de gestão e o financiamento para as ações de Vigilância em Saúde.
2018	Resolução n.º 588, de 2018	Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)
2021	Portaria GM/MS nº 874 04/2021	Estabelece o kit de medicamentos e insumos para assistência farmacêutica as unidades da federação atingidas por desastres.

2022	Portaria GM/MS nº 3.583 09/2022	Estabelece critérios para Vigilância entre Estados Partes.
	Portaria GM/MS nº 4.185, 12/2022	Cria o Programa Nacional de Vigilância em Saúde dos Riscos Associados aos Desastres (VIGIDESASTRES).
	Portaria GM/MS nº 4.641 12/2022	Criação da Rede CIEVS

Fonte: Elaboração própria.

A partir do RSI 2005, o Brasil, através do Ministério da Saúde, passou a desenvolver estruturas para atuar em situações de ESP. Uma primeira ação foi adotar a criação do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) (Portaria Nº 30, 7 de julho de 2006). No ano seguinte, em 2006, criou-se um Comitê com finalidade de acompanhar as ações do RSI no âmbito do SUS (Portaria, Nº 33, de 17 de agosto de 2006) e definiu-se a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) como Ponto Focal Nacional para o Regulamento Sanitário Internacional, definindo suas competências, conforme o RSI (Portaria Nº 1.865, de 10 de agosto de 2006).

No Brasil, o RSI foi incorporado ao ordenamento jurídico nacional por meio do Decreto Legislativo nº 395, de 2009. Nesse contexto, o Congresso Nacional reconheceu oficialmente o documento, conferindo-lhe validade no país. Além disso, a tradução do texto para o português desempenhou um papel fundamental na ampliação de sua aplicabilidade, garantindo maior acessibilidade e facilitando sua implementação em diferentes esferas da gestão em saúde.

No ano de 2010, duas ações fundamentais foram implementadas no Brasil no contexto da resposta a Emergências de Saúde Pública. A primeira delas foi à adoção de terminologias alinhadas ao RSI, incluindo os termos doenças, agravos, eventos, ESPII e ESPIN. Essa padronização contribuiu para a definição mais precisa dos fluxos e critérios a serem seguidos pelos serviços de saúde na identificação e resposta a tais situações. Além disso, no âmbito do Governo Federal, foi instituído o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII), por meio do Decreto de 6 de dezembro de 2010. Esse grupo foi criado com o objetivo de acompanhar a implementação das medidas de resposta a emergências em saúde pública, promovendo a articulação entre diferentes setores do governo. No entanto, apesar da participação de múltiplas instâncias governamentais, a coordenação das ações permaneceu sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS-MS).

No ano seguinte, foram estabelecidos os critérios para a declaração de Emergência em Saúde Pública, com a definição formal do termo ESPIN, por meio do Decreto nº

7.616, de 17 de novembro de 2011, posteriormente regulamentado pela Portaria nº 2.952, de 14 de dezembro do mesmo ano. A normativa passou a ser aplicada em contextos que demandam ações urgentes voltadas à prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública, tais como:

- Epidemiológicas:
 - Por surtos ou de epidemias que apresentem risco de disseminação nacional;
 - Produzidas por agentes infecciosos inesperados.
 - Reintrodução de doenças erradicadas;
 - Gravidade elevada; ou
 - Excedam a capacidade de resposta do nível estadual do SUS.
- Desastres:
 - De acordo com a Classificação e Codificação Brasileira de Desastres (COBRADE);
 - Evento que configure situação de emergência ou estado de calamidade pública pelo poder executivo federal e que demande ação da área da saúde pública;
- De desassistência à população:
 - Situações de desassistência por especialidade, de acordo com a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES);
 - Evento que configure situação de emergência ou estado de calamidade pública, o qual coloca risco a saúde dos cidadãos por incapacidade ou insuficiência de atendimento.

Com o objetivo de mitigar os riscos à saúde da população em contextos de Eventos de Massa – eventos com a concentração excepcional de pessoal - foram estabelecidas diretrizes nacionais que definem as responsabilidades das diferentes esferas de gestão no planejamento, execução e monitoramento das ações de vigilância e assistência à saúde. Essas diretrizes visam garantir uma resposta coordenada e eficiente diante da complexidade desses eventos, que podem envolver grandes aglomerações e que demandam a atuação integrada de diversos setores do sistema de saúde, a normatização dessas ações foi formalizada por meio da Portaria nº 1.139 de 2013.

Em relação às ESP, a PNVS (2018) reitera a ideia de emergência em saúde pública como uma situação que necessita de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos à saúde. Coloca como diretriz a detecção, monitoramento e ações de respostas às ESP,

além do desenvolvimento de estratégias de capacidades de vigilância e de articulação entre Estados, Distrito Federal e Municípios.

A Portaria GM/MS nº 874 04/2021, que alterou a anterior de 2017, dispõe sobre a oferta a assistência para os municípios afetados por ESP, dispondo do kit de medicamentos e insumos estratégicos para a assistência farmacêutica os territórios atingidos por situação de desastres.

Para o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde específicas para situações de desastres, foi criado, em 2022. O Programa Nacional de Vigilância em Saúde dos Riscos Associados aos Desastres – Vigidesastres, o qual considera a gestão do risco composta pelas seguintes fases: preparação, monitoramento, alerta, comunicação, resposta e reabilitação (Portaria GM/MS Nº 4.185 de 2022).

A fim de estabelecer ações de vigilância para eventos importantes para a saúde pública, ficam estabelecidos, na Portaria GM/MS N.º 3.583 de 2022, os critérios para a seleção de enfermidades e eventos, considerando o potencial epidêmico, uma meta de compromisso regional ou internacional ou ainda enfermidades ou eventos que necessitem de intercâmbio de informação.

Por meio da Portaria GM/MS nº 4.641, de 2022, o CIEVS passou por uma reestruturação, adotando um novo modelo organizacional baseado na configuração de uma rede como instrumento fundamental para a vigilância em saúde no país, denominada de Rede Nacional dos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (RedeCIEVS). Essa nova arquitetura visa fortalecer a capilaridade e a integração do sistema de vigilância em saúde, permitindo uma atuação mais coordenada e eficaz na detecção e resposta a emergências sanitárias. A RedeCIEVS foi estruturada em diferentes níveis, abrangendo o CIEVS nacional, unidades estaduais, regionais, do Distrito Federal, dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e de áreas de fronteira, garantindo uma cobertura ampla e estratégica.

Desde a aprovação do RSI em 2005, o Brasil, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), ou seja, a nível federal, tem desenvolvido estratégias de organização para atuar em situações de ESP. Essas iniciativas englobam ações integradas de vigilância, assistência e repasse financeiro a estados e municípios, conforme detalhado na Tabela 6. Tais medidas evidenciam não apenas o alinhamento do sistema de saúde brasileiro com as diretrizes internacionais, mas também a relevância atribuída à detecção e resposta oportuna a eventos potencialmente caracterizáveis como ESP.

2.4.2. Principais atores de respostas as ESP

A resposta às Emergências em Saúde Pública no Brasil envolve a atuação articulada de diferentes instâncias do SUS. Entre os principais atores institucionais, destacam-se o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE) e a Força Nacional do SUS (FN-SUS). Cada um desses dispositivos cumpre um papel complementar no enfrentamento de eventos que ameaçam a saúde pública. Esses mecanismos evidenciam o esforço institucional do Ministério da Saúde em garantir respostas ágeis, coordenadas e tecnicamente qualificadas diante de contextos emergenciais.

O Brasil iniciou a implementação do RSI ainda em 2005, quando o Ministério da Saúde designou a SVS como responsável por atuar como Ponto Focal Nacional (PFN) para o RSI. A SVS passou, então, a coordenar as ações de notificação, consulta e verificação de eventos de interesse internacional junto à OMS. Nesse contexto, o CIEVS, vinculado à SVS/MS, passou a desempenhar um papel operacional fundamental, sendo responsável pela organização e execução das ações de vigilância necessárias para atender às demandas do PFN-RSI (BRASIL, 2016m).

Os CIEVS são unidades de inteligência epidemiológica, que atuam na detecção de eventos, verificação e avaliação de eventos, monitoramento, resposta e comunicação de risco durante 24h por dia, 7 dias na semana e 365 dias por ano. É também de sua responsabilidade a comunicação com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, assim como a realização das ações de vigilância e avaliar se as secretarias apresentam evento de saúde de importância internacional e nacional (BRASIL, 2022v).

Além do CIEVS nacional, foram estruturadas unidades do CIEVS em todas as 26 Secretarias Estaduais de Saúde e no Distrito Federal, bem como em 26 Secretarias Municipais de Saúde, situadas nas capitais ou em outras regiões consideradas de interesse estratégico pelos estados. Os CIEVS estaduais atuam como Pontos Focais Estaduais (PFE), enquanto os CIEVS municipais funcionam como Pontos Focais Municipais (PFM), sendo responsáveis pela execução das ações de vigilância e pela resposta a Emergências de Saúde Pública no âmbito de suas respectivas esferas de gestão (BRASIL, 2016m).

No ano de 2009, o MS passou por uma reformulação de estrutura, o CIEVS passou a integrar a Coordenação-Geral de Emergências em Saúde Pública (CGMSP) do Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública (DVSAT) (BRASIL, 2022v).

No âmbito das ações de resposta às Emergências de Saúde Pública, o Brasil passou a adotar, nesses contextos, o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE), uma estrutura organizacional instituída para coordenar de forma articulada as ações de enfrentamento a ESP. A ativação do COE, por si só, já configura uma medida de resposta, sinalizando a necessidade de uma atuação estruturada e integrada diante da emergência. Seu funcionamento é orientado pelos princípios do Sistema de Comando de Operações (SCO), que permite a organização de um comando unificado, favorecendo a atuação multisetorial, o planejamento sistemático das ações e a definição de um porta-voz responsável pelas comunicações oficiais (BRASIL, 2014j).

O COE é acionado quando o evento for de risco à saúde pública pela razão de sua propagação ou pela incapacidade de resposta local, segundo a classificação do nível de emergência, podendo ser de zero a III. O responsável pela implementação do COE é o secretário de Vigilância em Saúde. O COE é constituído de um grupo técnico de assessoramento composto por profissionais das coordenações-gerais e de departamentos da SVS, todos com competência para atuar na emergência em questão, há também a possibilidade de integração de técnicos de outras áreas intra ou intersetoriais (BRASIL, 2014j).

Além do COE, que desempenha um papel central na coordenação técnica e operacional das ações durante emergências, outro ator estratégico na estrutura de resposta do Ministério da Saúde é a Força Nacional do SUS (FN-SUS), cuja atuação se materializa diretamente nos territórios impactados por Emergência em Saúde Pública por meio do apoio técnico e assistencial.

A FN-SUS é um programa do Ministério da Saúde instituído por meio do Decreto nº 7.616, 11/2011, com o propósito de oferecer uma resposta rápida e coordenada diante de situações de ESP. Sua atuação abrange ações de prevenção e assistência, articulando-se com as esferas federal, estadual, distrital e municipal, como na instalação de hospitais de campanha e no envio de equipes especializadas. A FN-SUS é acionada pelo Ministro da Saúde em contextos nos quais estados e municípios esgotaram sua capacidade de resposta, especialmente diante da declaração de situação de emergência ou de calamidade pública. Suas ações envolvem apoio técnico direto, por meio do fornecimento de equipamentos, insumos e recursos humanos para os territórios afetados (BRASIL, 2011).

Dessa forma, a partir da revisão do RSI, o Brasil implementou uma reorganização estrutural do sistema nacional de resposta a ESP. Essa reformulação, permitiu ao país desenvolver progressivamente as capacidades básicas exigidas pelo RSI. Tais avanços

englobaram: (i) a criação de arcabouços legais, institucionais e administrativos específicos; (ii) o fortalecimento da capacidade de detecção, avaliação e notificação de eventos em saúde; e (iii) a consolidação de mecanismos eficientes para investigação, intervenção e comunicação de riscos sanitários (HENRIQUES; VASCONCELHOS, 2020).

A atuação conjunta do CIEVS, do COE e da FN-SUS constitui um arranjo estratégico fundamental na capacidade de resposta do Brasil frente às Emergências em Saúde Pública. Enquanto o CIEVS atua de forma contínua na vigilância e notificação de eventos, o COE viabiliza uma articulação rápida e coordenada entre setores e esferas de governo, assegurando um planejamento operacional eficaz. Já a FN-SUS, por sua vez, representa a ação direta e solidária do Estado brasileiro nos territórios mais vulneráveis, reforçando a presença do SUS onde as estruturas locais já não conseguem dar resposta. A complementaridade entre esses atores revela não apenas a complexidade das respostas exigidas em contextos emergenciais e a importância de um sistema de saúde público capaz de se adaptar, coordenar e atuar com agilidade, mas também os esforços do Ministério da Saúde para organizar o mecanismo de resposta a ESP nas duas últimas décadas.

2.5 ATUAÇÃO DO SUS NAS RESPOSTAS DAS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA

Segundo o RSI (2005), os Estados-membros devem possuir capacidade para detectar, avaliar, notificar e reportar eventos que possam constituir uma ESPIL. Considerando a complexidade dos fenômenos subjacentes aos eventos agudos de saúde pública, torna-se imprescindível que os sistemas de saúde desenvolvam redes integradas de vigilância e resposta às emergências em saúde pública (LUNA; SILVA JR., 2013).

Assim sendo, a atuação do setor saúde demanda a articulação intersetorial e a integração com as ações de atenção e vigilância em saúde, não se restringindo à fase de resposta imediata à emergência, mas abarcando todas as etapas da gestão em saúde pública, incluindo intervenções de curto, médio e longo prazos (SILVA; XAVIER; ROCHA, 2020).

Para Pepe et al., (2020), analisar uma ESP é uma tarefa árdua, tempestiva, exigindo considerar as evidências científicas, mas também as incertezas. Além disso, para

esses autores, a configuração política e institucional dos sistemas de saúde também são fatores que interferem nas respostas às ESP.

Para Garcia (2018), a resposta do Brasil diante da ESPIN relacionada ao vírus Zika foi ágil, favorecida pela estrutura preexistente do SUS e pela atuação do CIEVS. Essa capacidade institucional permitiu a rápida investigação dos casos, a identificação dos fatores associados, a detecção do evento e, em seguida, a declaração oficial da emergência. O aumento expressivo dos casos de microcefalia em recém-nascidos, associado à infecção pelo vírus Zika em gestantes, gerou uma situação de elevada preocupação e indicativos de uma potencial epidemia. Diante desse cenário, o Ministério da Saúde declarou a ESPIN em novembro de 2015, em consonância com as recomendações do RSI. Posteriormente, em fevereiro de 2016, a OMS declarou ESPII, reconhecendo a possível associação entre o vírus Zika, a microcefalia e outras síndromes neurológicas (PEPE et al., 2020; BRASIL, 2022v).

Por outro lado, Bueno (2017) e Viegas et al. (2022) ressaltam que, naquele contexto, a principal preocupação estava centrada na associação entre a infecção pelo vírus Zika e o aumento dos casos de microcefalia. No entanto, os autores argumentam que apesar da preocupação com o número significativo de bebês com malformações, o reconhecimento internacional do evento e sua posterior declaração como ESPII só ocorreu em razão da proximidade temporal com os Jogos Olímpicos do Rio de Janeiro, em 2016. A realização de um evento esportivo de grande magnitude global ampliava o risco de dispersão do vírus para outros países, o que teria sido determinante para a elevação do status do evento sanitário.

Essa conjuntura evidencia um dos principais critérios considerados nas declarações de ESPII: os possíveis impactos sobre a circulação internacional de pessoas e o comércio global. A própria justificativa apresentada pela OMS para o encerramento da ESPII por Zika corrobora essa lógica. Segundo Freitas et al. (2018), a decisão baseou-se no fato de que a relação entre a infecção pelo vírus Zika e os casos de microcefalia já havia sido estabelecida, e os registros no Brasil apresentavam tendência de queda. Dessa forma, a ameaça à economia internacional tornava-se irrelevante, enfraquecendo a justificativa para a manutenção do status de emergência.

O estudo de Aguiar et al. (2021) analisou a resposta do Estado de Pernambuco à ESP decorrente da ESPIN do vírus Zika. Os resultados evidenciaram que a atuação da vigilância em saúde no estado, particularmente por meio das ações desenvolvidas pelo

CIEVS estadual na captação e produção de informações oportunas, constituiu um elemento fundamental para a eficácia da resposta à epidemia.

De modo semelhante, Albuquerque e colaboradores (2018) destacam o papel fundamental desempenhado pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES-PE) no processo de reconhecimento e de resposta da ESPIN. Os autores ressaltam que a atuação da SES-PE não apenas foi determinante para a caracterização oportuna da emergência, como também exerceu influência significativa na coordenação das ações em âmbito nacional, contribuindo para a organização da resposta brasileira ao evento sanitário.

Da mesma forma, Lima et al. (2018), destacam o caráter determinante do CIEVS de Pernambuco no contexto da ESPIN de Zika. Os autores fundamentam essa afirmação em três aspectos centrais: (i) a identificação precoce do aumento do número de casos de microcefalia; (ii) o desenvolvimento de um instrumento específico para coleta de dados; e (iii) a implementação de um sistema contínuo de monitoramento e análise epidemiológica. Essa tríade de ações viabilizou a organização de uma resposta adequada em tempo oportuno, demonstrando a importância estratégica dos sistemas de saúde para o enfrentamento de ESP.

A partir dessa perspectiva, evidencia-se nas discussões um aspecto relevante: a estratégia adotada por um dos atores-chave no enfrentamento de ESP no âmbito do SUS revelou-se decisiva tanto para o processo de alerta precoce quanto para a organização da resposta à primeira ESPIN registrada no país. Essa constatação ressalta não apenas a relevância das ações institucionais específicas, mas também ilustra como a articulação de diferentes níveis do sistema de saúde pode influenciar significativamente o desfecho de crises sanitárias dessa natureza.

Em contraponto aos estudos anteriores, Oliveira et al. (2024) argumentam que a resposta federal à emergência em saúde pública decorrente do vírus Zika evidenciou fragilidades significativas na atuação do Ministério da Saúde, particularmente no que se refere à consolidação de aprendizados e à implementação de estratégias estruturantes no campo da vigilância. Embora tenha havido mobilização de diversos atores, articulação entre as instâncias federais e execução de ações em conformidade com o RSI de 2005, os autores destacam que o país não aproveitou a crise como oportunidade para o fortalecimento da Vigilância em Saúde no SUS, sobretudo no que diz respeito às políticas intersetoriais.

Se, por um lado, a emergência do vírus Zika revelou tanto a capacidade de resposta rápida do Brasil quanto as fragilidades estruturais do sistema de vigilância, por outro, a chegada da pandemia de COVID-19 em 2020 impôs um novo e mais complexo cenário de crise sanitária global. Diferentemente do contexto anterior, a emergência da COVID-19 mobilizou em escala inédita os sistemas de saúde, exigindo ações coordenadas e sustentadas por longos períodos.

Em dezembro de 2019, a OMS recebeu os primeiros alertas sobre casos de pneumonia de etiologia desconhecida em Wuhan, na China. Identificou-se que se tratava-se de um novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2. Diante da rápida disseminação internacional, a OMS declarou, em 30 de janeiro de 2020, conforme previsto no RSI de 2005, uma ESPII (CRODA; GARCIA, 2020; HENRIQUES; VASCONCELHOS, 2020).

O sistema de vigilância brasileiro demonstrou capacidade de detecção precoce quando o CIEVS identificou, em 3 de janeiro de 2020, rumores sobre pneumonia indeterminada na China, iniciando os procedimentos de verificação conforme o RSI e o coloca no Comitê de Monitoramento em 10 de janeiro (CRODA; GARCIA, 2020). A resposta institucional formalizou-se em 22 de janeiro com a ativação do COE, coordenado pela SVS-MS, marcando o início da gestão nacional coordenada do risco no âmbito do SUS (BRASIL, 2020).

A declaração de ESPIN pelo Brasil ocorreu em 3 de fevereiro de 2020, precedida pela implementação do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo coronavírus, instrumento estratégico para orientar a resposta em todas as esferas governamentais e na rede privada (BRASIL, 2021f). Paralelamente, o Ministério da Saúde emitiu três boletins epidemiológicos com definições operacionais padronizadas (caso suspeito, provável, confirmado e descartado), essenciais para a vigilância epidemiológica e preparação do sistema de saúde (BRASIL, 2020; HENRIQUES; VASCONCELHOS, 2020).

A resposta intersetorial consolidou-se com a criação, em 30 de janeiro de 2020, do Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública (GEI-ESPII) por meio do Decreto nº 10.211, articulando diversas pastas ministeriais no enfrentamento coordenado da crise sanitária (BRASIL, 2020s) para acompanhar a situação e definir protocolos de ação, estabelecendo também um novo canal de notificação, mais rápido (LANA et al. 2020).

Apesar da rápida iniciativa da SVS-MS, o governo brasileiro minimizava a situação e não apoiava as ações recomendadas “não farmacológicas”. Em razão da não

conformidade de ideias, a coordenação das atividades COE saiu do Ministério da Saúde e foi transferida para o Centro de Coordenação das Operações do Comitê de Crise da COVID-19, pela Casa Civil (HENRIQUES; VASCONCELHOS, 2020).

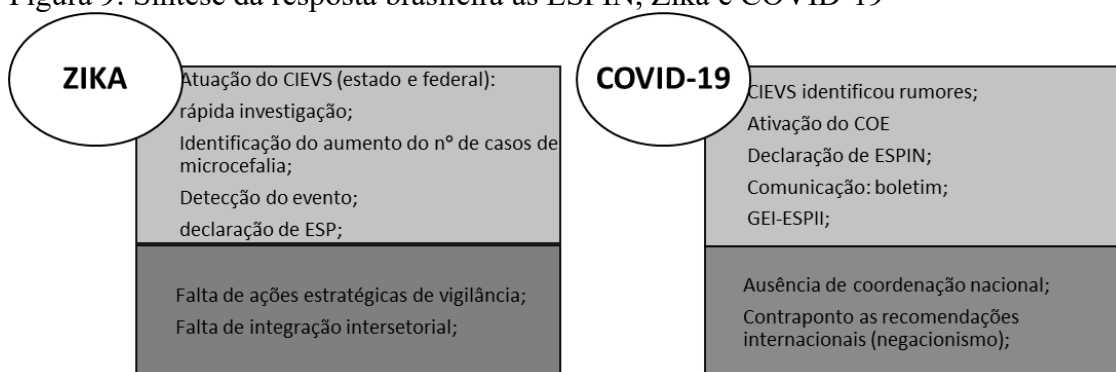
A resposta brasileira no enfrentamento da ESPII de COVID-19 foi marcada pela intransigência do governo federal no MS, consequentemente na coordenação nacional na resposta sanitária, gerando prejuízos na articulação de políticas públicas e a integração das diferentes autoridades nacionais (FREITAS et al, 2023). Para os autores, apesar de toda a estrutura que o país possuía, a ausência de uma coordenação nacional fragilizou completamente a resposta sanitária.

Brandão et al. (2023), vão além, para as autoras, o governo brasileiro tomou uma postura contrária das recomendações dos organismos internacionais, foram medidas negacionistas abertamente declaradas pelo então presidente da república vigente. Segundo as autoras, as ações governamentais caracterizaram-se por um discurso negacionista explicitamente adotado pelo então Presidente da República. Essa abordagem resultou em: quatro trocas consecutivas no comando do MS; fragilização da estrutura organizacional do SUS; processo de militarização do MS; lentidão no processo de vacinação; e descrédibilização sistemática do conhecimento científico. Segundo a análise apresentada, tais medidas comprometeram significativamente a capacidade nacional de resposta à emergência sanitária.

A análise comparativa das respostas brasileiras às ESPINs de Zika e da COVID-19 revela contrastes na gestão da resposta as emergências sanitárias (Figura 9). No caso do Zika, conforme destacam Garcia (2018), Aguiar et al. (2021) e Albuquerque et al. (2018), o Brasil demonstrou eficácia na ativação oportuna dos mecanismos previstos no RSI (2005), com atuação coordenada entre a esfera federal e os estados, permitindo detecção precoce, investigação ágil e implementação de medidas integradas de vigilância e assistência. Essa conformidade com os princípios do RSI foi igualmente observada nas ações iniciais frente à COVID-19, com ativação imediata do COE e elaboração de protocolos técnicos (BRASIL, 2020; CRODA; GARCIA, 2020). Contudo, como analisam Brandão et al. (2023) e Freitas et al. (2023), a resposta à pandemia foi comprometida pela postura do governo federal, principalmente pelo Presidente da República, que fragilizou a coordenação nacional, evidenciando como fatores internos extrapolam os marcos do RSI. Dessa forma, essas experiências reforçam a afirmação de Luna e Silva Jr. (2013), para o enfrentamento de crises sanitárias é necessário sistemas de

saúde robustos e integrados, capazes de articular vigilância, assistência e gestão política em todas as etapas de enfrentamento de ESP.

Figura 9: Síntese da resposta brasileira as ESPIN, Zika e COVID-19



Fonte: Elaboração própria.

3 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA

3.1 FUNDAMENTOS E PRINCÍPIOS DA APS NO BRASIL

3.1.1. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil

A Atenção Primária à Saúde é compreendida sob duas perspectivas: uma estratégia para a organização e reorganização dos sistemas de saúde, atuando como nível de atenção inicial, e como um modelo que propõe transformações na prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde (PREREIRA, OLIVEIRA, 2013). No contexto brasileiro, a APS constitui o eixo estruturante dos sistemas universais de saúde, fundamentando-se no princípio do acesso universal enquanto direito de cidadania e mecanismo de equidade para as populações mais vulneráveis (FIOCRUZ; CNS, 2018). Conforme destacam Giovanella e Mendonça (2012), este modelo assistencial caracteriza-se pela centralidade no usuário-cidadão, configurando-se como estratégia prioritária para a organização dos serviços de saúde. Sua operacionalização visa responder às necessidades sanitárias da população de forma regionalizada, contínua e sistematizada, conformando uma rede integrada de atenção (MATTA; MOROSINI, 2009).

O Relatório Dawson (1920) é considerado o primeiro documento a empregar o conceito de Atenção Primária à Saúde. Em seu conteúdo, propôs a divisão dos sistemas de saúde em níveis de atenção, especificando: centros de saúde primários e secundários, serviços suplementares e os hospitais de ensino.

A Declaração de Alma-Ata (1978) representa o segundo marco histórico no desenvolvimento da APS. Resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados

Primários de Saúde, organizada conjuntamente pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão, o documento define a APS como:

“Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, 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” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, p. 2-3, 1979).

A partir de Alma-Ata, surgiram elementos essenciais da APS, incluindo a educação em saúde, os programas de imunização, a prevenção de endemias, e o fornecimento de medicamentos essenciais (MENDES, 2012). O texto também exhibe a concepção de saúde como um direito humano e reafirma que a saúde não é somente a ausência de doenças, mas depende dos determinantes e condicionantes de saúde. Conforme destacam Giovanella e Mendonça (2012), a APS proposta em Alma-Ata foi concebida como eixo central dos sistemas nacionais de saúde, representando o primeiro nível de contato da população com os serviços de saúde.

Para Matta e Morosini, (2009), a Declaração de Alma-Ata foi um pacto de 134 países que defende a definição de APS citada, e também recomenda os serviços locais de saúde voltadas para as necessidades de saúde da população, constituída de maneira interdisciplinar, por: médicos, enfermeiros, auxiliares e agentes comunitários. Ainda para esses autores, a APS tornou-se uma referência nas reformas sanitárias em diferentes países nos anos de 1980 e 1990.

Em comemoração aos 40 anos de Alma-Ata, ocorreu o terceiro marco histórico internacional da APS, a Declaração de Astana, em 2018 no Cazaquistão, com a finalidade de renovar os ideais da APS para atingir a cobertura universal em saúde. Todavia, a nova declaração se distancia de Alma-Ata, pois corrobora para uma forte atuação do mercado e redução da intervenção estatal. Sua proposta consiste na combinação da gestão, através de seguradoras privadas ou públicas e na oferta de serviços por seguro, ou seja, uma APS seletiva, por serviços. Além disso, a proposta deixa de defender a justiça social como um pilar (Giovanella et al., 2019).

No Brasil, já existiam no início do século XX, de forma incipiente, várias propostas com diferentes concepções, desenvolvidas em diferentes regiões do país. A primeira iniciativa de APS antes do SUS foi na década de 1920 com os Centros de Saúde Escola criados na Universidade de São Paulo (USP), provavelmente influenciados pelo pensamento dawsoniano; a segunda foi com a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) na década de 1940, o qual articulava ações preventivas e curativas; a terceira foi na metade dos anos 1960 nas Secretarias Estaduais de Saúde com um modelo voltado para o público materno-infantil e as doenças infecciosas; a quarta experiência foi motivada pela Alma Ata e a Reforma Sanitária Brasileira na década de 1970, com o início dos programas de extensão da cobertura, os quais se transformaram em Programa de Interiorização das ações de Saúde e Saneamento, iniciado na Região Nordeste; a quinta iniciativa no início dos anos 1980 em consonância com o processo de redemocratização e da crise da Previdência Social, foi proposto as Ações Integradas de Saúde, seguida do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (LAVRAS, 2011, MENDES, 2015).

Com a implementação do SUS no início da década de 1990, uma nova estratégia foi implementada, sob influência externa dos modelos cubanos, canadenses e inglês, e também interna, dos modelos brasileiros referidos anteriormente, mas também no Projeto Integrado de Saúde Comunitária de Planaltina, em 1975, pela Universidade de Brasília e a Fundação de Serviço Social do Distrito Federal (MENDES, 2021).

O novo modelo assistencial que se iniciava partiu de ações promovidas pelo governo federal, principalmente em uma nova direção para as questões de financiamento e a descentralização, ações e serviços de saúde em nível municipal (FAUSTO et al. 2018). Em termos normativos, uma série de documentos oficiais foram aplicados no desenvolvimento da APS, o primeiro deles foi a Norma Operacional Básica (NOB) N.º 01/1996, a qual consolida o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, criado em 1991, e em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). O primeiro programa traz a Figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como um importante ator capilarizado nos territórios, o segundo programa, trouxe uma nova estratégia do modelo assistencial, com uma abordagem familiar e comunitária (LAVRAS, 2011; MENDES, 2021). Assim, a nova estratégia representa um marco na APS no Brasil, da mesma forma, no modelo organizacional do SUS, com a redefinição da porta de entrada no sistema, ampliação do acesso aos serviços, a constituição de equipes multiprofissionais e territorializadas e centradas na família (ENNES, 2023).

Com a finalidade de fortalecer a gestão do SUS, foi proposto em 2006 o “Pacto pela Saúde”, uma diretriz para o desenvolvimento da APS, um acordo estabelecido entre as três esferas de governo com três dimensões: pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão (CARNEIRO et al., 2014). Como efeito, foi instituída a primeira Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB) no mesmo ano, a qual estabelece a Estratégia da Saúde da Família (ESF), denominada anteriormente como PSF, como o modelo estratégico da APS, além disso, a PNAB de 2006, reconheceu as diferentes modalidades das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A PNAB de 2011, continuou na perspectiva de desenvolvimento da APS no Brasil, trouxe a obrigatoriedade do território definido para o planejamento das ações, assim como a população definida, reiterou a APS como porta de entrada e o desenvolvimento de um vínculo com a comunidade. Além disso, trouxe novos arranjos de equipes, com a inclusão das Equipes do Consultório de Rua, as Equipes de Saúde da Família Ribeirinha, com a implementação das UBS Fluviais (UBSF), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a ampliação da equipe de saúde bucal (FAUSTO et al. 2018). Foi nesse momento implementado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), composto por 24 indicadores, com a finalidade de analisar a qualidade da assistência, o programa Requalifica UBS, com as reformas e informatização das unidades, incluindo a criação do e-SUS AB, e a implementação do Programa Mais Médicos (PMM) (MELO et al. 2018).

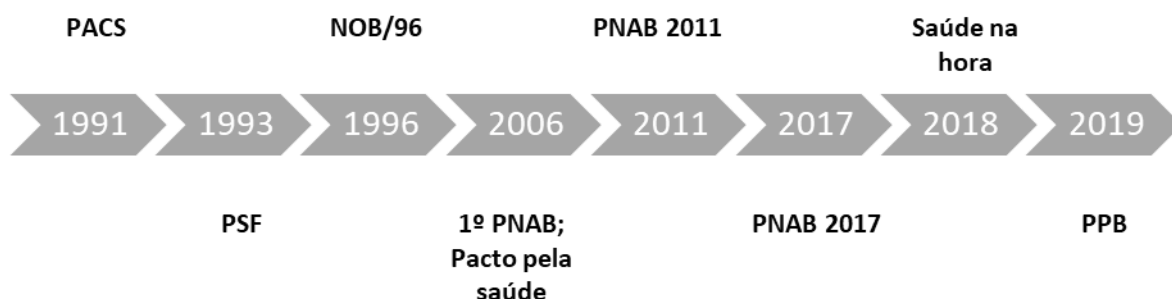
Em contrapartida, a revisão da PNAB de 2017, deu-se em um grave cenário de crise política e econômica no país, em uma ofensiva de reformas restritiva aos direitos sociais e contra a classe trabalhadora. A terceira PNAB foi posta com aspectos de descontinuidade e de muita flexibilização, no entanto, de maneira nebulosa, com a classificação de padrões ditos como “essenciais” – ações básicas - e “ampliados” – ações consideradas estratégicas – ou seja, enfraquecendo as ideias norteadoras de porta de entrada e de cobertura universal. Dentre os ataques e retrocessos, é possível citar alguns pontos negativo da PNAB de 2017, a redução do número de ACS ou mesmo sem a sua obrigatoriedade e sua ligação com o território, todavia, foram adicionadas novas atribuições, além das ações facultativas dos técnicos de enfermagem, a cobertura por usuários aumentou, onde cada equipe deveria ser responsável por 2.000 a 3.500 pessoas, o enfraquecimento das ações de educação permanente com a retirada de 8h semanais de formação e a perda do NASF-AB (denominado anteriormente apenas como NASF) da função de apoio (MELO et al. 2018; MOROSINI et al. 2018).

Ainda na mesma conjuntura política, o novo governo, a partir de 2018, passa a imprimir novas reformas. No mesmo ano, foi implementado um novo programa no âmbito da APS, o Saúde na Hora, nessa proposta a UBS passa atender a demanda espontânea de adoecimento agudo, ou seja, em formato de unidades de pronto-atendimento, em 60 horas semanais com regime de plantão. A proposta, além de romper com os ideais originários, não estabelece nenhuma articulação com os outros níveis de atendimento. De modo semelhante foi a proposta do Programa Médicos pelo Brasil, em substituição ao PMM (GIOVANELLA et al. 2020).

Em 2019 uma nova política de financiamento da APS é proposta em substituição do Piso de Atenção Básica, o Programa Previne Brasil (PPB), o novo financiamento estabelece o pagamento condicionado ao cumprimento de indicadores de desempenho e ao proporcional da população cadastrada (LIMA et al, 2022).

Dessa forma, a trajetória da APS no Brasil (Figura 10) tem se configurado como um processo dinâmico, marcado por avanços, reformulações e disputas em torno do seu papel estratégico no sistema de saúde, como modelo de atenção baseado na equidade, na integralidade e na garantia do direito à saúde.

Figura 10: Trajetória da APS no Brasil



Fonte: Elaboração própria.

3.1.2. Atributos essenciais da APS

A ideia da APS abrangente, parte da sua integração com o sistema de saúde para a finalidade de garantir acesso e cobertura universal (LIMA et al. 2018). Os atributos dificilmente são reproduzidos por todos em sua totalidade, o que consequentemente contribui para a heterogeneidade da qualidade da APS, para alguns autores, como Mendes (2021), uma APS de qualidade só será possível quando todos os atributos estiverem sendo aplicados.

A atuação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, envolve dessa maneira, quatro atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; três atributos derivados: focalização na família, orientação comunitária e competência cultural (MENDES, 2021).

Dessa maneira, os atributos são princípios estruturantes, segundo Starfield (2002) e Mendes (2021), os atributos essenciais da APS são definidos da seguinte maneira:

- Primeiro contato: implica em acessibilidade (acessibilidade geográfica: características relacionadas à distância, tempo de deslocamento, aos custos acessíveis; acessibilidade organizacional: características relacionadas ao modo de organização do serviço de saúde, como disponibilidade do serviço, o tempo para alcançá-lo, tipo de agendamento, turnos de funcionamento, tempo para fazer exames e tratamento), e a utilização a cada novo problema. A APS dessa forma, deve ser a porta de entrada preferencial no sistema de saúde, além disso, deve ser a reguladora para os demais equipamentos da rede de serviços de saúde;
- Longitudinalidade: diz respeito ao estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde com a população, consiste em um aporte regular de cuidado da equipe de saúde com a população prestada ao longo do tempo, deve ser de maneira consistente, com o desenvolvimento de um ambiente de relação recíproca de confiança;
- Integralidade (ou abrangência): consiste na capacidade em identificar as necessidades do sujeito, a partir do reconhecimento, para assim ofertar todos os serviços necessários e a prestação de serviços que englobam ações de promoção e prevenção, além de cura, cuidado, reabilitação e do cuidado paliativo. Além disso, a responsabilização dos serviços em outros pontos de atenção, tudo com a finalidade de atender as necessidades da população adstrita;
- Coordenação: consiste na capacidade de garantir a continuidade da atenção que exige seguimento constante, por meio da equipe de saúde em articulação com os outros níveis de atenção da RAS. Para isso, é necessário o compartilhamento das informações e o estabelecimento de referências/fluxos entre os serviços;

O quadro síntese abaixo (Figura 11) foi elaborado com a finalidade de facilitar a compreensão dos atributos essenciais da APS, apresentando de forma ilustrada cada conceito, seus componentes e sua finalidade.

Figura 11: Atributos essenciais da APS.

Atributo	Ideia Central	Componentes	Objetivo
Primeiro Contato	Porta de entrada preferencial do sistema de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Acessibilidade geográfica: distância, tempo de deslocamento, e os custos ; • Acessibilidade organizacional: disponibilidade do serviço, horário de atendimento; • Aceitabilidade cultural; • Uso a cada novo problema; 	Garantir o acesso oportuno e efetivo à população desde o primeiro contato do cuidado
Longitudinalidade	Relação contínua entre a população e a equipe de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimento de vínculo; • Relação de confiança; 	Construir relações para desenvolver a continuidade do cuidado
Integralidade	Oferta de cuidado em todas as dimensões da saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das necessidades; • Concepção de promoção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos; 	Oferecer um cuidado abrangente, resolutivo e humanizado, atendendo e respeitando às necessidades de saúde
Coordenação	Integração da APS com os demais níveis da RAS	<ul style="list-style-type: none"> • Continuidade do cuidado; • Compartilhamento de informações; • Estabelecimento de fluxos e referências; • Articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS); 	Assegurar que o usuário tenha um cuidado articulado e contínuo

Fonte: Starfield (2002) e Mendes (2021). Elaboração própria.

Os Atributos derivados – orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural – são definidos como: o primeiro consiste no conhecimento dos membros da família, cada um como um sujeito da atenção e como unidade do cuidado; o segundo no reconhecimento das necessidades das famílias, considerando seu contexto, o que exige sua integração com programas intersetoriais; o terceiro atributo diz a relação de respeito os costumes culturais das pessoas (MENDES, 2021).

3.1.3. Vigilância em Saúde no âmbito da APS

Antes de discutir a articulação entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária, é necessário, inicialmente, delimitar o conceito adotado. Esse campo tem se consolidado ao longo do tempo, ampliando seu objeto de atuação e passando por distintas transformações. Todavia, não é objetivo deste trabalho detalhar seus marcos históricos. Para fins de análise, será considerada a definição estabelecida pela Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNSV), de 2018.

Segundo a PNSV (RESOLUÇÃO 588, 2018), a vigilância em saúde consiste em um processo sistemático que compreende ações de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações relacionadas a eventos de interesse para a saúde. Esse processo visa subsidiar o planejamento e a execução de ações de saúde pública, englobando a regulação, a intervenção e o enfrentamento dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, com vistas à proteção e promoção da saúde da população, bem como à prevenção e ao controle de riscos, agravos e doenças.

Essa perspectiva dialoga com as ideias de Waldman (1998), para o autor, a vigilância em saúde é caracterizada como um processo ordenado de coleta de dados relativos a eventos adversos à saúde, seguido da análise e da posterior disseminação das informações.

Junto com o SUS, a vigilância em saúde também sofreu mudanças na sua estrutura de organização ao longo da sua implementação. Com as estratégias de descentralização, a gestão e a execução das ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária passaram de forma progressiva a ser de responsabilidade dos municípios, possibilitando a aproximação da vigilância com os determinantes sociais e o desenvolvimento do processo de trabalho com análises situacionais (SILVA, et al, 2021). As secretarias estaduais de saúde passaram a assessorar os municípios e o nível federal, representado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) é responsável pela coordenação nacional (OLIVEIRA, CRUZ, 2015).

Todavia, no Brasil, tem-se tentado desenvolver, desde o final dos anos 1980 uma vigilância em saúde, que o modelo de atenção à saúde, tenha uma outra lógica no processo de produção e serviço de saúde. Nessa concepção, a VS é concebida como um instrumento voltado à transformação dos determinantes do processo saúde-doença, a partir do conceito de território, na intervenção sobre problemas identificados, na atuação intersetorial, na promoção da saúde e na participação ativa da população (FARIA, BERTOLOZZI, 2009).

O conceito de território é fundamental nessa perspectiva, a VS nesse sentido, fundamenta-se no princípio da territorialidade, compreendendo que o trabalho em saúde deve estar inserido no contexto territorial. Essa inserção possibilita a identificação de problemas, a definição de prioridades e a mobilização de recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade, considerando as especificidades de cada situação. O território é concebido como o espaço onde se estabelecem as relações sociais, as condições de subsistência. Nesse modelo, a vigilância em saúde propõe que os agentes

sociais assumam o protagonismo na definição dos problemas e na busca por soluções. Embora o indivíduo seja o foco das ações, ele é compreendido como parte integrante da família, da comunidade, do sistema social e do ambiente em que está inserido (CAMPOS, 2003).

Essa concepção de VS, propõe uma reorganização do processo de trabalho a partir da lógica territorial, rompendo com os paradigmas tradicionais centrados na doença. Tal abordagem pressupõe a articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, configurando uma prática intersetorial que busca intervir sobre as condições de vida e saúde. Nesse modelo, a vigilância ultrapassa a lógica assistencialista, incorporando o reconhecimento dos problemas de saúde que requerem atenção contínua e ações planejadas a partir da análise do território (TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 2000).

Da mesma forma, para alguns atores (TEXEIRA et al. 2000; MONKEN, BARCELLOS, 2007; GUIMARÃES et al. 2018), a vigilância em saúde é entendida como um modelo de atenção e se caracteriza pela identificação dos fatores de risco ou dos determinantes sociais, atuando dessa forma no reconhecimento dos problemas de saúde, um processo dinâmico, que se articula de modo intersetorial e sobre um território, voltado para o reconhecimento e a resposta às necessidades sanitárias da população.

A compreensão da vigilância em saúde como um processo dinâmico e territorializada permite evidenciar sua estreita interface com a APS. Entretanto, essa articulação ainda não é completamente concretizada, pois ainda há lacunas nessa articulação (FARIA, BERTOLOZZI, 2009). As práticas de saúde na APS ainda possuem como norte o modelo biomédico, tendo a enfermidade como objeto principal, no desenvolvimento de programas especiais dirigidos a problemas específicos (OLIVEIRA, CASANOVA, 2009, PALLARÉS et al. 2016).

Além disso, a incorporação das práticas de vigilância no processo de trabalho das equipes da APS ainda representa um grande desafio, decorrente das condições sócio-históricas. A execução das ações de vigilância permanece fragmentada entre as esferas administrativas do SUS, o que tem dificultado a apropriação integrada dessas práticas pelas equipes da APS (REDE DE PESQUISA EM APS, 2022).

As evidências apresentadas nesta seção sugerem que o desenvolvimento das diretrizes legais e operacionais da vigilância em saúde e da Atenção Primária à Saúde não tem sido acompanhado pela formação adequada de profissionais nem pela garantia de condições necessárias para a efetivação de um modelo de atenção baseado no trabalho integrado. A abordagem que prioriza a identificação dos determinantes socioambientais

e a atuação intersetorial ainda enfrenta desafios significativos no cotidiano dos serviços de saúde (IVANCKO et al, 2021; SILVA, 2021).

3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA

Este capítulo apresenta os resultados da revisão integrativa realizada com o objetivo de compreender a atuação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal se organiza para situações de emergência de saúde pública e também identificar as estratégias de vigilância em saúde no âmbito da APS e seus atributos nas Emergências de Saúde Pública de 2007 a 2022.

3.2.1. Atuação da APS em situações de emergência

A busca na literatura revelou que poucos trabalhos abordam a atuação da APS em situações de emergência em saúde pública, sendo identificados apenas sete estudos publicados antes da pandemia de 2020. Em consonância, os autores Mazowita et al. (2006), Wynn e Moore (2012), Marsha et al. (2017) e Rust et al. (2009) destacam que a APS desempenha um papel essencial tanto na preparação quanto na resposta às emergências em saúde pública.

Mazowita et al. (2006) destacam que momentos epidêmicos ou pandêmicos são oportunos para o fortalecimento da integração entre a APS e os demais níveis de atenção. Segundo os autores, uma resposta eficaz a essas situações exige um sistema de atendimento primário que seja ágil e disponha de ampla cobertura. Além disso, ressaltam que o desenvolvimento dessas ações contribui para uma maior aproximação da APS com a população local, fortalecendo os vínculos e a confiança no serviço de saúde. Na mesma linha, Rust et al. (2009) reforçam que, nessas situações, a APS é fundamental para proteger populações vulneráveis e mitigar a sobrecarga sobre os serviços de emergência e hospitalares. Para os autores, os centros de saúde da APS podem atuar como componentes centrais da resposta local, oferecendo uma infraestrutura que vai além do cuidado clínico tradicional.

Essa perspectiva também é compreendida por Marsha et al. (2017), que apontam que a adesão das unidades de APS às ações de resposta a ESP estão associadas à melhoria para lidar com crises sanitárias. Os autores argumentam que a APS pode apoiar fazendo a triagem e encaminhando apenas os pacientes que realmente precisam de atendimento

de emergência. Essa ação foi observada na atuação da APS durante a pandemia de H1N1, onde a APS contribuiu para reduzir o número de casos nos serviços de emergência.

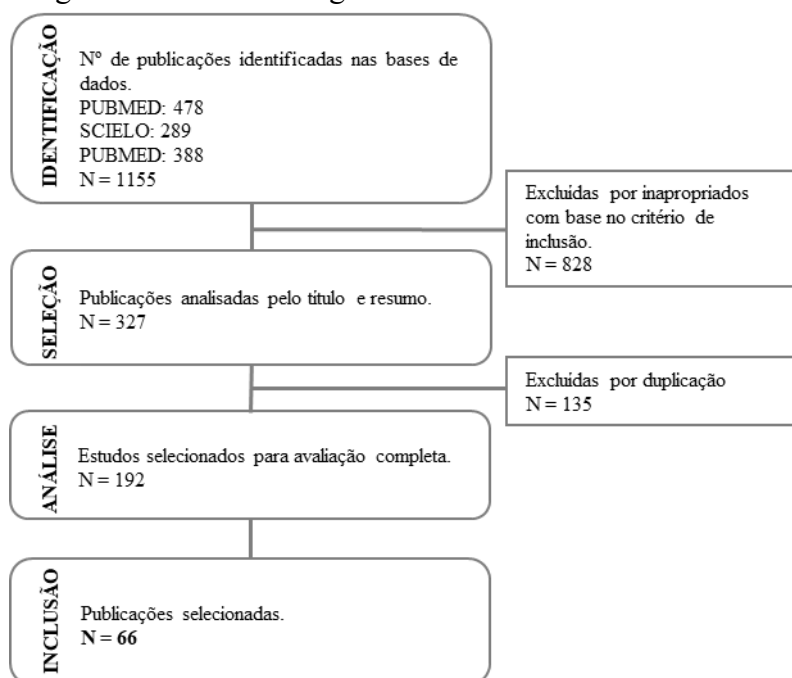
A relação do serviço de vigilância com a APS também é destacada por Rust et al. (2009) ao abordar o papel da APS durante a pandemia de H1N1, mostrou que a atuação da APS pode funcionar como sistema de alerta precoce, a partir da detecção de aumento na incidência e coleta de material para diagnóstico, desde que esteja integrada à rede de vigilância em saúde pública. A importância da articulação entre APS e saúde pública é também ressaltada por Wynn e Moore (2012), ao analisarem a estrutura das equipes de saúde da APS no contexto das respostas à pandemia de H1N1 em Ontário. Para os autores, a relação da APS com os gestores de saúde pública permitiu desenvolver estratégias em conjunto voltadas à identificação das necessidades das comunidades, bem como ao planejamento, implementação e avaliação de ações populacionais. Segundo os autores, a saúde pública pode atuar como parceira estratégica ao oferecer liderança técnica, ferramentas de vigilância e mecanismos de comunicação com a população, enquanto os profissionais da APS aplicam sua expertise no atendimento direto e no vínculo com o território.

A análise conjunta das contribuições desses autores permite observar uma convergência, a APS ocupa uma posição estratégica na resposta a situações de ESP, principalmente quando articulada com outros níveis de atenção e com a vigilância em saúde, além de desenvolver relação próxima com a comunidade local.

3.2.2. Síntese dos achados da revisão integrativa

Os achados da revisão integrativa foram tabulados e organizados no software Excel conforme os critérios pré-estabelecidos no item 1.3.1 (revisão bibliográfica: revisão integrativa e de documento). O resultado da busca utilizando os termos, foi de 1.155 trabalhos. Após a primeira triagem realizada por meio da leitura dos títulos e resumos, obteve-se um total de 327 trabalhos. A penúltima etapa consistiu na verificação de duplicidade, seguida pela última etapa, que envolveu a leitura integral dos trabalhos, momento em que foi realizada a análise conforme as etapas descritas no capítulo 1. A Figura 12 apresenta os resultados de cada etapa da análise.

Figura 12: Fluxograma da revisão integrativa.



Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 8 apresenta a caracterização geral dos estudos incluídos na revisão integrativa, considerando aspectos como idioma, ano de publicação, periódicos com maior número de artigos e o tipo de agravo ou emergência em saúde pública abordado.

Tabela 8: Caracterização geral dos estudos incluídos na revisão integrativa

CATEGORIA	VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO
Idioma das publicações	Inglês	56% (37)
	Português	42% (28)
	Espanhol	2% (1)
Ano de publicação	2020 a 2023	80% (53)
	2003 a 2017	13% (9)
Periódicos com maior número de publicações	Ciência & Saúde Coletiva	11% (7)
	Saúde em Debate	9% (6)
	Cadernos de Saúde Pública	6% (4)
	Front Public Health	6% (4)
	Trabalho, Educação e Saúde	6% (4)
Tipo de agravo ou emergência abordada	COVID-19	79% (52)
	Influenza	8% (5)
	Dengue	6% (4)

Fonte: Elaboração própria.

3.2.3. Os atributos essenciais da APS nas Emergências de Saúde Pública

Para identificar e classificar os achados da revisão integrativa, foi elaborado um instrumento específico, conforme apontado no subcapítulo 1.3.1, com a finalidade de

auxiliar na categorização temática. Nesse subcapítulo também estão os procedimentos metodológicos da análise.

De modo geral, foram identificadas diversas ações relacionadas aos atributos da APS. A mais recorrente foi a atuação da APS como o primeiro atendimento, principalmente para realização da triagem e classificação da gravidade, relacionada ao atributo de acessibilidade. O acompanhamento e/ou monitoramento dos casos, relacionado ao atributo da longitudinalidade, constituiu na terceira ação mais frequentemente observada, seguido do acolhimento dos casos suspeitos e a APS sendo a porta de entrada do serviço de saúde para as situações de ESP. Em contrapartida, não foram observadas de maneira clara as atribuições de cada profissional, as ações foram direcionadas para a APS, no entanto, muitas vezes sem a sinalização do profissional responsável.

O atributo de acessibilidade foi a questão mais observada em toda a revisão integrativa (Tabela 9), cerca de 83% dos textos abordaram essa temática. O local para fazer a triagem, a classificação da gravidade, ou seja, a avaliação de risco e a organização do fluxo de atenção, foi a ação mais abordada na literatura, com uma alta frequência de citações (32%). Diversos autores, como Mazowita et al. (2006), Rust et al. (2009), e Kurotschka et al. (2021), destacam a importância dessa ação para garantir o acesso rápido e eficiente aos serviços de saúde, especialmente em emergências. Isso indica que a organização da triagem é considerada um fator crucial para otimizar o fluxo de pacientes e reduzir a sobrecarga dos serviços de saúde durante as Emergências de Saúde Pública.

A segunda ação mais mencionada está relacionada ao "acolhimento dos casos suspeitos", com 12% das citações. Autores como Gomes et al. (2015), Williams et al. (2017) e Giovanella et al. (2020) enfatizam a relevância desse processo para garantir que os pacientes sejam adequadamente identificados e tratados desde o momento inicial do atendimento.

Outras ações, como a APS como porta de entrada do serviço de saúde, o tratamento de pacientes com quadros leves, e a adequação da infraestrutura, também foram abordadas, com frequências de 12%, 11% e 6%, respectivamente. Esses resultados reforçam a ideia de que a APS desempenha um papel fundamental no primeiro contato com os pacientes, identificando casos suspeitos e proporcionando um atendimento inicial, essa ideia foi observada principalmente nos trabalhos que abordam sobre dengue (WILLIAMS et al., 2017; GOIS-SANTOS et al., 2020; CARMONA et al., 2020). A ampliação do horário de atendimento, também foi mencionada como uma ação

importante para garantir que a APS seja acessível e capaz de atender a demanda crescente durante situações de emergência, com 5% da frequência nas citações.

Tabela 9: Quadro síntese do atributo: Acessibilidade

Acessibilidade	Autores	Frequência de citações
Local de realização de triagem, classificação da gravidade ou organização do fluxo de atenção;	MAZOWITA et al., 2006; RUST et al., 2009; PRADO et al., 2020; KUROTCHKA et al., 2021; GONG et al., 2021; KINDER, 2021; KINDER et al., 2021; YARI, et al., 2023; SENG et al., 2023; BAJOUVAND et al., 2023; MOTA et al., 2023; GIOVANELLA et al., 2020; MACIEL et al., 2020; MÉLLO et al., 2021; BRASIL et al., 2020; QUITES et al., 2023; FURLANETTO et al., 2022; PRADO et al., 2023; SILVA et al., 2022; GOMES et al., 2015; SANTANA et al., 2022	32%
Tratar dos pacientes com quadros leves	PRADO et al., 2020; MAZOWITA et al., 2006; SARTI et al., 2021; GIOVANELLA et al., 2020; FARIAS et al., 2023; GOMES et al., 2015; TEXEIRA et al., 2020;	11%
As equipes médicas da APS são os primeiros a atender, os responsáveis para identificar os casos suspeitos;	RUST et al., 2009; WYNN, MOORE 2012; SARTI et al., 2021; FURLANETTO et al., 2022	6%
Acolhimento dos casos;	GOMES et al., 2015; WILLIAMS et al., 2017; KUROTCHKA et al., 2021; GONG et al., 2021; GIOVANELLA et al., 2020; MACIEL et al., 2020; MÉLLO et al., 2021; SCHENKMAN et al., 2023; OLIVEIRA et al., 2021	12%
APS como porta de entrada do serviço de saúde	WILLIAMS et al., 2017; PRADO et al., 2020; VIANA et al., 2023; OZAHATA et al., 2016; FARIAS et al., 2023; GOIS-SANTOS et al., 2020; CARMONA et al., 2020; KRISHNAN et al., 2022;	12%
Ampliação do horário de atendimento;	MOTA et al., 2023; FARIAS et al., 2023, SARTI et al., 2021	5%
Ampliação do horário;	GIOVANELLA et al., 2020; FARIAS et al., 2023; SILVA et al., 2022; SARTI et al., 2021	6%

Fonte: elaboração própria.

A análise dos dados sobre o atributo longitudinalidade (Tabela 10) revela que a ação mais citada foi o "acompanhamento e/ou monitoramento dos casos", com uma

frequência de 38%. Diversos autores, como Mazowita et al. (2006) destacam a importância desse acompanhamento contínuo para garantir que os pacientes recebam a atenção necessária. As ações de acompanhamento e/ou monitoramento são essenciais, todavia sua efetividade se dará quando se tem o desenvolvimento de vínculo. A ação de monitorar requer um contato com certa constância e algumas vezes no domicílio do paciente, como aponta Sarti et al., (2021) ao abordar a necessidade de estabelecer um fluxograma de monitoramento domiciliar dos casos leves de COVID-19.

A segunda ação foi o "apoio ao isolamento domiciliar", com 9% das citações. Autores como Giovanella et al. (2021) ressaltam o papel crucial da APS no suporte ao isolamento de pacientes em suas residências através dos ACS, os quais faziam visitas peridomiciliares.

Tabela 10: Resultado do atributo: Longitudinalidade.

Longitudinalidade	Autores	Frequência de citações
Acompanhamento e/ou monitoramento dos casos	MAZOWITA et al., 2006; PRADO et al., 2020; GIOVANELLA et al., 2021; KUROTSCHKA et al., 2021, SARTI et al., 2021; MUGHAL et al., 2021; KALLON et al., 2023; YARI et al., 2023; BAJOULVAND et al., 2023; FRANÇA et al., 2023; QUITES et al., 2023; FURLANETTO et al., 2022; FARIAS et al., 2023; PRADO et al., 2023; TEXEIRA et al., 2020; FARLEY et al., 2017; SUBBA et al., 2021; OLIVEIRA et al., 2021; AMON et al., 2022;	29%
Apoio ao isolamento domiciliar;	PRADO et al., 2020; GIOVANELLA et al., 2021; SARTI et al., 2021; QUITES et al., 2023; FARIAS et al., 2023; PRADO et al., 2023;	9%

Fonte: elaboração própria.

O atributo da integralidade (Tabela 11) apresenta uma frequência de 15% dos trabalhos da revisão. O encaminhamento para outros níveis de atenção é uma ação essencial para a continuidade do cuidado, como observado por Mughal et al. (2021) essa ação precisa ser feita de maneira oportuna e precoce.

Tabela 11: Resultado do atributo: Integralidade

Integralidade	Autores	Frequência de citações
----------------------	----------------	-------------------------------

Encaminhamento para outros níveis de atenção	GIOVANELLA et al., 2020; PRADO et al., 2020; SARTI et al., 2021, MUGHAL et al., 2021; GIOVANELLA et al., 2020; BRASIL, 2020; TEXEIRA et al., 2020	11%
Ações de prevenção e promoção.	KUROTCHKA et al., 2021; SUBBA et al., 2021; KINDER et al., 2021;	5%

Fonte: elaboração própria.

A análise dos dados sobre o atributo da coordenação (Tabela 12) revela que apenas 6% dos trabalhos mencionaram esse atributo, sendo o menos citado em comparação com os demais. As ações de coordenação são essenciais para garantir uma coordenação eficaz entre os profissionais de saúde em diferentes níveis de atenção, principalmente em situações de emergência. O trabalho de kurotschka et al., (2021), relata que para uma vigilância ativa é preciso o compartilhamento de dados com os membros da equipe e sistemas de informação. Abordando casos de dengue, Gomes et al., (2015) e Farley et al., (2017), mencionam o uso de um instrumento específico. Essa é uma ação que promove a integração da informação, sendo essencial para coordenar o cuidado em rede, especialmente em emergências, facilitando a troca de dados entre as unidades de saúde, otimizando a continuidade do cuidado.

Tabela 12: Resultado do atributo: Coordenação

Coordenação	Autores	Frequência de citações
Compartilhamento de dados entre a equipe	KUROTCHKA et al., 2021	2%
Compartilhamento de dados no sistema de informação	KUROTCHKA et al., 2021; GONG et al., 2021	3%
Registro de saúde eletrônico;	VIANA et al., 2023	2%
Utilização de aplicações móveis para compilar notas clínicas;		
A utilização de um sistema médico integrado permite aos doentes acederem a todos os seus registos médicos em diferentes instituições.		

Fonte: elaboração própria.

A revisão integrativa evidencia que os atributos essenciais da APS são mobilizados de maneira diferenciada durante as ESP estudadas, se destaca os atributos de acessibilidade e longitudinalidade como os mais frequentemente citados. A predominância de ações voltadas à organização do fluxo de triagem e à ampliação do acesso revela a centralidade da APS como porta de entrada e estrutura estratégica para conter a sobrecarga dos demais níveis de atenção em cenários de crise (Mazowita et al.,

2006; Kurotschka et al., 2021; Giovanella et al., 2020). A continuidade do cuidado, expressa pelo acompanhamento dos casos e pelo apoio ao isolamento domiciliar, também se destacou como elemento chave para garantir resolubilidade e proximidade com os territórios, ainda que sua efetividade dependa da presença de vínculos e da atuação qualificada das equipes de saúde (Sarti et al., 2021; Giovanella et al., 2021).

Por outro lado, os atributos de integralidade e de coordenação apareceram com menor frequência nos estudos analisados, indicando possíveis lacunas na articulação entre os níveis de atenção e na integração das ações e sistemas de informação. Esse cenário evidencia a necessidade de fortalecer os mecanismos de articulação em rede e a adoção de tecnologias que favoreçam o compartilhamento de dados, a vigilância ativa e o cuidado coordenado em situações de emergência (Kurotschka et al., 2021; Mughal et al., 2021).

De modo geral, os achados reforçam o papel estratégico da APS na resposta às Emergências de Saúde Pública, mas também apontam desafios persistentes relacionados à sua capacidade de articulação, continuidade e integralidade do cuidado, especialmente em contextos de maior complexidade e pressão sobre o sistema de saúde.

3.2.4. Estratégias de Vigilância em Saúde adotadas pela APS nas Emergências de Saúde Pública

No que se refere às ações de Vigilância em Saúde desenvolvidas no âmbito da APS, foram identificadas 15 ações (Tabela 13). Entre essas, destacaram-se a notificação de casos, seguida do monitoramento de casos confirmados e suspeitos, bem como a identificação de casos suspeitos ou grupos vulneráveis e a realização de busca ativa.

A notificação de casos, sejam suspeitos ou confirmados é a ação mais recorrente entre os estudos analisados, com uma frequência de 36%. Diversos autores, como Williams et al. (2017), Prado et al. (2020, 2021, 2023), Mathews et al. (2021), Gong et al. (2021), Kinder et al. (2021), entre outros, reforçam que a notificação realizada pela APS permite o monitoramento da situação epidemiológica, além de representar um elo direto entre os territórios e os sistemas de vigilância.

O monitoramento de casos confirmados, suspeitos, contatos, isolamento social e grupos de risco ou vulneráveis parece como a segunda ação mais frequente nas ações de Vigilância em Saúde no âmbito da APS, com 27%. Autores como Kurotschka et al. (2021), Mughal et al. (2021), Giovanella et al. (2020, 2021), Prado et al. (2021), Mota et al. (2023) e Rust et al. (2009) destacam que a APS possui capacidade territorial para garantir esse acompanhamento, principalmente através das visitas.

A identificação de casos suspeitos e/ou grupos vulneráveis é também uma das mais mencionadas nos trabalhos observados, com 18% de frequência das citações. Estudos como os de Mughal et al. (2021), Giovanella et al. (2020, 2021), Prado et al. (2020, 2021), e Viana et al. (2023) destacam que a APS, por sua inserção territorial e vínculo com a população, apresenta uma vantagem estratégica para identificar precocemente mudanças no perfil de adoecimento e na situação de risco.

A busca ativa apresenta 17% de frequência das citações. Para autores como Kurotschka et al. (2021), Giovanella et al. (2020, 2021), e Mota et al. (2023), a busca ativa realizada pelas equipes da APS nos territórios possibilita a identificação precoce de casos, mesmo entre indivíduos assintomáticos ou que não buscaram espontaneamente os serviços de saúde. Para Pulido et al. (2022), essa ação pode ainda contribuir para impedir a cadeia de transmissão, o autor utilizou como exemplo os casos sintomáticos de COVID-19.

O rastreamento de contatos, presente em 9% dos estudos, aparece como ação relevante na contenção de surtos, em razão da sua proximidade com os usuários, sendo amplamente destacada por Mughal et al. (2021), Prado et al. (2021), Frias et al. (2023) e Kallon et al. (2023). Também com 9% de frequência nas citações está a coleta de amostras e/ou realização de testes rápidos, os autores Giovanella et al. (2020, 2021), Mazowita et al. (2006) e Floss et al. (2020) apontam que essa prática, quando desenvolvida no âmbito da APS, é oportuna e coloca esse nível de atenção como protagonista na identificação precoce de surtos e no controle da disseminação de agravos em contextos de ESP. O compartilhamento de dados e fluxos de informação é mencionado em 9% dos estudos. Para Temte et al. (2010), Bajoulvamd et al. (2023), Maciel et al. (2020) e Rust et al. (2009), essa ação fortalece a articulação entre vigilância e APS, e entre diferentes esferas do sistema de saúde.

As visitas domiciliares são apontadas por 8% dos estudos como prática relevante da APS em situações de ESP. Conforme Kurotschka et al. (2021) e França et al. (2023), esse tipo de ação favorece o acompanhamento longitudinal dos usuários em seu contexto social, viabilizando tanto o monitoramento clínico como o fortalecimento do vínculo.

A triagem foi identificada em 5% dos estudos (Giovanella et al., 2021; Yari et al., 2023; Prado et al., 2023) como ação complementar à vigilância, o que reforça a capacidade da APS para fazer a primeira avaliação dos casos.

A capacidade da APS de funcionar como sistema de alerta precoce, citada por Mazowita et al. (2006) e Floss et al. (2020), corresponde a 3% das menções. Os autores

sugerem essa ação seja incorporada à APS, a fim de possibilitar a identificação de aumentos inesperados na incidência de determinada doença, bem como a detecção de pontos críticos nos territórios.

Com apenas 2% cada, ou seja, uma citação, são apontadas ações relevantes na APS, como: o desenvolvimento de protocolos e planos de ESP, ações de comunicação, investigação epidemiológica, além da realização de reuniões entre APS e o serviço de vigilância (IDRIS et al., 2015; GIOVANELLA et al., 2020; WYNN et al. 2012; YARI et al., 2023; WILLIAMS et al., 2017).

Tabela 13: Ações de Vigilância em Saúde adotadas pela APS durante ESP

Ação	Autores	Frequência de citações
Notificação de casos (confirmados e/ou suspeitos)	WILLIAMS et al., 2017, PRADO et al., 2020, MATHEWS et al., 2021., GONG et al., 2021., KINDER et al., 2021., SARTI et al., 2021., PRADO et al., 2023., VIEIRA-MEYER et al., 2023., PATIÑO et al., 2022, QUITES et al., 2023, TEXEIRA et al., 2020, BRASIL, 2020., MÉLLO et al., 2021, FURLANETTO et al., 2022, FRANÇA, et al., 2023, GOMES, et al., 2015, MACIEL et al., 2020, MOTA et al., 2023, GIOVANELLA et al., 2020, PRADO et al., 2021, MUGHAL et al., 2021, KUROTSCHKA et al. 2021, SILVA et al., 2022, OZAHATA et al., 2016	36%
Monitoramento dos casos confirmados, suspeitos ou de contato, de isolamento social, de grupos de risco e/ou vulneráveis.	KUROTSCHKA et al. 2021, MUGHAL et al., 2021, GIOVANELLA et al., 2021, PRADO et al., 2021, MOTA et al., 2023, YARI et al., 2023, FRANÇA, et al., 2023, SANTANA et al., 2022, MÉLLO et al., 2021, RUST et al., 2009, GIOVANELLA et al., 2020, VIANA et al., 2023, FRIAS et al., 2023, KALLON et al., 2023, SILVA et al., 2022, TEXEIRA et al., 2020, FLOSS et al., 2020, PATIÑO et al., 2022	27%
identificação de casos suspeitos e/ou grupos vulneráveis/risco;	MUGHAL et al., 2021, GIOVANELLA et al., 2021, PRADO et al., 2021, GIOVANELLA et al., 2020, VIANA et al., 2023, PRADO et al., 2020, KALLON et al., 2023, SILVA et al., 2022, MÉLLO et al., 2021, MACIEL et al., 2020, PATIÑO et al., 2022, TEXEIRA et al., 2020.	18%
Busca ativa	PULIDO et al., 2022, KUROTSCHKA et al. 2021, GIOVANELLA et al., 2021, GIOVANELLA et al., 2020, MOTA et al., 2023, FRANÇA, et al., 2023, SILVA et al.,	17%

	2022, MÉLLO et al., 2021, MACIEL et al., 2020, PRADO et al., 2020, FRIAS et al., 2023	
Rastreamento de contato;	MUGHAL et al., 2021, PRADO et al., 2021, FRIAS et al., 2023, KALLON et al., 2023, TEXEIRA et al., 2020, MACIEL et al., 2020	9%
Coleta de amostras e/ou realização de testes rápidos;	GIOVANELLA et al., 2021, MAZOWITA et al., 2006, PRADO et al., 2021, FLOSS et al., 2020, GIOVANELLA et al., 2020, PRADO et al., 2020	9%
Compartilhamento de dados, fluxos de informação;	TEMTE et al., 2010, BAJOULVAMD et al., 2023, MACIEL et al., 2020, PATIÑO et al., 2022, RUST et al., 2009, WILLIAMS et al., 2017	9%
Visita domiciliares;	KUROTSCHKA et al. 2021, GIOVANELLA et al., 2021, KALLON et al., 2023, FRANÇA, et al., 2023, MACIEL et al., 2020	8%
Triagem de contatos e/ou assintomáticos;	GIOVANELLA et al., 2021, YARI et al., 2023, PRADO et al., 2023.	5%
A APS pode fazer parte do sistema de alerta precoce, com o objetivo de reconhecer o aumento de incidência do agravo;	MAZOWITA et al., 2006, FLOSS et al., 2020	3%
Desenvolvimento de protocolos;	IDRIS et al., 2015	2%
Potencializar recursos de comunicação coletiva existentes na comunidade: rádios comunitárias, grupos de mensagens, carro de som etc.;	GIOVANELLA et al., 2020	2%
Realização de investigação epidemiológica, gestão de risco e monitoramento de ESP; Elaboração de planos de ESP no âmbito da APS;	WYNN et al. 2012	2%
Fornecimento de EPI;	YARI et al., 2023	2%

Realização de reuniões permanentes entre os coordenadores da Atenção Básica e Vigilância em Saúde para traçar estratégias e planos de trabalho; Definição dos profissionais que são referência para os assuntos atinentes às arboviroses em cada unidade de saúde;	WILLIAMS et al., 2017	2%
--	-----------------------	----

Fonte: elaboração própria.

A análise das estratégias de Vigilância em Saúde no âmbito da APS, durante situações de emergência em saúde pública, evidência a diversidade e a relevância das ações desempenhadas por esse nível de atenção. A notificação de casos aparece como a prática mais recorrente, reforçando o papel da APS como elo entre os territórios e os sistemas de vigilância em saúde (Williams et al., 2017; Prado et al., 2020, 2023).

Em seguida, ações como o monitoramento contínuo de casos e o acompanhamento de grupos vulneráveis destacam a capilaridade e a inserção territorial da APS, que permitem uma vigilância ativa e contextualizada (Kurotschka et al., 2021; Mughal et al., 2021; Giovanella et al., 2021). Estratégias como a busca ativa, o rastreamento de contatos, a realização de testes rápidos e o compartilhamento de informações também foram frequentemente citadas, revelando a capacidade da APS de atuar de forma proativa, integrada e articulada com os demais níveis de atenção (Pulido et al., 2022; Floss et al., 2020; Temte et al., 2010).

Embora ações como a elaboração de protocolos, a comunicação de risco e a investigação epidemiológica tenham sido menos mencionadas, sua presença, ainda que pontual, demonstra o potencial da APS em ampliar sua atuação estratégica em contextos de ESP. Os achados reforçam a ideia de que a APS desempenha funções fundamentais de vigilância em saúde, contribuindo não apenas para a identificação precoce e o controle dos agravos, mas também para a respostas mais coordenadas e resolutivas em situações de crise sanitária.

4 - A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL E A RESPOSTA A SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA SANITÁRIA

4.1 O SISTEMA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

4.1.1. Breve história da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

Para Hildebrand (2008), o sistema de saúde do Distrito Federal pode ser dividido em três fases: o Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília ou Plano Bandeira de Mello, de 1960 a 1978; o plano de Jofran Frejat, de 1979, inspirado no NHS do Reino Unido e nas concepções de Alma Ata; e, a partir da década de 1990, com a implementação do SUS e o fim dos governos biônicos, quando o DF passou a ter governador eleito (Figura 13).

Figura 13: Fases do Sistema de Saúde do Distrito Federal.

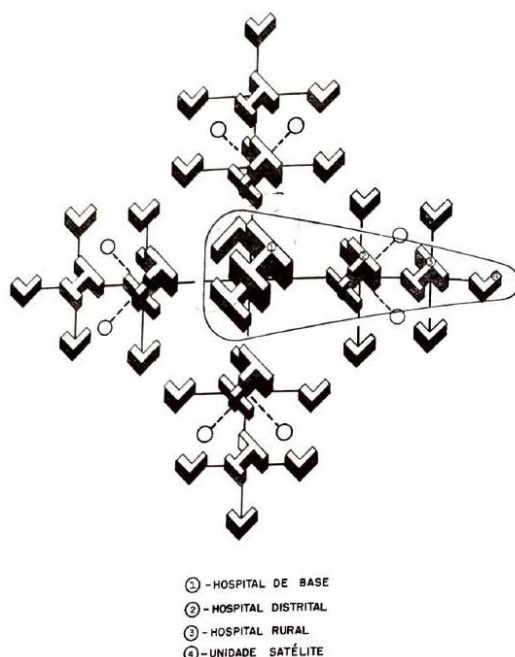


Fonte: Hildebrand (2008). Elaboração própria.

O sistema de saúde do DF foi desenvolvido junto com a cidade, nos primeiros anos a atenção à saúde foi destinada a todos, o cuidado era universal, não existia saúde privada, o objetivo era atender todos os trabalhadores oriundos de diferentes lugares do país que vieram para construir Brasília (SILVA, 2000; HILDEBRAND, 2008; GOTTEMS et al. 2009).

Elaborado em 1959 pelo Dr. Henrique Bandeira de Mello, o Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília, foi inspirado no livro “Design and Construction of General Hospitals”, o qual apresenta um sistema de complexidade crescente e com normas de planejamento, arquitetura, distribuição em áreas e administração geral (SILVA, 2000). A proposta era uma rede de assistência médica dinâmica, com um hospital de base no centro e unidades espalhadas de acordo com a densidade demográfica e a geografia da cidade (Figura 14) (BANDEIRA DE MELLO, 1959).

Figura 14: Representação do aspecto geral das unidades componentes da rede hospitalar do Plano Bandeira de Melo.



Fonte: Bandeira de Mello, 1959

O Plano Bandeira de Mello tinha como proposta um Hospital de Base, que centraliza a coordenação e integração da rede assistencial, além de atuar em pesquisa médica e formação de profissionais. Os Hospitais Distritais ofereciam assistência médica, cirúrgica, obstétrica, emergencial e preventiva, enquanto os Hospitais Rurais funcionavam como postos avançados, atendendo a população rural. As Unidades Satélites realizavam vigilância médica-sanitária em áreas com pequenas concentrações populacionais, e a Colônia Hospitalar abrange unidades para cuidados específicos, como doenças mentais, doenças crônicas, tuberculose, reabilitação, entre outros (BANDEIRA DE MELLO, 1959). A expectativa era que essa estrutura atendesse 500.000 pessoas, conforme o desenvolvimento da cidade (KANIAK, 1999). A proposta previa o desenvolvimento planejado dos serviços de saúde, assim como Brasília, ou seja, com a interação das unidades de saúde com a expansão da cidade e da densidade populacional.

Embora o Plano Bandeira de Mello não tenha sido totalmente implementado, ele foi inovador ao antecipar a descentralização e municipalização dos serviços de saúde, criando uma nova organização para a rede de assistência do DF (SANTANA, 2010). O plano visava integrar as unidades de saúde à expansão da cidade, com a criação do Serviço de Saúde de Brasília, responsável pelo planejamento e execução de programas de saúde pública, com a separação entre órgãos executivos e normativos e descentralização dos serviços em três zonas: central, intermediária e rural (BANDEIRA DE MELLO, 1959).

O segundo momento corresponde ao Plano de Assistência à Saúde no Distrito Federal, que propôs a mudança do foco, da doença para a saúde. A proposta de Frejat enfatizava uma medicina preventiva e comunitária, com cuidados primários em centros de saúde urbanos e rurais, com médicos com formação em ginecologia, pediatria, clínica médica (GOTTEMS et al. 2019). No atendimento à população, devem ser consideradas suas necessidades e interesses básicos, com a vigilância sanitária e epidemiológica atuando na observação e análise a nível comunitário. A regionalização dos serviços, organizada por área populacional, contribui para o acesso às estruturas médicas, enquanto as unidades satélites concentravam os atendimentos primários (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 1979).

O Distrito Federal é considerado por alguns atores (CARVALHO, 1999; SANTANA, 2010) como pioneiro da atenção primária. Em 1974, no centro de saúde denominado Unidade Sanitária de Planaltina (USP), recebeu o projeto “Saúde Familiar” que permaneceu em execução por três anos na cidade satélite de Planaltina e no núcleo rural Jardim. O objetivo do projeto era estabelecer um modelo de atendimento à saúde adaptado às condições da região, caracterizado como uma forma de medicina comunitária, envolvendo a formação de estudantes de graduação e pós-graduação do campo da saúde. O projeto compreendia três aspectos: a articulação da universidade com o serviço local de saúde, a participação social e a formulação de um novo perfil profissional - o agente de saúde, também chamado de auxiliar de saúde - recrutado na própria comunidade (SANTANA, 2010).

Na década de 1980, o plano de assistência à saúde no DF estabeleceu a divisão do Distrito Federal em oito Coordenações, também chamadas de Administrações Regionais de Saúde. Existia dessa forma, uma regionalização dos serviços de saúde com a finalidade de direcionar o acesso da população de acordo com o grau de complexidade (MARQUES, 1982; SANTANA, 2010).

A partir da década de 1990, com a implementação do Sistema Único de Saúde e, a adoção de um novo modelo de assistência à saúde no Brasil, além da criação do Programa Saúde da Família, do Ministério da Saúde, e da eleição dos primeiros governadores no Distrito Federal, a organização dos serviços de saúde foi naturalmente impactada e passou por novas modificações.

A primeira iniciativa no âmbito da APS foi o Programa Saúde em Casa (PSC), implementado em 1997, foi a primeira tentativa de implementar a ESF e foi conduzida pelo Instituto Candango. No entanto, essa estratégia enfrentou diversas limitações, como

a desarticulação com as estruturas existentes- os centros e postos de saúde -, a contratação de trabalhadores através de organização não governamental e a retribuição salarial acima do funcionalismo público (GÖTTEMS et al., 2009). Essas questões contribuíram para a forte resistência dos servidores à nova proposta. Posteriormente, em 1999, foi implementado a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF), do Ministério da Saúde, denominado pelo Governo do DF de Programa Família Saudável (SANTANA, 2010).

Até 2015, a organização da rede de serviços de saúde da SES-DF preservou as características das décadas anteriores, mantendo uma estrutura predominantemente hospitalocêntrica, além da coexistência do modelo tradicional, baseado na prestação de serviço por meio de especialidades médicas com a ESF. Segundo Kashiwakura et al. (2016), observava-se significativo investimento na assistência hospitalar e ambulatorial, ao mesmo tempo em que a APS se apresentava desarticulada em relação aos demais níveis de atenção, como a rede de serviços de média e alta complexidade.

Havia uma falta de uniformidade no modelo de assistência da APS, com forte predominância no modelo tradicional, muitas unidades funcionavam sem a organização da ESF, apresentando diferentes arranjos profissionais e prestavam serviços que não eram considerados compatíveis com atenção primária. Além disso, as unidades apresentavam diferentes arranjos organizacionais e de funcionamento, o que gerava um cuidado fragmentado, distante dos atributos da APS. Esse cenário era em grande parte resultante da existência de duas Leis Distritais - nº 318 de 1992 e N.º 2.339 de 1999, as quais estabeleciam gratificações de até 35% sobre os salários dos trabalhadores atuantes em serviços com ESF, independentemente do envolvimento em ações dessa estratégia (CORRÊA et al., 2019).

A partir de 2015, o DF começa uma reforma no seu sistema de saúde, com a finalidade de estabelecer uma rede de atenção à saúde para uma proposta regionalizada, o primeiro movimento importante foi com o Decreto de nº 36.918 de 2015 (Brasília, 2015; FONSECA, 2019; PISCO, 2019) que altera a estrutura administrativa da secretaria de saúde, a qual passa a ter além da Administração Central, as Superintendências de Regiões de Saúde, as Unidades de Referência Assistencial e as Unidades de Referência Distrital.

As modificações na organização territorial sanitária começaram a ser implementadas em 2016. Com o decreto de nº 37.057 uma nova estrutura administrativa é formada a partir da organização dos serviços de saúde em rede. Em seguida, com o decreto de nº 37.515 de 2016 foi instituído o Programa de Gestão Regional da Saúde (PRS) para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. Ainda no mesmo ano,

por meio da Resolução nº 465/2016 é estabelecido a Atenção Primária à Saúde como a estratégia prioritária da SES-DF e a coordenadora da rede de atenção à saúde. Além disso, o decreto ainda traz algumas definições importantes, como (Brasília, 2015; Brasília, 2016; GDF, 2019).:

- Região de Saúde: área geográfica contínua formada pelo agrupamento de Regiões Administrativas vizinhas, constituída com o propósito de integrar, de forma coordenada, a organização, o planejamento e a execução das ações e dos serviços de saúde;
- Unidade de Referência Distrital – URD: estabelecimento de saúde de especificidades assistenciais, especialização ou finalidade específica, de referência para todas as Regiões de Saúde;
- Rede de Atenção à Saúde: arranjo integrado e articulado de ações e serviços de saúde, tendo a APS como coordenadora;
- Acordo de Gestão Regional (AGR): instrumento formal pactuado entre a SES-DF, as Superintendências das Regiões de Saúde e as Unidades de Referência Distrital;
- Acordo de Gestão Local (AGL): instrumento formal pactuado entre Superintendências das Regiões de Saúde e as Unidades de Saúde situadas em seu território, bem como entre a Direção-Geral da URD e suas unidades internas.

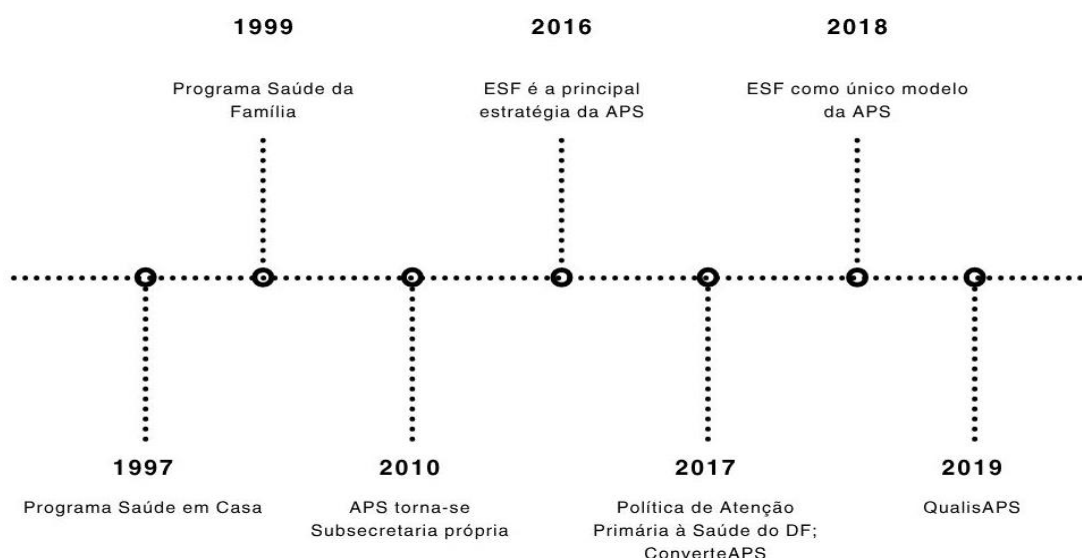
A partir do ano de 2017, o DF passou por um processo de reestruturação, apoiada no Projeto Brasília Saudável, cuja finalidade era o fortalecimento da APS através da adoção da ESF como modelo assistencial. Diante disso, o primeiro marco foi a Portaria nº 77 de 2017, a qual estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, fundamentada na ESF. Para implementar essa medida, os profissionais de saúde do modelo tradicional tiveram a opção de passar por um processo de alteração funcional para integrar as equipes de ESF. Essa ação ficou conhecido popularmente como “Converte”, foi regulamentado pela Portaria SES/DF nº 78, de 14 de fevereiro de 2017, que estabeleceu a formação de equipes de transição, mediante capacitação e o cumprimento de requisitos específicos para composição das equipes de ESF. No ano seguinte, foi aprovado a Lei nº 6.133/2018, que oficializou a ESF como modelo de organização da APS no DF (TASCA et al., 2019).

Considerando o recorte de tempo da tese, o último marco importante da APS no DF é o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (Qualis-APS), implementado em 2019. Trata-se de uma iniciativa resultante de parceria

interinstitucional entre a SES-DF, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade de Brasília, cujo objetivo é contribuir na consolidação da ESF por meio de ações articuladas em três eixos: avaliação dos serviços prestados pela APS, oferta de cursos de aperfeiçoamento e especialização para profissionais da ESF, e comunicação e divulgação científica de conhecimentos sobre o SUS no DF. O Qualis-APS constitui um sistema de avaliação estruturado e contínuo, baseado em padrões de qualidade locais, elaborados por meio de oficinas com profissionais de saúde e usuários, e organizados em cinco dimensões.

Embora a APS tenha sido inserida na agenda política do DF desde a década de 1970 e tenha passado por diferentes mudanças ao longo do tempo, foi a partir de 1997 que essas mudanças ganharam maior visibilidade (GÖTTEMS et al., 2019). No entanto, a institucionalização da Política de Atenção Primária no DF, ocorrida somente em 2017, é considerada tardia quando comparada com outros entes federativos (SANTOS et al., 2024) (Figura 15).

Figura 15: Linha do tempo da APS no DF.



Fonte: Elaboração própria.

Apesar de contar com uma rede de serviço de saúde hierarquizada e regionalizada desde os anos de 1970 (HILDEBRAND, 2008) e ser fundamentada na melhor literatura, com orientações adequadas, a prática no DF não seguiu esse modelo. Por muitos anos, o DF manteve uma gestão centralizadora e hospitalocêntrica, e, embora fizesse parte do sistema de saúde, a APS foi considerada por um longo período como “acessória” ao atendimento hospitalar (GÖTTEMS et al., 2009).

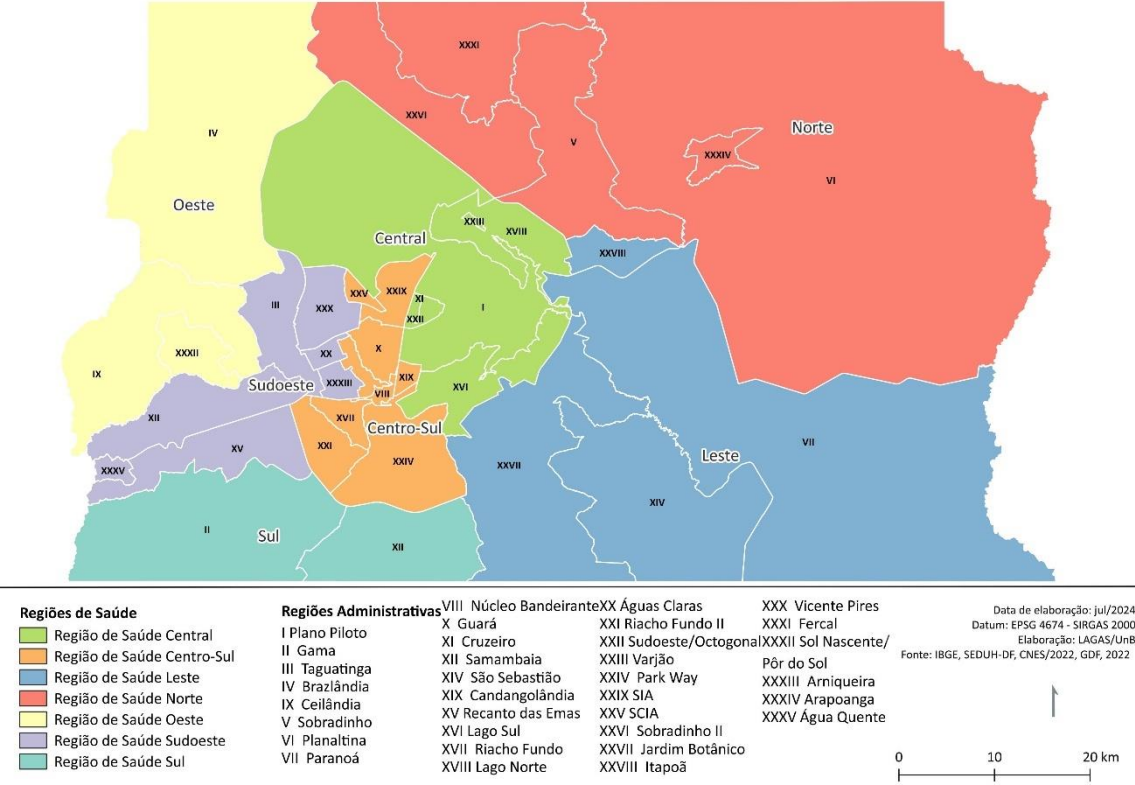
4.1.2 A organização do SUS-DF

O Distrito Federal apresenta características institucionais singulares em comparação aos demais entes federativos. No âmbito da saúde, acumula as funções administrativas atribuídas simultaneamente aos níveis estadual e municipal, o que resulta em um aumento significativo de responsabilidades e competências na gestão (FONSECA, 2019). Ademais, por se constituir como ente federativo único no processo de regionalização da saúde, o DF não estabelece pactuação com outros municípios ou estados para a organização de sua rede de serviços. Outro aspecto relevante é que o SUS-DF é o único modelo federativo que assume integralmente a gestão de todos os níveis de atenção à saúde, abrangendo desde a APS até os serviços de média e alta complexidade, além das ações de Vigilância em Saúde Pública (CORRÊA et al., 2019).

Em relação ao financiamento, o fato de o DF abrigar a capital do país- Brasília- por essa razão, recebe o Fundo Constitucional do Distrito Federal, regulamentado pela lei de nº 10.633/2002. Com isso, desde 2003, Brasília recebe um subsídio anual para a organização e manutenção da segurança pública, saúde e educação, por conseguinte, paga um dos maiores salários no Brasil para essas três categorias (BRASIL, 2002; FONSECA, 2019).

A SES-DF é responsável pela gestão organizacional do sistema de saúde, bem como pela formulação de planos e políticas públicas. A estrutura territorial é formada por sete Superintendências de Regiões de Saúde, além de Unidades de Referência Distrital (URD), Unidades Contratualizadas e Órgãos Vinculados. Cada Região de Saúde é responsável pela gestão local de todos os níveis de atenção em sua área de abrangência. As superintendências estão subordinadas diretamente ao secretário de saúde, e cada uma delas é dirigida por um superintendente (Figura 16) (GDF, 2024):

Figura 16: Unidades Pública de Saúde do Distrito Federal.

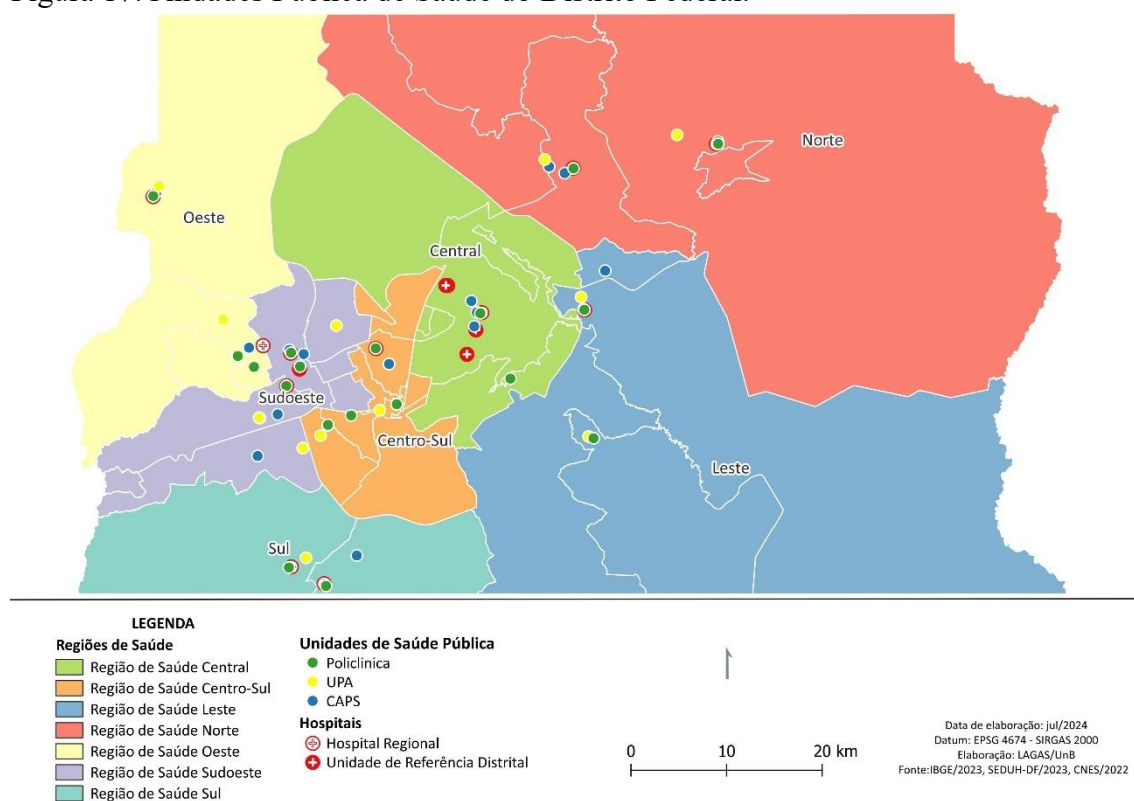


Fonte: IBGE, CNES 2022, GDF, 2019. Elaboração própria.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no ano de 2022, o Distrito Federal possui 16 hospitais públicos, sendo 5 URD e 11 Hospitais Regionais, 18 Policlínicas, 13 Unidades de Pronto Atendimento (UPA-24h) e 18 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

As URD são unidades de alta complexidade que oferecem serviços especializados e de referência para toda a população do DF, sendo: Hospital da Criança de Brasília (HCB), Hospital de Apoio de Brasília (HAB), Hospital Materno Infantil DR. Antônio Lisboa (HMIB) e o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP). Cabe destacar que esses serviços estão concentrados no centro de Brasília, no Plano Piloto, com exceção do HSVP, localizado em Taguatinga (Figura 17).

Figura 17: Unidades Pública de Saúde do Distrito Federal.

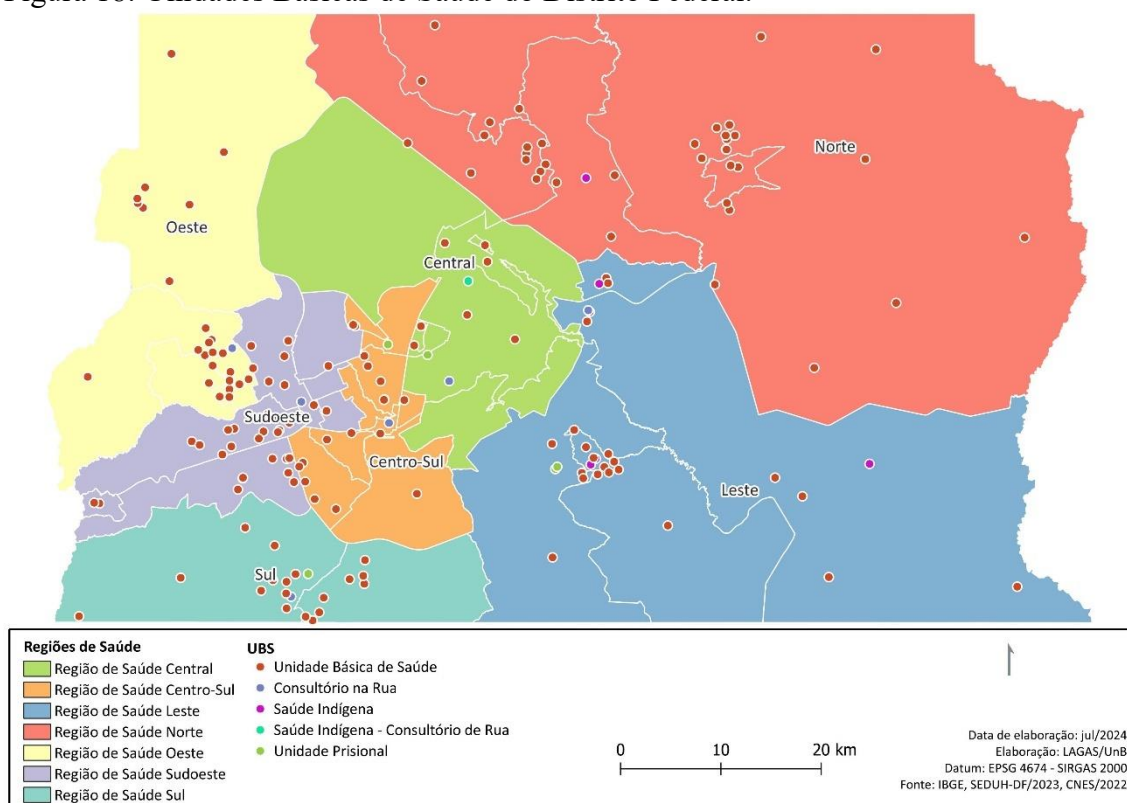


Fonte: IBGE, CNES 2022, SEDUH-DF 2023. Elaboração própria.

As Unidades Contratualizadas correspondem aos serviços de saúde prestados em parceria com entidades privadas ou organizações sociais controladas pela SES-DF, no ano de 2022 ela eram, o Hospital de Base do Distrito Federal, o Hospital Regional de Santa Maria, o Instituto de Câncer e Pediatria Especializada e todas as Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs).

As UBS somam 177 unidades no ano de 2022, com diferentes conformações, são elas: UBS, Posto Rural, Consultório na Rua, Saúde Indígena e Unidade Prisional (Figura 18). E os órgãos vinculados, descentralizados, com a finalidade de apoiar a gestão, são eles: Conselho de Saúde do Distrito Federal, Fundação Hemocentro de Brasília e a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

Figura 18: Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal.



Fonte: IBGE, CNES 2022, SEDUH-DF 2023. Elaboração própria.

A Tabela abaixo (14) ilustra a distribuição dos estabelecimentos de saúde no Distrito Federal no ano de 2022. A região com maior número absoluto de UBS, corresponde as regiões periféricas, como Planaltina com 18 UBS (10%), Ceilândia com 16 (9%), com o mesmo número de UBS Samambaia e Gama, cada uma com 13 (7%). Consequentemente, essas também possuem as maiores médias de cobertura da ESF, em contrapartida, apresentam uma menor presença de serviços de média e alta complexidade. Por outro lado, regiões administrativas como Lago Sul, Sudoeste/Octogonal e Águas Claras não apresentavam nenhuma UBS até o ano de 2022. Observa-se também uma alta concentração dos estabelecimentos especializados no Plano Piloto, somando 80% das unidades URDs e 40% dos Centros de Especialidades. Esse contraste, revela a região de saúde Central com a concentração dos serviços secundários e terciários, evidenciando uma estrutura mais direcionada a atenção especializada do que para a APS.

Tabela 14: Distribuição das unidades de saúde do DF em 2022.

Região de Saúde	Região Administrativa	UBS		Média de ESF	Hospital Regional		URD		UPA		CAPS		Policlínica		Centro de Especialidades	
		N	%		N	%			N	%	N	%	N	%	N	%
Central	Cruzeiro	2	1%	10,00	1	9%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Lago Norte	2	1%	6,50	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Lago Sul	0	0%	0,00	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%
	Plano Piloto	5	3%	23,00	1	9%	4	80%	0	0%	3	17%	1	5%	12	40%
	Sudoeste/Octogonal	0	0%	0,00	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Varjão	1	1%	3,00	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Centro-Sul	Candangolândia	1	1%	5,00	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Guará	5	3%	23,67	1	9%	0	0%	0	0%	1	6%	1	5%	2	7%
	Núcleo Bandeirante	2	1%	7,00	0	0%	0	0%	1	8%	0	0%	1	5%	1	3%
	Park Way	1	1%	1,00	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Riacho Fundo	2	1%	10,00	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%
	Riacho Fundo II	5	3%	16,58	0	0%	0	0%	1	8%	1	6%	1	5%	0	0%
	SCIA/Estrutural	2	1%	3,00	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	SIA	1	1%	0,00	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Leste	Itapoã	3	2%	2,00	0	0%	0	0%	0	0%	1	6%	0	0%	0	0%
	Jardim Botânico	7	4%	6,00	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Paranoá	8	5%	22,92	1	9%	0	0%	1	8%	1	6%	1	5%	2	7%
	São Sebastião	11	6%	19,00	0	0%	0	0%	1	8%	0	0%	1	5%	2	7%
Norte	Arapoanga	2	1%	*	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Fercal	5	3%	4,00	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Planaltina	18	10%	50,33	1	9%	0	0%	1	8%	1	6%	2	11%	1	3%
	Sobradinho	5	3%	22,00	1	9%	0	0%	1	8%	1	6%	1	5%	2	7%
	Sobradinho II	8	5%	21,00	0	0%	0	0%	0	0%	1	6%	0	0%	0	0%
Oeste	Brazlândia	9	5%	13,00	1	9%	0	0%	1	8%	1	6%	1	5%	0	0%
	Ceilândia	16	9%	67,00	1	9%	0	0%	2	15%	1	6%	2	11%	1	3%
Sudoeste	Água Quente	2	1%	*	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Águas Claras	0	0%	0,00	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Arniqueira	1	1%	1,00	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Recanto das Emas	8	5%	35,00	0	0%	0	0%	1	8%	1	6%	0	3%
Samambaia	13	7%	65,00	1	9%	0	0%	1	8%	2	11%	1	3%
Sol Nascente/Pôr do Sol	2	1%	13,00	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Taguatinga	8	5%	56,00	1	9%	1	20%	0	0%	2	11%	2	7%
Vicente Pires	1	1%	8,00	0	0%	0	0%	1	8%	0	0%	0	0%
Sul Gama	13	7%	41,00	1	9%	0	0%	1	8%	0	0%	1	5%
Sul Santa Maria	8	5%	30,00	1	9%	0	0%	0	0%	1	6%	1	3%
TOTAL	177	100%		11	100%	5	100%	13	100%	18	100%	19	100%

Fonte: CNES, 2022. Elaboração própria.

Os dados da Pesquisa Distrital Por Amostra de Domicílios (PDAD) de 2021 (Tabela 15), apresentam informações sobre a cobertura de plano de saúde privado, e sobre o serviço de saúde que buscou na última vez que precisou de atendimento. De maneira geral, a distribuição do primeiro serviço de saúde buscado pela população do DF, quando precisou de atendimento, evidencia o papel essencial da Atenção Primária à Saúde (APS), conforme mostrado na Tabela 15. A Unidade Básica de Saúde (UBS) foi o serviço mais procurado (43,45%). Esse dado reforça a importância da APS como principal porta de entrada na rede de atenção à saúde, corroborando seu papel estratégico na organização do cuidado. O segundo serviço mais buscado foram os consultórios ou clínicas privadas (12,97%), seguidos pelas farmácias (11,99%), prontos-socorros ou emergências de hospitais públicos (6,59%), pronto-atendimentos ou urgências de hospitais privados (4,97%) e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) (4,13%).

Tabela 15: Serviços de saúde inicialmente buscado no DF.

Primeiro serviço que procurou na última vez que precisou de atendimento em saúde	%
Posto de saúde/ UBS	43,45%
Consultório particular (clínica privada)	12,97%
Nunca precisou	12,83%
Farmácia	11,99%
Pronto socorro ou emergência de hospital público	6,59%

Pronto atendimento ou urgência de hospital privado	4,97%
UPA	4,13%
Ambulatório de hospital público	1,24%
Centro de especialidades/ policlínica do sus	0,79%
Outro serviço	0,61%
Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato	0,21%
No domicílio, com médico particular	0,12%
No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família	0,11%

FONTE: PDAD 2021. Elaboração própria.

Os dados revelam que, menos de 1/3 da população do DF possui plano de saúde privado (32,48%), as RAs com os maiores percentuais de população com plano de saúde privado foram respectivamente: Lago Sul (91,22%), Sudoeste/Octogonal (86,17%), Águas Claras (82,88%), Park Way (76,81%), Jardim Botânico (69,29%) e o Plano Piloto (69,18). Em contrapartida, as RAs com os menos percentuais de cobertura de plano de saúde privado foram Itapoã (4,36%), SCIA/Estrutural (4,98%), Sol Nascente / Pôr do Sol (6,04%), Paranoá (6,62%) e São Sebastião (8,01). Em relação a distribuição do primeiro serviço de saúde procurado pela população do DF, na última vez que necessitou de atendimento, os dados apontam que a UBS foi o serviço mais procurado, principalmente por moradores das RAs SCIA (73,8%), Riacho Fundo II (64,1%), Paranoá (64,2%) e Sobradinho II (63,9%), esses lugares indicam, conseqüentemente uma forte dependência dos equipamentos públicos de saúde (Tabela 16).

Tabela 16: Proporção de pessoas com plano de saúde privado e distribuição do primeiro serviço de saúde procurado pela população do DF, por região administrativa.

Região de Saúde	Região Administrativa	UBS	Consultório particular (clínica privada)	Farmácia	Pronto socorro ou emergência de hospital público	Pronto atendimento ou Urgência de hospital privado	UPA	Possui plano de saúde privado
Central	Plano Piloto	37,47%	24,08%	8,44%	5,16%	9,95%	(***)	69,18%
	Cruzeiro	30,84%	26,68%	9,40%	6,00%	12,26%	(***)	62,02%

	Lago Sul	28,67%	55,37%	7,08%	(***)	1,80%	(***)	91,22%
	Lago Norte	38,97%	35,00%	8,45%	1,18%	9,37%	(***)	66,01%
	Sudoeste/Octogonal	44,68%	21,94%	7,82%	1,98%	9,27%	(***)	86,17%
	Varjão	51,30%	(***)	12,03%	9,80%	(***)	(***)	9,48%
Centro-Sul	Núcleo Bandeirante	25,60%	9,29%	10,48%	6,26%	5,41%	4,67%	31,69%
	Guará	52,28%	19,49%	14,18%	2,35%	2,37%	1,68%	58,66%
	Riacho Fundo	31,09%	10,33%	9,70%	4,58%	7,89%	6,16%	29,88%
	Candangolândia	35,20%	10,44%	14,91%	5,87%	7,88%	1,43%	29,53%
	Riacho Fundo II	65,51%	2,47%	13,82%	1,42%	(***)	5,50%	18,31%
	Park Way	35,71%	21,25%	11,07%	(***)	14,17%	(***)	75,81%
	SIA	30,51%	(***)	15,17%	(***)	26,76%	(***)	60,06%
	SCIA/Estrutural	73,58%	1,79%	8,82%	2,63%	(***)	1,75%	4,98%
Leste	Paranoá	64,23%	2,50%	10,81%	10,81%	(***)	(***)	6,62%
	São Sebastião	47,24%	4,31%	9,73%	3,71%	(***)	15,08%	8,01%
	Jardim Botânico	34,07%	19,52%	5,98%	3,63%	23,70%	2,74%	69,29%
	Itapoã	63,08%	2,30%	12,83%	6,47%	(***)	(***)	4,36%
Norte	Sobradinho	53,40%	12,32%	7,88%	5,24%	7,95%	4,32%	37,98%
	Planaltina	55,61%	7,29%	14,83%	6,98%	(***)	1,89%	15,77%
	Sobradinho II	65,96%	9,70%	8,18%	2,26%	1,37%	6,41%	17,82%
	Fercal	55,78%	3,70%	5,19%	4,12%	(***)	2,96%	13,01%
Oeste	Brazlândia	42,66%	12,40%	19,29%	9,97%	(***)	(***)	16,67%
	Ceilândia	42,18%	6,31%	12,62%	11,26%	6,19%	4,85%	14,93%
Sudoeste	Taguatinga	39,71%	17,97%	13,59%	7,17%	6,59%	2,47%	35,80%
	Samambaia	41,32%	10,36%	7,53%	8,52%	4,32%	7,07%	19,16%
	Recanto das Emas	30,83%	10,09%	8,73%	8,36%	3,37%	16,16%	16,58%
	Águas Claras	42,64%	30,79%	11,05%	1,08%	2,26%	0,73%	82,88%
	Vicente Pires	44,05%	16,41%	23,01%	1,81%	2,54%	1,43%	49,16%
	Sol Nascente/Pôr do Sol	48,63%	2,22%	10,85%	12,62%	3,77%	7,62%	6,04%
	Arniqueira	37,09%	11,01%	10,22%	5,91%	13,85%	4,40%	35,00%
Sul	Gama	21,87%	11,80%	24,40%	6,27%	3,60%	3,05%	30,86%

Santa Maria	31,27%	9,54%	13,56%	12,88%	3,03%	2,22%	19,17%
DF	43,45%	12,97%	11,99%	6,59%	4,97%	4,13%	32,48%

Fonte: PDAD 2021. Obs.: As regiões administrativas Arapoanga e Água Quente, no período de coleta de dados do PDAD, essas regiões pertenciam respectivamente as regiões do Paranoá e Recanto das Emas e Samambaia. (**): Estimativa não divulgada por insuficiência de amostra. Elaboração própria.

4.2 As Emergências de Saúde Pública no DF

Segundo os dados levantados, entre 2007 e 2022, o Distrito Federal declarou cinco Emergências de Saúde Pública de nível estadual/distrital. Do total, três foram motivadas em razão de desassistência (2011, 2015 e 2019), uma foi em razão do risco de epidemia de arboviroses e a última referente à pandemia de COVID-19, ambas em 2020 (Tabela 17).

Tabela 17: Emergências de Saúde Pública de nível estadual/distrital do Distrito Federal

ANO	EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA	AÇÃO GOVERNAMENTAL	NORMATIVA
2011	Declara estado de emergência no âmbito da Saúde Pública do Distrito Federal - situação de desassistência	Criação do grupo de trabalho para gestão e educação permanente dos AVAS; Análise dos processos de horas extras das unidades hospitalares; Criação de força-tarefa de enfermeiros e técnicos para atuarem no HRSM; Análise para a alocação ou redistribuição de motoristas, técnicos em higiene bucal, técnica em radiologista e auxiliar de enfermagem, assistente social, enfermeiro, farmacêutico, fonoaudiólogo, médico, nutricionista e terapia ocupacional.	DECRETO Nº 32.713/2011 PORTARIA Nº 28/2011, PORTARIA Nº 19/2011, PORTARIA Nº 56/2011, PORTARIA Nº 98/2011, PORTARIA Nº 97/2011
2015	Declara a situação de emergência no âmbito da Saúde Pública do Distrito Federal - situação de desassistência	Solicitação de dispensa de licitação para aquisição de medicamentos e insumos; Determina que os servidores que possuem dois vínculos com lotação na Administração Central desta Secretaria, cumpram a carga horária de um dos vínculos na área de assistência; Força tarefa de médicos para o atendimento na assistência; Criação de um Grupo de Trabalho para analisar a situação dos medicamentos, materiais, equipamentos e dar encaminhamento para aquisição; Prorrogação por mais 180 dias;	DECRETO Nº 36.279/2015; Parecer Normativo 27/2015; PORTARIA Nº8/2015; PORTARIA Nº 68/2015; PORTARIA Nº 102/2015; DECRETO Nº 36.613/2015; DECRETO Nº 37.059/2015
		Prorrogação por mais 180 dias; Todos os pediatras lotados na APS deverão fazer no mínimo 6h OU 12h semanais em Pronto Socorro ou em UPA; Estabelece ações conjuntas entre o DF e o Estado de Goiás, para cooperação do controle das doenças transmitidas pelo Aedes aegypti; Suspensão enquanto durar a emergência: licença sem vencimento e afastamento para tratar interesse particular, redistribuição de servidor, cessão de servidor para outros órgãos; Prorrogação por mais 180 dias; Os cargos de médico, enfermeiro, téc de enf e aux de enf. lotados na APS, devem exercer parte da carga horária nos serviços de urgência e emergência: UPA ou UTI. No mínimo 6h para carga horária de 12h e 20h para carga horária de 40h semanais; Criação de um Grupo de Trabalho para oferecer suporte, através de recursos humanos, à situação de emergência;	DECRETO Nº 37.059/2016 PORTARIA Nº 61/2016; TERMO DE RESOLUÇÃO CONJUNTA Nº 01 /2016; DECRETO Nº 37.485/2016; PORTARIA Nº 127/2016; PORTARIA Nº 231/2016; DECRETO Nº 37.727/2016
		Prorrogação por mais 180 dias;	DECRETO Nº 37.952/2017

2019	Declara a situação de emergência no âmbito da Saúde Pública em razão do estado de desabastecimento da rede pública de saúde distrital e de patente desassistência	Suspender, pelo período de 180 (cento e oitenta dias), as concessões de afastamentos por licença sem vencimento para interesse particular, afastamento para curso de pós-graduação e redistribuição de servidores	DECRETO Nº 39.619/2019; PORTARIA Nº 38
2020	Declara situação de emergência no âmbito da saúde pública no Distrito Federal, em razão do risco de epidemia por doenças transmitidas pelo Aedes;	Contratação por tempo determinado de 300 AVA e 300 ACS; Criação do COE-COVID; Contratação temporária de: 140 Médicos; 150 Enfermeiros; 80 Especialistas em Saúde e 530 Técnicos em Saúde; Criação de um grupo executivo, formado por diferentes secretarias do DF para o desenvolvimento de ações de prevenção e mitigação da COVID-19 e à Dengue; Criação da comissão de apoio técnico à vigilância epidemiológica para o enfrentamento da Emergência de COVID-19; Criação do Comitê Científico Operacional de Estratégias de Enfrentamento à COVID-19, com o objetivo de propor e conduzir estratégias de integração para as ações de atenção e vigilância à saúde. SES em parceria com: IGES/DF, Fiocruz, UnB, CSDF; Normas e movimentação provisória dos servidores da SES, por necessidade do serviço em diferentes unidades de saúde, para auxiliar as medidas de emergência em saúde pública; Criação da Câmara técnica com o objetivo de padronizar as notas técnicas, protocolos e demais documentos técnicos, relativos a tratamento, linhas de cuidado e manejo de pacientes dentro de todas as unidades de saúde, nos diversos níveis de Atenção da SES-DF para o COVID-19;	DECRETO Nº 40.416/2020; DECRETO Nº 40.475/2020; PORTARIA Nº 21/2020; PORTARIA Nº 127/2020 DECRETO Nº 40.512/2020; PORTARIA Nº 158/2020; PORTARIA Nº 241/2020; PORTARIA Nº 195/2020; PORTARIA Nº 241/2020; PORTARIA Nº 220/2020; ORDEM DE SERVIÇO Nº 74/2020;
	Declara situação de emergência no âmbito da saúde pública no Distrito Federal, em razão do risco de pandemia do novo coronavírus	Criação do Comitê Gestor de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 na SES/DF; Contratação temporária para bando de cadastro de 70 médicos; 30 Fisioterapeutas, 50 Enfermeiros e 100 Técnicos em Enfermagem; Contratação temporária para banco de cadastro de 100 Médicos com especialidade em Medicina de Emergência ou Clínica Médica), com carga horária de 20 horas semanais.	PORTARIA Nº 35/2021; PORTARIA Nº 101/2021; PORTARIA Nº 205/2021.

Fonte: Elaboração própria.

A análise das ações governamentais do DF relacionadas as ESP revela um padrão de respostas predominantemente direcionado na gestão de recursos humanos, na reestruturação administrativa e na adoção de algumas medidas específicas, como a criação de força tarefa e suspensão de férias, com a justificativa de assegurar a continuidade da assistência. Para além disso, chama atenção o fato de que todas as três declarações de ESP por desassistência ocorreram nos primeiros dias de novos mandatos de governadores no DF. Esse padrão pode indicar não apenas o reconhecimento da situação crítica, supostamente herdada pelas novas gestões, mas também sugere a possibilidade de uso estratégico desses decretos como ferramenta administrativa, com a finalidade de reorganizar contratos e flexibilizar procedimentos legais, como contratações emergenciais e suspensão de vínculos, utilizando a justificativa da urgência sanitária.

Em 2020, diante de uma dupla emergência, risco de epidemia por arboviroses e a pandemia da COVID-19, houve ampliação das estratégias adotadas, com destaque para a criação de comitês e câmeras técnicas, a contratação temporária de profissionais, e a integração interinstitucional com universidades, institutos e demais setores do Governo do DF. Essas ações podem indicar uma resposta mais articulada, envolvendo componentes de vigilância epidemiológica, assistência à saúde, de produção ciência e de outros segmentos. Todavia, observa-se que poucas ações se relacionam diretamente com APS ou com uma perspectiva de vigilância em saúde territorializada. Nesse sentido, a principal ação identificada foi a contratação de profissionais, incluindo Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agente de Vigilância Ambiental e Saúde (AVA) (PORTARIA Nº 21, 28 DE JANEIRO DE 2020).

Ao realizar a busca por declarações de emergência, de um modo geral, observou-se a ocorrência de outras dez situações “anormais”, classificadas como Situação de Emergência, que, embora não tenham sido formalmente reconhecidas como ESP no âmbito da saúde pública, apresentam implicações diretas ou indiretas para a saúde (Tabela 18). Foram identificadas três declarações relacionadas a incêndios florestais, uma decorrente de inundações, três motivadas por problemas de limpeza urbana e outras três atribuídas à redução do volume de chuvas. Esses eventos, embora distintos em sua natureza, compartilham o potencial de afetar determinantes ambientais e sociais da saúde, exigindo, portanto, atenção integrada do setor saúde.

Tabela 18: Situação de Emergência no Distrito Federal

ANO	TIPO DE EMERGÊNCIA	AGRAVO/RAZÃO	LOCAL	FONTE
2007	Declara situação anormal, caracterizada como Situação de Emergência, em razão de incêndio florestal	Incêndio Florestal	Parque Nacional de Brasília	DECRETO Nº 28.220, DE 23 DE AGOSTO DE 2007
2008	Declara situação anormal, caracterizando como Situação de Emergência, em razão das fortes chuvas, desastre natural relacionado com o incremento das precipitações hídricas com as inundações	Fortes chuvas, desastre natural relacionando com o incremento das precipitações hídricas com inundações	Fercal, na RA Sobradinho II (Fercal ainda não era uma RA)	DECRETO Nº 28.715 DE 25 DE JANEIRO DE 2008
2010	Declara situação anormal, caracterizada como Situação de Emergência, no Distrito Federal, em razão de Incêndio Florestal	Incêndio Florestal	Parque Nacional de Brasília	DECRETO Nº 32.229, DE 20 DE SETEMBRO DE 2010
2011	Declara situação anormal, caracterizada como Situação de Emergência, no Distrito Federal, em razão do excessivo número de focos de incêndios florestais, e dá outras providências.	Incêndio Florestal	Todo DF	DECRETO Nº 33.197, DE 14 DE SETEMBRO DE 2011
2012	Decreta a situação de emergência e iminente perigo no âmbito da limpeza urbana do Distrito Federal, e dá outras providências	Limpeza urbana	Todo DF	DECRETO Nº 33.949, DE 17 DE OUTUBRO DE 2012
2014	Decreta a situação de emergência e iminente perigo no âmbito da limpeza urbana do Distrito Federal, e dá outras providências	Limpeza urbana	Todo DF	DECRETO Nº 35.411, DE 08 DE MAIO DE 2014
2015	Declara a situação de emergência e de perigo no âmbito da Limpeza Pública do Distrito Federal e dá outras providências	Limpeza urbana	Todo DF	DECRETO Nº 36.528, DE 29 DE MAIO DE 2015
2016	Decreta situação de emergência nas áreas agrícolas do Distrito Federal atingidas pela redução do volume de chuvas nos meses de fevereiro, março e abril de 2016	Redução do volume de chuvas	Todo DF	DECRETO Nº 37.386, DE 6 DE JUNHO DE 2016
2017	Decreta situação de emergência e determina restrições para o uso de água no Distrito Federal	Redução do volume de água nos reservatórios	Todo DF	DECRETO Nº 37.976, DE 24 DE JANEIRO DE 2017
2017	Decreta situação de emergência e determina restrições para o uso de água no Distrito Federal	Redução do volume de água nos reservatórios	Todo DF	DECRETO Nº 38.648, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2017

Fonte: Elaboração própria.

Diante dos achados, observa-se que o DF apresenta um número reduzido de declarações formais de situações de emergências ou estado de calamidade pública, quando comparado a outros estados, especialmente sob a ótica da Defesa Civil e do sistema S2iD. Esse cenário indica a necessidade de uma análise mais aprofundada sobre

essa questão: ou situações de emergência não são oficialmente declaradas, ou, de fato, não há situações que se configuram como emergência. Dessa maneira, é importante compreender os fatores que influenciam essa baixa incidência e avaliar a capacidade de detecção e resposta de eventos críticos no âmbito da saúde pública.

4.2.1 Mecanismos de resposta a Emergências de Saúde Pública

No que se refere às ESP motivadas por situações de desassistência, a revisão documental não identificou registros que descrevam ações específicas voltadas à APS ou façam referência direta a esse tipo de nível de atenção nesse contexto.

Em relação a ESP decorrentes de doenças transmitidas pelo *Aedes*, foi identificada somente a criação de um Grupo Executivo para o desenvolvimento de ações de prevenção e mitigação para dengue e à COVID-19 (Decreto nº 40.512 de 13 de março de 2020), com a participação de diferentes órgãos do governo. No entanto, além da formalização desse grupo, não foram encontradas outras iniciativas específicas no âmbito distrital. Apesar da proposta de articulação intersetorial, não foram localizadas ações voltadas diretamente para a Atenção Primária à Saúde.

Por outro lado, diante da magnitude e complexidade da pandemia de COVID-19, observou-se um movimento distinto. Para essa ESP, o DF publicou, ao longo da pandemia, diferentes documentos com orientações para o serviço da APS. Para melhor compreender essa atuação, a análise foi estruturada com base nos atributos essenciais da APS, conforme apresentado na Tabela 19.

Tabela 19: Ações de resposta da APS do Distrito Federal

NORMATIVA	TRECHO
Primeiro contato	
GDF, 2020-Circular n.º 2/2020 GDF, 2020- nota técnica 9/2020	Acolhimento e atendimento para casos suspeitos; Acolhimento e encaminhar para uma sala reservada de atendimento; Escuta ativa; Fazer classificação de risco; Atender as demandas agudas;
GDF, 2020-plano de contingência do DF abr/2020 GDF, 2020-Carteira de serviços GDF, 2020-Nota técnica 1/2020	Reorganização das agendas para atender as demandas espontâneas, priorizando o atendimento para pessoas com sintomas respiratórios;
GDF, 2020-Nota técnica 1/2020	Organização de escala para atendimento, com turnos de 4-6 horas;
GDF, 2020-Circular nº2	A partir de junho/2020 as UBS passam a realizar os testes rápidos para casos sintomáticos;
GDF, 2020- Plano de contingência V6	Porta de entrada preferencial para os casos suspeitos de COVID-19;
GDF, 2020-Carteira de serviços	Desenvolver diferentes arranjos de acolhimento para atender todas as pessoas que buscam atendimento;
Longitudinalidade	
GDF, 2020-Circular n.º 2/2020	Acompanhamento dos casos suspeitos sem sinais de gravidade; acompanhamento da evolução do caso no domicílio;

GDF, 2020-plano de contingência do DF fev/2020 GDF, 2020-plano de contingência do DF abr/2020 GDF, 2020- Plano de contingência V6	Acompanhamento dos casos leves; Fazer monitoramento domiciliar;
GDF, 2020-Nota técnica 1/2020 GDF, 2020-circular n6-2020	Fazer teleatendimento e telemonitoramento, priorizando os casos vulneráveis
Integralidade	
GDF, 2020-plano de contingência do DF abr/2020	Monitorar pessoas vulneráveis: idosos, pessoas com comorbidades;
GDF, 2020-Carteira de serviços	Fazer orientações
GDF, 2020- nota técnica 4/2020	Atividades coletivas com ações de promoção da saúde e de prevenção de doença;
GDF, 2020(DOC)	Ações de promoção, prevenção e manejo de demandas de saúde mental;
GDF, 2020-Nota técnica 1/2020	Reconhecer as necessidades da comunidade e compreender o território
Coordenação	
GDF, 2020-plano de contingência do DF abr/2020	Articular com outros níveis de atenção;
GDF, 2020-Circular n-10 GDF, 2020- nota técnica 9/2020 GDF, 2020-circular 6/2020	Estabelecer fluxo de referência com os outros níveis, atendendo os casos leves e encaminhando os casos conforme a avaliação clínica;
GDF, 2020-Nota técnica 1/2020 GDF, 2020-circular n6-2020	Atendimento com o modelo fast-track;
Vigilância em Saúde	
GDF, 2020-plano de contingência do DF abr/2020 GDF, 2020-informe tec 1 GDF, 2020- nota técnica 9/2020	Fazer notificação dos casos; Fazer a coleta de amostras;
GDF, 2020-Carteira de serviços	Busca ativa de casos suspeitos; Identificar, notificar e investigar casos suspeitos

Fonte: Elaboração própria.

A análise das ações voltadas ao atributo do primeiro contato indica a centralidade da APS como porta de entrada do sistema de saúde durante a pandemia de COVID-19. No entanto, esse papel não foi valorizado no início da pandemia. Como observa Favoreto (2020), houve uma ênfase na atenção hospitalar, justificada pelo argumento da elevada taxa de letalidade, em decorrência disso, diversos municípios redirecionaram os recursos da APS para a assistência hospitalar, ignorando sua potencialidade. Somente a partir de junho de 2020, as unidades básicas no Distrito Federal passaram a ser consideradas espaços preferenciais para os primeiros atendimentos de casos respiratórios e para a realização dos testes rápidos. Para Prado et al. (2020), a atuação da APS no momento inicial da pandemia foi perdida, em razão da ausência de uma autoridade sanitária nacional, comprometendo sua atuação no controle precoce da transmissão e na organização dos fluxos assistenciais nos territórios.

No que diz respeito à longitudinalidade, as ações se concentraram no acompanhamento de casos leves e no monitoramento domiciliar, com o apoio das

estratégias de teleatendimento e o telemonitoramento. Essas práticas reforçam a importância do trabalho do ACS nesse processo, conforme destacado por Kurotschka et al. (2021), por sua atuação direta nos territórios e manutenção do vínculo com as famílias. Além disso, Farias et al. (2023) e Silva et al. (2022) apontaram que a APS é o nível mais adequado para o manejo dos casos leves de COVID-19, justamente por sua capilaridade e capacidade de acompanhamento contínuo dos usuários.

Em relação à integralidade, foram propostas ações voltadas à promoção da saúde e à prevenção de agravos, com atenção especial à saúde mental e aos grupos de risco, como idosos e pessoas com comorbidades. Para Mughal et al. (2021), foi papel da APS, durante a pandemia de COVID-19, encaminhar de maneira oportuna e precoce os atendimentos de maior complexidade.

No que se refere ao atributo da coordenação do cuidado, destaca-se a adoção do instrumento *fast-track* (fluxo rápido), uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde para organizar o atendimento de usuários com suspeita de COVID-19. Essa ferramenta buscou estruturar o fluxo assistencial nas unidades de saúde, possibilitando uma resposta mais ágil e eficiente frente à demanda crescente, como apontam Farias et al. (2023), Mélio et al. (2021) e Sarti et al. (2021).

No âmbito da vigilância em saúde, a APS foi mobilizada para realizar ações como a coleta de amostras, busca ativa, investigação de casos suspeitos e, principalmente, a notificação de casos, conforme evidenciado na revisão integrativa citada anteriormente. No entanto, como ressalta Gondim (2020), apesar da sinalização dessas atividades nos documentos normativos, a articulação entre a vigilância, a atenção especializada e a APS permaneceu fragmentada, revelando um descompasso entre as recomendações institucionais e a prática cotidiana nos serviços. Não houve pactuação de um fluxo de vigilância, limitando-se apenas a instrução de notificação, sem avanços significativos na qualificação da informação.

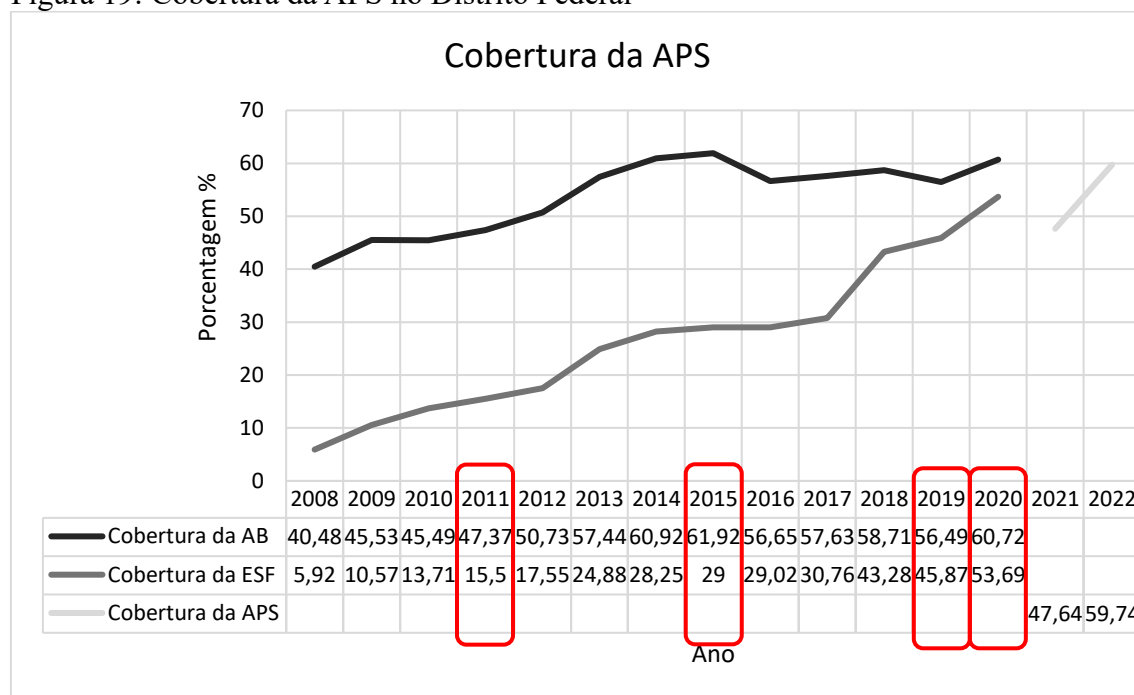
4.3 ANÁLISES DAS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA NO DF ATRAVÉS DOS INDICADORES DE SAÚDE

4.3.1 Análise da cobertura da APS

Durante o período analisado, destacam-se os anos de 2011, 2015, 2019 e 2020 como marcos de declaração de ESP no âmbito distrital, conforme visto anteriormente no subcapítulo 4.2, e, em todos esses momentos, nota-se variação nos percentuais de

cobertura da AB e da ESF, principalmente nos anos de 2015 e 2019. Em 2011, ano em que foi decretada a primeira ESP por desassistência, a cobertura da ESF era de apenas 15,5%, com cobertura total da AB em 47,37%. Já em 2015, outro ano com ESP por desassistência, a cobertura da ESF alcançou 29%. Em 2019, a cobertura da ESF atingiu 45,87%, registrando um avanço significativo em relação a anos anteriores. Em 2020, ano de dupla emergência — por arboviroses e pela pandemia de COVID-19 — a cobertura da ESF foi de 53,69% (Figura 19).

Figura 19: Cobertura da APS no Distrito Federal



Fonte: SISAB, 2023.

A cobertura das equipes de AB e ESF no Distrito Federal apresenta uma tendência de crescimento na série histórica analisada. De modo semelhante, alguns autores. (MALTA et al. 2015; NEVES et al. 2018; GIOVANELLA et al. 2020) também apontam para o aumento em nível nacional. Segundo esses autores, esse aumento pode estar relacionado a estratégias de investimento federais do Ministério da Saúde, por meio de diferentes iniciativas, como o Programa Mais Médicos (PMM), instituído pelo governo Dilma Rousseff a partir de 2013 até o ano de 2018.

Os dados de cobertura da APS no DF revelam períodos de crescimento mais acentuado a partir de 2013, o que pode estar associado à implementação do PMM, conforme apontam Giovanella et al. (2020) e Neves et al. (2018). No caso da cobertura da ESF, observa-se um avanço significativo a partir de 2018, possivelmente relacionado à política distrital de fortalecimento da APS e à adoção do Programa Converte (COSTA

et al. 2022), conforme mencionado anteriormente. Apesar dessas tendências, nota-se uma fraca correlação entre os percentuais de cobertura e os anos em que foram declaradas ESP. Todavia, em 2020, há um crescimento importante em relação ao ano anterior, marcando o momento em que o DF atinge cobertura tanto da AB, quanto da ESF para mais da metade de sua população (Figura 20).

Como destacam Neves et al. (2018) e Malta et al. (2015), o indicador de cobertura da APS não permite, por si só, avaliar o desempenho ou a qualidade. Embora não seja suficiente para explicar, de forma isolada, a realidade dos territórios, esse indicador oferece uma importante sinalização sobre a tendência da organização e da presença da APS no interior do DF, permitindo observar padrões e orientar reflexões sobre sua expansão e consolidação.

4.2.2 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Distrito Federal

Entre os anos de 2007 e 2022, o DF registrou um total de 2.338.450 internações hospitalares, considerando apenas os residentes da unidade federativa. Dentre essas internações, 432.911 foram classificadas como ICSAP, representando 18,51% do total de internações. Esse resultado corrobora os achados de Junqueira e Duarte (2012), que analisaram as internações por ICSAP no DF no ano de 2008, encontrando aproximadamente 20% para esse tipo de internação. O ano de 2019 concentrou o maior número absoluto de ICSAP no período, com 33.574 (7,22%) registros, seguido por 2012, com 32.452 (6,98%), por 2011, com 31.737 internações (6,82%) e o ano de 2010 com 31.645 (6,80%) internações. A taxa média de ICSAPS no período de análise foi de 153,66 por 10.000 habitantes (Tabela 20).

Tabela 20: ICSAPS no Distrito Federal, de 2008 a 2023, por grupo de diagnósticos

Grupos de diagnósticos	Nº de ICSAPS	% em relação ao total de ICSAP	% em relação ao total de internações	Taxa por 10 mil habitantes
Anemia	1.512	0,35%	0,06%	0,54
Deficiências Nutricionais	2.693	0,62%	0,11%	0,96
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	3977	0,92%	0,16%	1,41
Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	5.023	1,16%	0,20%	1,78
Úlcera gastrointestinal	11.401	2,63%	0,45%	4,05
Infecções de ouvido, nariz e garganta	11.662	2,69%	0,46%	4,14
Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	12.612	2,91%	0,50%	4,48
Hipertensão	13.431	3,10%	0,53%	4,77
Epilepsias	16.594	3,83%	0,66%	5,89
Angina	19.326	4,46%	0,77%	6,86

Infecção da pele e tecido subcutâneo	21.697	5,01%	0,86%	7,70
Diabetes melitus	25.599	5,91%	1,01%	9,09
Asma	24.908	5,75%	0,99%	8,84
Gastroenterites Infeciosas e complicações	27.999	6,47%	1,11%	9,94
Insuficiência cardíaca	37.020	8,55%	1,47%	13,14
Doenças Cerebrovasculares	37.370	8,63%	1,48%	13,26
Doenças pulmonares	36.285	8,38%	1,44%	12,88
Infecção no Rim e Trato Urinário	41.333	9,55%	1,64%	14,67
Pneumonias bacterianas	82.469	19,05%	3,27%	29,27
TOTAL DE ICSAP	432.911	100,00%	18,51%	153,66
TOTAL DE INTERNAÇÕES	2.338.450	-	-	830,01

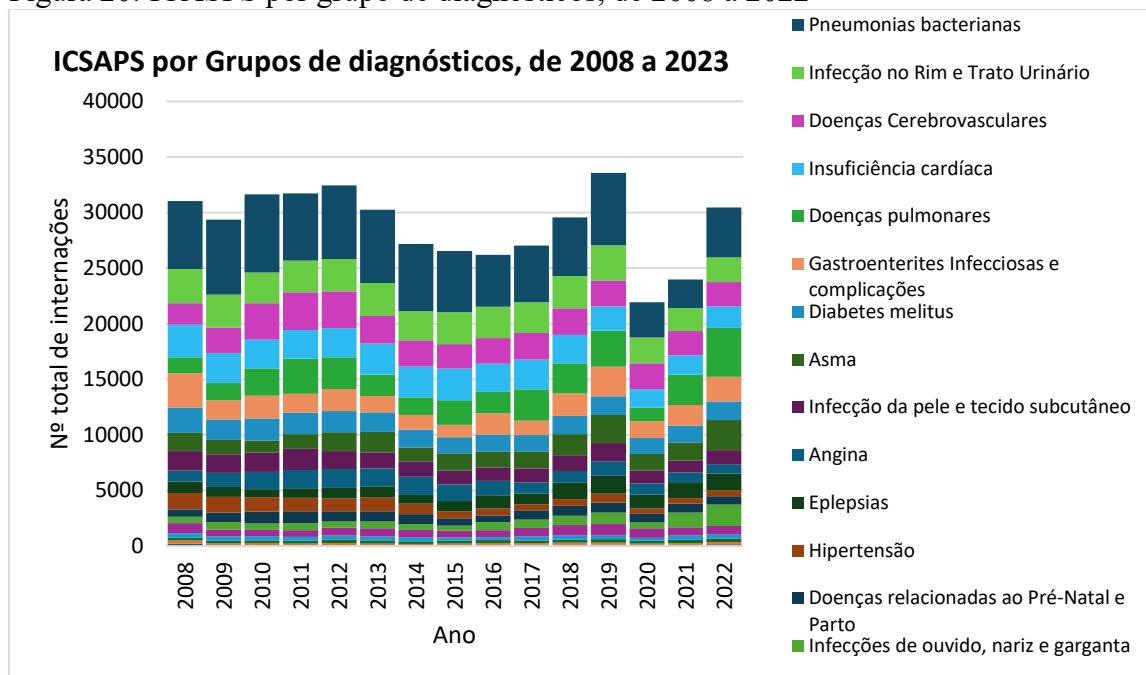
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Elaboração própria.

Outros trabalhos já realizaram diferentes recortes sobre as ICSAP no Distrito Federal (JUNQUEIRA, DUARTE, 2012; SOUZA et al. 2016; PINTO et al. 2019; COSTA et al., 2022; HORTA et al. 2022) Em comum, esses autores destacam a importância de se analisar não apenas o indicador de ICSAP, mas também a cobertura e a qualidade da Atenção Primária à Saúde.

O estudo de Pinto et al. (2019), aponta que, na série histórica de 10 anos (2008 a 2018), o desempenho do DF em relação às ICSAP, quando comparado ao de outras unidades federativas, foi um dos piores. No entanto, é importante considerar que, nesse período, o DF ainda não tinha uma política estruturada de APS e apresentava diferentes conformações de equipes (HORTA et al. 2022).

Observando por grupos de diagnósticos (Figura 20), o grupo de pneumonias foi o que teve maior número de registros no período, um total de 19,05% (82.469), seguido de infecção do rim e trato urinário com 9,55% (41.333), as doenças cerebrovasculares com 8,63% (37.370), insuficiência cardíaca com 8,63% (37.020), as doenças pulmonares com 8,38% (36.285) e as gastroenterites Infeciosas e complicações com 6,47% (27.999). Esse resultado é parecido com Souza et al. (2016), que analisa o recorte de tempo de 2008 a 2012 em uma única unidade hospitalar, mas encontra grupos parecidos, são eles doenças de cerebrovasculares, pulmonares e infecções nos rins.

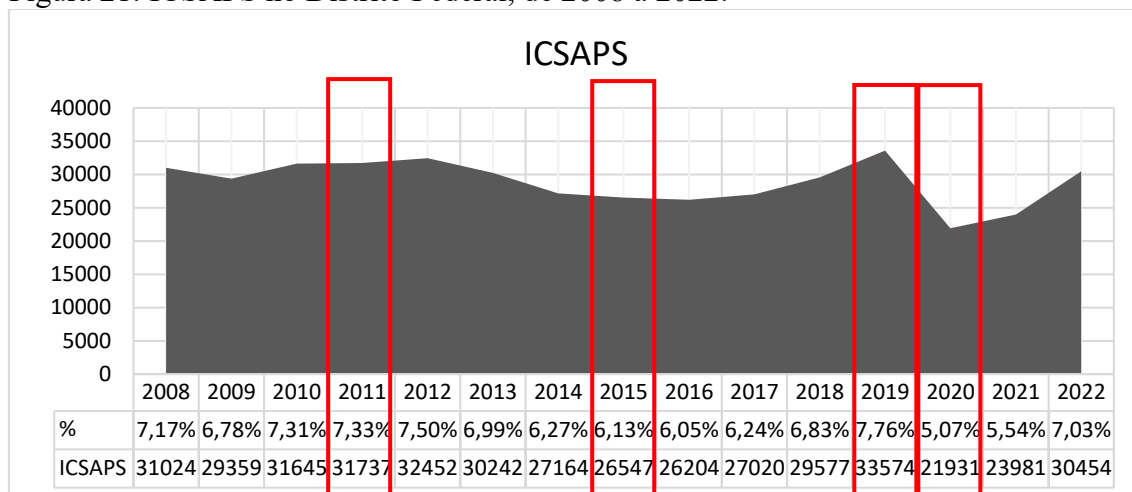
Figura 20: ICASPS por grupo de diagnósticos, de 2008 a 2022



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Elaboração própria.

A análise da tendência das ICASAP no Distrito Federal, entre os anos de 2008 e 2022, revela oscilações que coincidem com alguns períodos críticos de ESP (Figura 21). Dentre os três anos com declaração de ESP por desassistência, 2019 se destaca como o pior da série histórica, com 7,76% das internações classificadas como ICASAP, seguido por 2011, com 7,33%, ocupando a terceira posição. Em contrapartida, 2015 apresentou um comportamento distinto, com redução proporcional das internações sensíveis, registrando 6,13%, valor abaixo da média do período. Já em 2020, ano marcado por uma dupla emergência — relacionada às arboviroses e à pandemia de COVID-19 — observa-se uma queda expressiva nas ICASAP, atingindo 5,07%, o menor percentual da série analisada. A partir de 2022, os números voltaram a crescer de forma gradual, o que pode refletir uma retomada da demanda por cuidados interrompidos ou represados durante a fase mais aguda da pandemia.

Figura 21: ICSAPS no Distrito Federal, de 2008 a 2022.

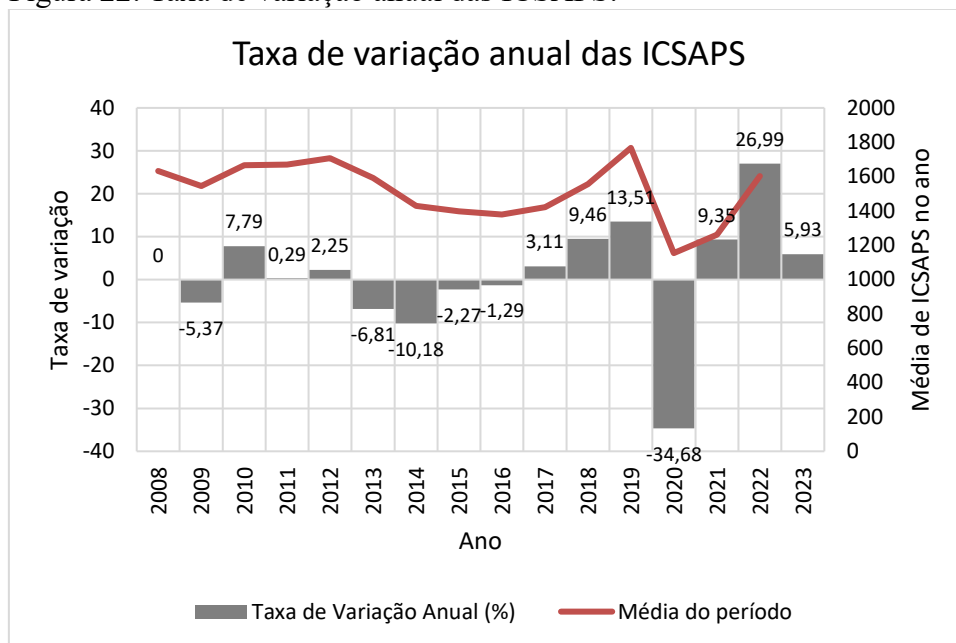


Fonte: ICASPS por grupo de diagnósticos, de 2008 a 2022

Para comparar os achados com os anos de ESP, foi feita uma análise comparativa do número de ICSAP nos anos com declaração de ESP. O objetivo consiste em tentar identificar possíveis repercussões das situações emergenciais na capacidade resolutive da APS. Para o cálculo, foi realizada a comparação do quantitativo anual de ICSAP nos anos anteriores ($t-1$), durante (t) e posteriores ($t+1$), de forma a evidenciar oscilações e tendências associadas a contextos críticos. Essa abordagem possibilita observar se as internações por causas potencialmente evitáveis aumentaram ou diminuíram nos períodos de crise, os anos com declarações de ESP (2011, 2015, 2019 e 2020).

A Figura 22, apresenta as variações por ano das internações por ICSAP. Em 2011, observou-se um aumento de 0,29% em relação ao ano anterior, seguido de crescimento de 2,25% em 2012. A ESP por desassistência de 2011 resultou em um pequeno aumento na taxa de ICSAP, indicando que a repercussão sobre os indicadores foi limitada. Em 2015, houve uma queda de -2,27%, acompanhada por nova redução em 2016, de -1,29%. Essas reduções podem sugerir algum impacto positivo das ações emergências, sugerindo estabilidade ou melhora na resolubilidade da APS nesse período. Em 2019, registrou-se um aumento expressivo de 13,51% em relação a 2018, possivelmente relacionado à implementação de um novo modelo de APS no DF, ainda em fase de desenvolvimento, exigindo organização. Já em 2020, a redução observada pode ter sido influenciada pelos efeitos da pandemia de COVID-19, principalmente em razão das internações por COVID-19. No entanto, em 2021 houve novo crescimento de 9,34%, seguido por um aumento acentuado de 27% em 2022, sugerindo uma reorganização da assistência.

Figura 22: Taxa de variação anual das ICSAPS.



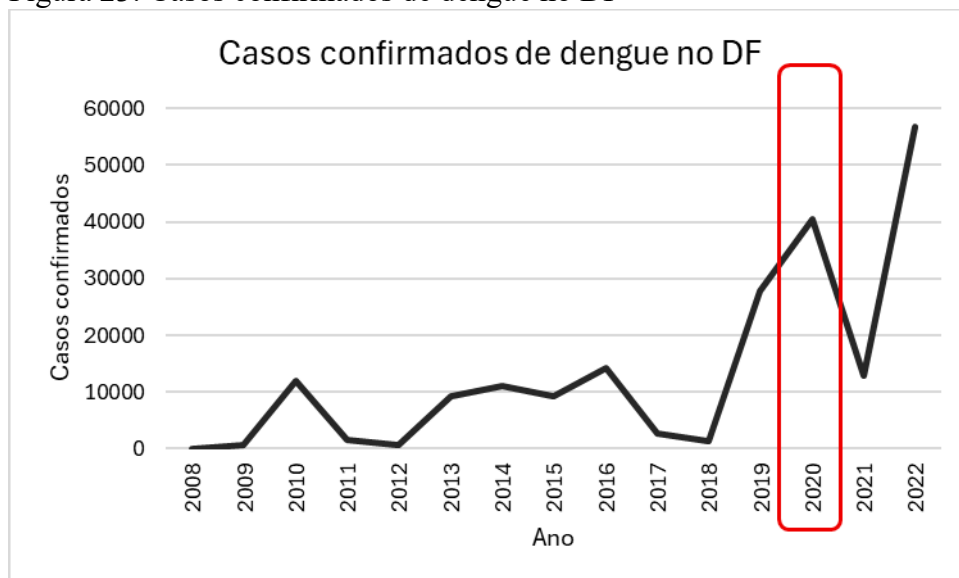
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Não foram identificados, até o momento, estudos que relacionem diretamente as ICSAP com o contexto das emergências em saúde pública. A exceção é o trabalho de Lamberti-Castronuovo (2022) que associa esse tipo de indicador a situações de desastres, reforçando seu potencial para avaliar o desempenho da APS em cenários de crise. Os achados indicam que as ICSAP podem ser utilizadas como ferramenta analítica também em outras situações críticas, como as emergências sanitárias.

4.2.3. Os agravos emergentes: dengue e COVID-19

A análise da série histórica de casos confirmados de dengue no DF entre 2008 e 2022 revela um comportamento marcado por ciclos epidêmicos, com picos relevantes nos anos de 2010, 2013, 2014, 2016, 2019, 2020 e 2022 (Figura 23). Todos esses anos de picos foram considerados pela secretaria de saúde do DF, de acordo com os boletins epidemiológicos, como anos epidêmicos. Nesse sentido, o aumento expressivo de casos confirmados no ano de 2019, pode ter influenciado a declaração de emergência do ano 2020 por risco de epidemia por doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*.

Figura 23: Casos confirmados de dengue no DF

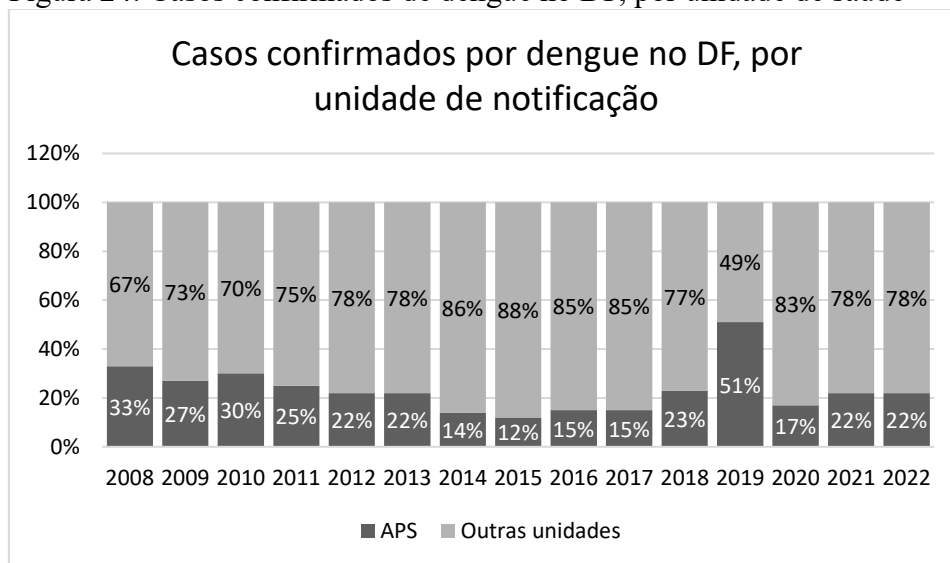


Fonte: SINAN. Elaboração própria.

Embora a declaração de emergência em 2020 justificasse pelos riscos iminentes, os dados de 2019 apontavam para uma situação preocupante, com um número expressivo de casos confirmados, acima do limite superior da incidência, conforme os registros dos boletins epidemiológicos desse ano (GDF, 2019), o que reforçava o alerta para uma possível nova epidemia no ano seguinte. Contudo, a mesma avaliação não foi considerada nos anos epidêmicos anteriores. Conforme aponta Drumond et al. (2019), a dengue no DF é considerada uma doença hiperendêmica, com um comportamento de constante epidemia, com registros de regiões administrativas com comportamento epidêmico. Esses resultados refletem os achados de Freire e colaboradores (2023), a dengue no Distrito Federal possui comportamento epidêmico, manifestando-se de diferentes maneiras no seu interior.

Quando analisado os dados pela ótica do estabelecimento de saúde de notificação, é possível observar uma grande diferença entre as notificações feitas pela APS em comparação com os demais estabelecimentos de saúde. No ano de 2019, observa-se uma maior participação da APS nas notificações. Possivelmente relacionada à nova conformação da APS no DF, conforme discutido anteriormente (capítulo 4.1). No entanto, esse número volta a cair no em 2020, o que pode estar associado ao redirecionamento das ações e dos recursos da APS para o enfrentamento da COVID-19 (Figura 24).

Figura 24: Casos confirmados de dengue no DF, por unidade de saúde



Fonte: SINAN. Elaboração própria.

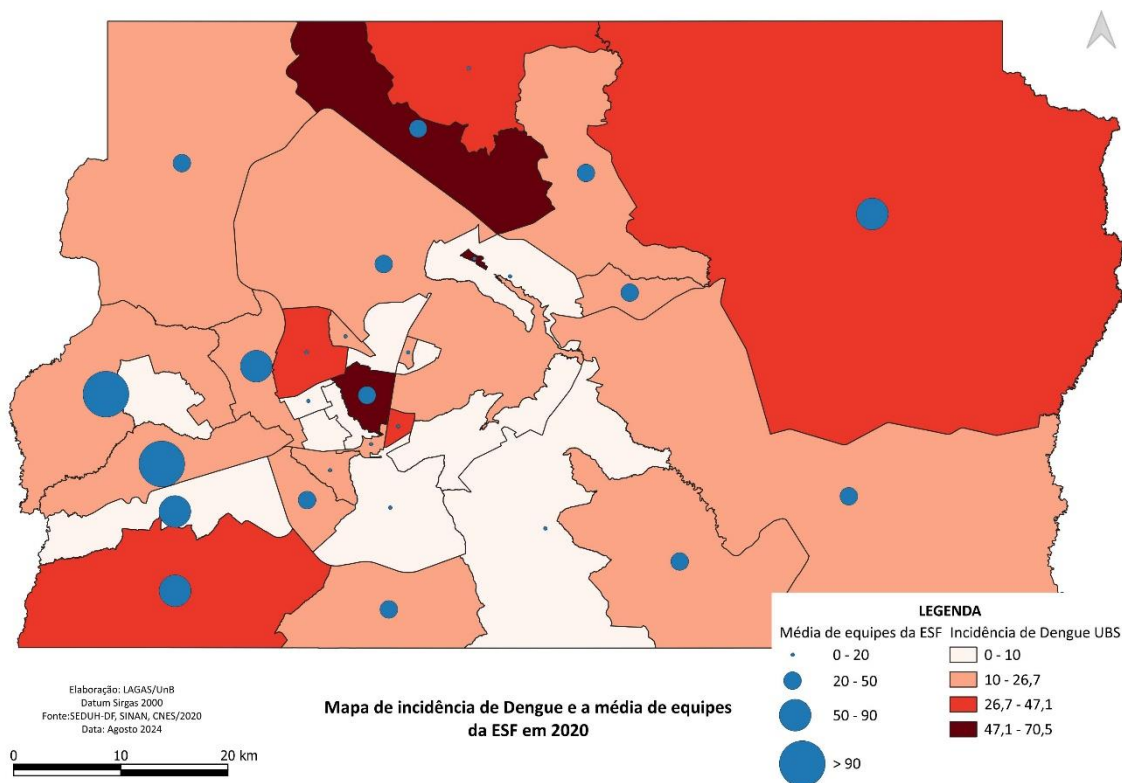
Apesar da APS ser considerada como a porta de entrada preferencial para o atendimento de casos suspeitos de dengue (OZAHATA, 2016), os dados de notificação por tipo de estabelecimento evidenciam uma participação proporcionalmente menor da APS na notificação desses casos. Essa diferença sugere uma divergência entre o que é posto e o que é executado.

A Figura 25 apresenta a análise da incidência de dengue por 10 mil habitantes no ano de 2020, utilizando como dado os casos confirmados que foram notificados pelas UBS. E também apresenta o número médio das equipes da ESF por RA, representada por círculos proporcionais na cor azul. As regiões do Guará, Sobradinho II e Varjão apresentaram as maiores incidências e também possui um número mais baixo de equipes da ESF.

As regiões da Fercal e Vicente Pires apresentaram média incidência de casos e um número reduzido de equipes da Estratégia Saúde da Família. Por sua vez, Gama e Planaltina registraram média incidência associada a um número intermediário de equipes de ESF. Também foram identificadas regiões com baixa incidência e reduzida cobertura por equipes de ESF. A Figura 25 evidencia a disparidade territorial na estrutura da APS no DF: enquanto algumas regiões contam com maior capacidade instalada de unidades e equipes, contribuindo de forma significativa para as notificações de casos, outras apresentam baixa visibilidade nos registros, possivelmente em decorrência de fragilidades na cobertura ou na integração com as ações de vigilância em saúde. A análise de apenas 17% das notificações é limitada, mas revela a importância de aprofundar esse tipo de

investigação, além de destacar a necessidade de se comparar os dados com os provenientes de outros pontos de notificação, como hospitais e UPAS.

Figura 25: Mapa de incidência de Dengue e cobertura da APS em 2020.

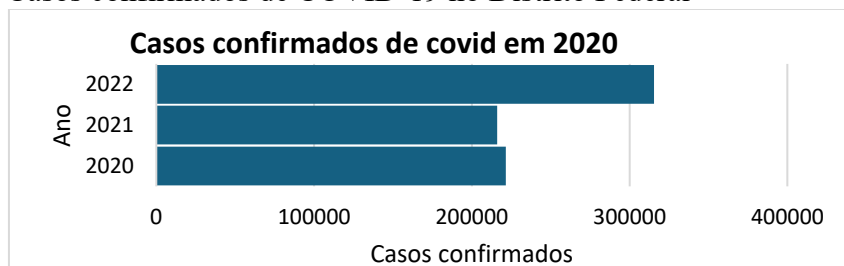


Fonte: SINAN, CNES 2020. Elaboração própria.

O trabalho de Gomes et al. (2015), ao analisar as epidemias de dengue, demonstra que quando a APS está organizada e integrada com as ações de vigilância em saúde, a APS possui uma capacidade maior da identificação precoce dos casos e na prevenção de complicações dos casos, reafirmando a centralidade da APS na promoção de um cuidado integral e oportuno.

Em relação aos dados de COVID-19, foram extraídos do Painel COVID-19 no Distrito Federal, por se tratar da fonte com disponibilidade de informações por região administrativa. No que se refere à pandemia de COVID-19, observa-se que, nos três primeiros anos, o comportamento do agravo em termos de número total de casos confirmados apresentou certa estabilidade. No entanto, em 2022, verifica-se um aumento expressivo nos registros (Figura 26).

Figura 26: Casos confirmados de COVID-19 no Distrito Federal

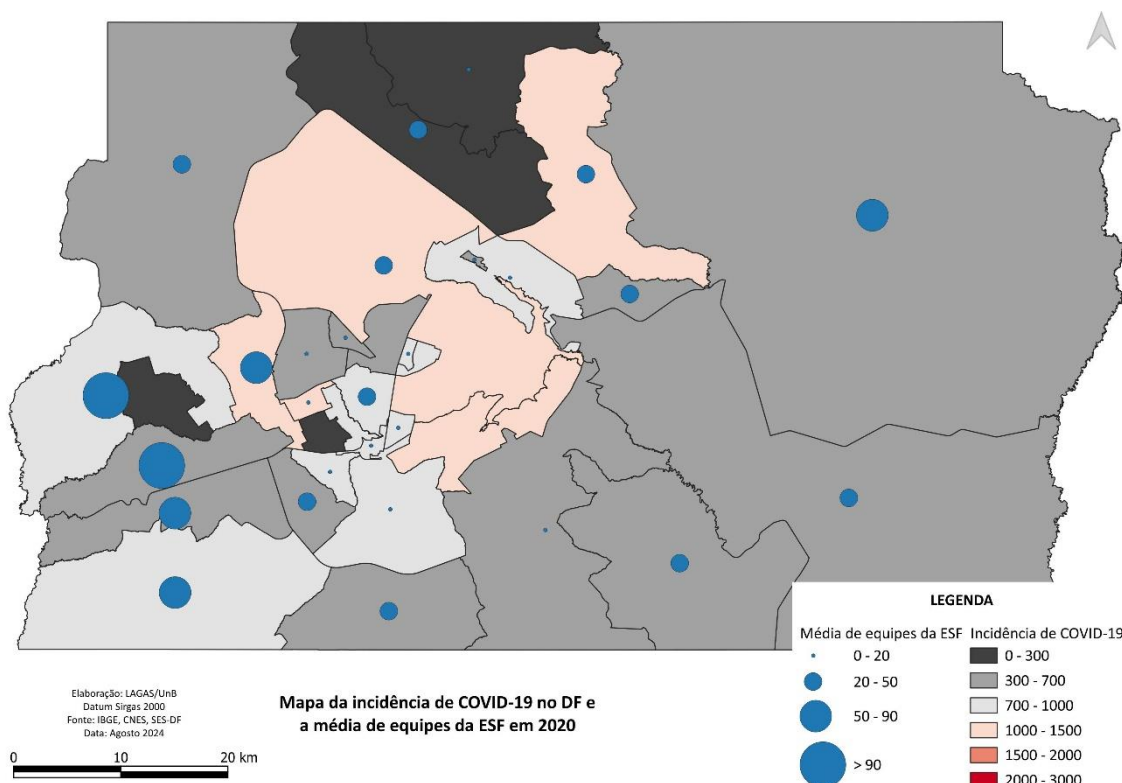


Fonte: Painel COVID-19 no Distrito Federal.

Os casos de COVID-19 correspondem ao local de residência dos pacientes. A análise dos três anos da pandemia de COVID-19 no DF revela um padrão recorrente de alta incidência da doença em regiões administrativas com baixo número de equipes da ESF, conforme demonstrado nas Figuras 27, 28 e 29. Apesar de algumas variações entre as regiões e ao longo dos diferentes momentos da pandemia, observa-se em comum no período uma incidência elevada em regiões com pouca ou nenhuma ESF e uma incidência moderada ou inferior nas RAs com maiores médias de ESF.

Em 2020 (Figura 27), no primeiro ano da pandemia, ainda sem medidas farmacológicas disponíveis, observa-se que na área central do DF a incidência de COVID-19 foi maior em comparação com o restante das regiões, Plano Piloto, Sobradinho, Taguatinga, Águas Claras e Lago Sul que registraram as maiores incidências, também são regiões com média e baixa cobertura das equipes da ESF. Ainda assim, a RA Lago Sul, que não tem nenhuma UBS, consequentemente, nenhuma equipe da ESF, também apresentou alta incidência. Por outro lado, áreas com média alta de equipes da ESF, como Ceilândia e Samambaia, apresentaram incidência mais baixa, sugerindo uma possível relação entre a presença da ESF e a mitigação do impacto da disseminação do vírus.

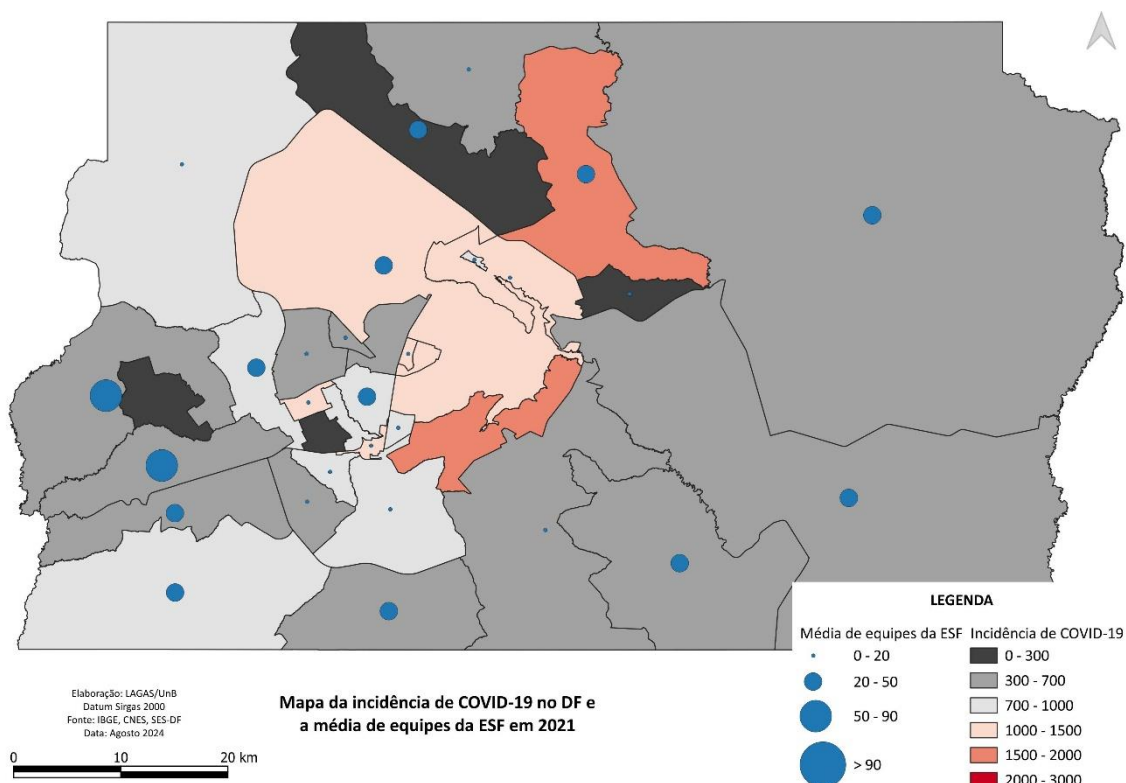
Figura 27: Mapa de incidência de COVID-19 no ano de 2020



Fonte: SEDUH 2020, CNES 2020, 2022. Elaboração própria.

Em 2021 (Figura 28), as maiores incidências foram registradas nas RA do Lago Sul, sem presença de equipes da ESF e em Sobradinho, com número baixo de ESF. A RA do Plano apresenta um comportamento parecido, alta incidência e baixo número de ESF. Já as regiões do Cruzeiro, Sudoeste/Octogonal, Lago Norte, Núcleo Bandeirantes e Águas Claras, também apresentaram alta incidência, mas um número maior de equipes da ESF. Em contrapartida, regiões como Pôr do sol/Sol Nascente, Sobradinho II e Itapoã, apresentaram baixa incidência e baixo número de ESF. Outra observação diz respeito à capacidade de testagem e ao maior acesso das classes de renda mais alta a serviços de saúde, incluindo hospitais particulares, o que contribuiu para um volume superior de atendimentos. Esse fator, contudo, não significa que a doença estivesse menos presente nas demais RAs, mas sim que neles a testagem foi limitada e a busca por serviços de saúde, restrita.

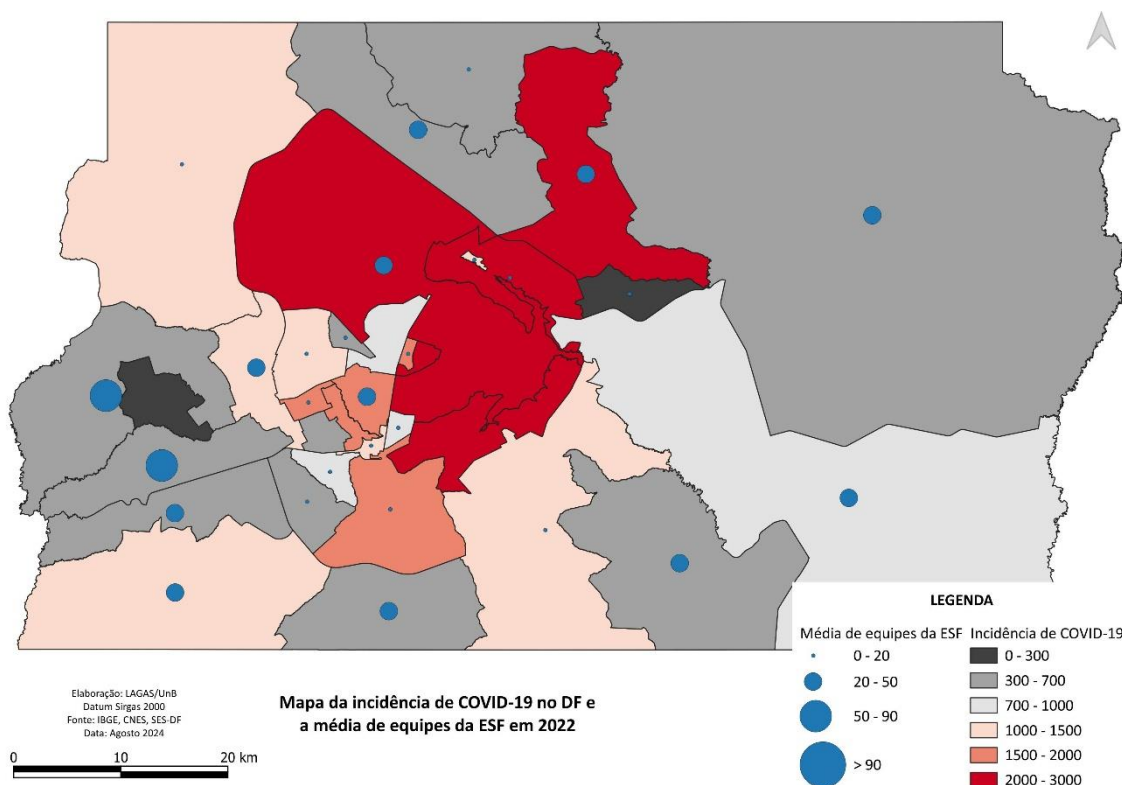
Figura 28: Mapa de incidência de COVID-19 no ano de 2021



Fonte: SEDUH 2020, CNES 2020, 2022. Elaboração própria.

Em 2022 (Figura 29), embora esse padrão persista, verifica-se um crescimento ainda maior da incidência nas regiões citadas anteriormente, Plano Piloto, Lago Sul, Lago Norte, Sudoeste/octogonal e Sobradinho. Dessas, somente a região do Plano Piloto e de Sobradinho apresentavam um número baixo de ESF, Lago Norte apresentava menos equipes de ESF. As demais regiões não possuíam ESF. Além desses lugares, Park Way, Águas Claras, Guará e Cruzeiro, também apresentaram uma incidência elevada, e na sua maioria, apresentavam um número baixo de ESF.

Figura 29: Mapa de incidência de COVID-19 no ano de 2022



Fonte: SEDUH 2020, CNES 2020, 2022. Elaboração própria.

Esses achados, assim como os casos de dengue, mostram uma discordância territorial na estrutura da APS no Distrito Federal. As regiões com maiores incidências nos três anos analisados, Lago Sul e Plano Piloto, também são as regiões com melhores condições de vida (CODEPLAN, 2024), assim como a RA de Sobradinho apesar de ter registrado um aumento no número médio de equipes de ESF, apresentou uma alta incidência.

De acordo com Viana et al. (2023), a continuidade dos cuidados e a disponibilidade de equipamentos constituem estratégias fundamentais em sistemas de saúde com atenção primária. No entanto, ao analisar a cobertura da APS no Distrito Federal à luz da espacialização da COVID-19, observa-se uma desconexão entre esses princípios. De um modo geral, os três mapas elaborados (Figura 28, 29 e 30) demonstraram a concentração dos casos em regiões com menor cobertura da APS, evidenciando que as áreas mais vulneráveis epidemiologicamente para COVID-19 coincidem com aquelas menos assistidas pela APS. Assim, os achados desse trabalho podem reforçar o argumento de que a falta da APS, compromete a capacidade de resposta do sistema de saúde diante de emergências.

É possível observar com os mapas elaborados que a COVID-19, nos três anos analisados possui uma alta concentração de casos confirmados na região central do DF, a mesma que também possui as melhores faixas de renda e de condições de vida (CODEPLAN, 2024).

4.3 ESTUDO DE CASO: RESPOSTA À COVID-19 EM DUAS UBS

4.3.1 Descrição das duas UBS selecionadas para estudo de caso

Nesse subitem será abordada os dados dos questionários, conforme mencionado no subcapítulo 1.3.2, na UBS nº 1 e nº 2 da RA SCIA/Estrutural como cenário do estudo de caso. O estudo se justifica pela vinculação prévia ao projeto de pesquisa intitulado "Infecções por SARS-CoV-2 no Distrito Federal e RIDE", no qual foram desenvolvidas atividades de campo entre março de 2021 e dezembro de 2023. A atuação direta nas unidades durante a ESPII de COVID-19 permitiu o acompanhamento do cotidiano da APS a resposta a pandemia, possibilitando uma perspectiva empírica sobre a atuação do setor saúde. Esse contexto favoreceu a construção da pergunta norteadora da tese, ancorada na observação sistemática das ações. Foi a partir dessa atividade que o presente trabalho foi construído.

Até o ano de 2022, a RA SCIA/Estrutural possuía dois equipamentos públicos de saúde, as Unidades Básicas de Saúde nº 1 e nº 2, ambas sob a mesma gerência. As unidades contam com cerca de 130 profissionais, distribuídos em 12 da ESF, 6 Equipes de Saúde Bucal (ESB) e de 2 Núcleos Ampliados de Saúde da Família (ENASFAP), além de 4 gerentes, 12 assistentes administrativos. O funcionamento das UBS ocorre de segunda a sábado, compondo a principal estrutura de atenção à saúde da região (CNES, 2022).

4.3.2 Percepção dos trabalhadores: APS, Vigilância em Saúde e Emergências de Saúde Pública

O próximo capítulo apresenta as análises dos questionários com os trabalhadores das duas UBS da RA SCIA/Estrutural. O questionário foi dividido em três blocos de conhecimento: Atenção Primária à Saúde, com a finalidade de compreender a formação e atuação dos profissionais, a experiência e as práticas dos profissionais; o segundo sobre Vigilância em Saúde, que buscou analisar a integração da APS com as ações de VS; e, o terceiro sobre o papel da APS na resposta à ESP por COVID-19. Cabe destacar que, nas

tabelas de caracterização, os percentuais não totalizam 100%, uma vez que alguns profissionais optaram por não responder determinadas questões.

Os participantes foram os profissionais de saúde das duas UBS na RA SCIA/Estrutural. Aproximadamente 35% (42) dos trabalhadores estavam com algum tipo de licença ou de férias no período da coleta de dados. Além disso, 12% (14) se recusaram a participar, dessa forma, capturamos o universo de 53% (64) das duas UBS. A caracterização dos participantes é descrita na Tabela 21. Dos 120 profissionais cadastrados no CNES, apenas 65% (78) estavam disponíveis para responder a pesquisa.

A maioria dos participantes é do sexo feminino (73%) e possui faixa etária entre 40 e 49 anos. Grande parte (56%) tem alguma formação específica para a APS, e 53% atuam há mais de 10 anos na APS. Além disso, mais da metade trabalha há mais de cinco anos nas UBS da região da SCIA/Estrutural.

Tabela 21: Caracterização dos participantes da pesquisa

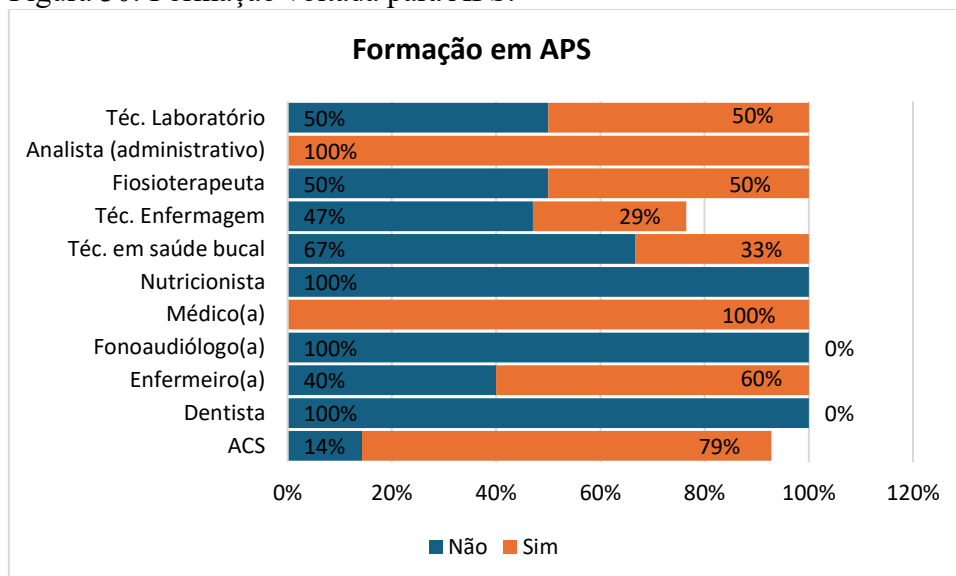
	N	%
Sexo		
Feminino	47	73,4%
Masculino	13	20,3%
Faixa etária		
20 a 29 anos	4	6,3%
30 a 39 anos	12	18,8%
40 a 49 anos	28	43,8%
50 a 59 anos	11	17,2%
60 a 69 anos	4	6,3%
Função		
Téc. Enfermagem	17	26,6%
Agente comunitário de Saúde	14	21,9%
Enfermeiro(a)	10	15,6%
Médico(a)	9	14,1%
Téc. em saúde bucal	3	4,7%
Dentista	2	3,1%
Téc. laboratório	2	3,1%
Fisioterapeuta	2	3,1%
Fonoaudiólogo(a)	1	1,6%
Nutricionista	1	1,6%
Analista GAPS (administrativo)	1	1,6%
Formação para APS		
Sim	36	56,3%
Não	22	34,4%
Tempo de trabalho na APS em anos		
Até 1 ano	3	4,7%
De 1 a 2 anos	7	10,9%
De 2 a 3 anos	3	4,7%

De 3 a 4 anos	2	3,1%
De 4 a 5 anos	4	6,3%
Mais de 10 anos	34	53,1%
Mais de 5 anos, menos de 10 anos	10	15,6%
Tempo de trabalho na UBS/Estrutural em anos		
Até 1 ano	11	17,2%
De 1 a 2 anos	9	14,1%
De 2 a 3 anos	2	3,1%
De 3 a 4 anos	4	6,3%
De 4 a 5 anos	3	4,7%
Mais de 10 anos	27	42,2%
Mais de 5 anos, menos de 10 anos	7	10,9%
Conhecimento da população sob sua responsabilidade		
100% da população	6	9,4%
75% da população	19	75,0%
50% da população	13	20,3%
25% da população	16	25%
Não conhece a população	6	9,4%

Ao analisar o tempo de atuação dos profissionais nas UBS da Estrutural, observa-se que os ACS apresentam maior tempo de serviço, com 70% dos profissionais atuando há mais de 10 anos. Esse padrão de longa vinculação também é identificado entre os técnicos de enfermagem (47%) e enfermeiros (40%), indicando principalmente a presença de vínculos profissionais de nível técnico. Esse cenário se repete quando observado o tempo de atuação na APS, essas mesmas categorias são a que atuam a mais tempo, mais de 10 anos.

A maior parte dos profissionais declarou possuir formação voltada para a APS (Figura 32). Todos os médicos indicaram ter formação específica para atuação nesse nível de atenção, independentemente do tempo de serviço. De forma semelhante, 79% dos ACS também relataram possuir formação direcionada para a APS. Em contrapartida, entre os técnicos de enfermagem, predominou a ausência de formação específica voltada para esse campo, evidenciando uma lacuna na qualificação desses profissionais que atuam a bastante tempo na APS.

Figura 30: Formação voltada para APS.



Embora a maioria dos profissionais, cerca de 54%, tenha declarado não conhecer nem metade da população sob sua responsabilidade (Tabela 22), os ACS destacaram-se como a categoria com maior vínculo territorial, aproximadamente 79% afirmaram conhecer pelo menos 75% da população adstrita. Em seguida, os médicos demonstraram grau elevado de reconhecimento do território, com 67% relatando conhecer ao menos 50% da população sob seus cuidados. Entre os enfermeiros e técnicos de enfermagem, esse percentual foi semelhante: cerca de 60% indicaram conhecer pelo menos metade da população atribuída às suas equipes.

Tabela 22: Conhecimento dos profissionais sobre a população de sua responsabilidade.

Conhecimento da população da área de abrangência da equipe de saúde	
100% da população	9%
75% da população	30%
50% da população	20%
25% da população	25%
Não conhece a população	9%

Fonte: Elaboração própria.

A distribuição da carga horária entre os profissionais foi analisada com o objetivo de compreender a organização das ações territoriais e de vigilância em saúde no âmbito das equipes (Tabela 23). Os resultados indicam que os ACS são os que mais atuam diretamente no território, seguidos pelos enfermeiros, embora com número significativamente inferior de horas. No que se refere às atividades de consultório, realizadas no interior da UBS, médicos e enfermeiros — categorias de nível superior — foram os que mais dedicaram tempo a essa função, assim como nas capacitações. As ações

de educação em saúde, independentemente do local de realização, foram relatadas com maior frequência por técnicos de enfermagem e médicos.

Tabela 23: Carga horária das atividade desenvolvida por categoria profissional.

Atividade por carga horária	Consultório		Visita domiciliar		Atividades na comunidade		Capacitação		Atividades de vigilância em saúde		Atividade de educação em saúde	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ACS	20	2%	277	79%	4	12%	4	11%	2	6%	3	3%
Dentista	71	8%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	3	3%
Enfermeiro(a)	256	28%	28	8%	5	15%	10	27%	26	79%	7	7%
Fonoaudiólogo(a)	10	1%	0	0%	15	45%	0	0%	0	0%	10	10%
Médico(a)	273	30%	20	6%	6	18%	21	57%	0	0%	31	30%
Nutricionista	15	2%	5	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Téc. em saúde bucal	100	11%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Téc. Enfermagem	143	16%	15	4%	2	6%	0	0%	5	15%	46	45%
Téc. laboratório	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Fisioterapeuta	20	2%	7	2%	0	0%	2	5%	0	0%	3	3%
Total	908		352		33		37		33		103	

Fonte: Elaboração própria.

As atividades intersetoriais desenvolvidas com a SES-DF foram mencionadas por poucos profissionais, restringindo-se, em geral, a ações pontuais de capacitação. Quando questionados sobre a realização de capacitações em manejo clínico nos últimos cinco anos, 63% dos participantes afirmaram não ter participado de nenhuma. Foi perguntado uma nota, de 0 (zero) a 10 (dez), onde 0 corresponde a incompletamente e 10 completamente, a integração da APS com a Vigilância em Saúde, a maioria atribuiu nota intermediária à integração entre a APS da Estrutural e a SES-DF, sendo a nota 5 a mais frequentemente assinalada, o que indica uma percepção de articulação parcial entre os níveis da rede. Quanto ao acompanhamento dos boletins epidemiológicos publicados pela SES-DF, a maioria dos profissionais (87%) relatou acessá-los ao menos ocasionalmente, demonstrando pouco interesse e algum grau baixo de inserção nas ações informativas de vigilância em saúde.

Em relação a rotina de ações de vigilância, foi questionado a frequência da realização das ações, a maioria dos participantes afirmaram não realizar essas atividades de forma regular ou não dispor de uma rotina previamente definida, o que indica fragilidades na institucionalização das práticas de vigilância em saúde no cotidiano das equipes. Em relação a categoria, os ACS, técnicos de enfermagem e os enfermeiros foram as únicas categorias que informaram que realizaram diariamente (Tabela 24).

Tabela 24: Periodicidade das ações de Vigilância em Saúde na UBS SCIA/Estrutural

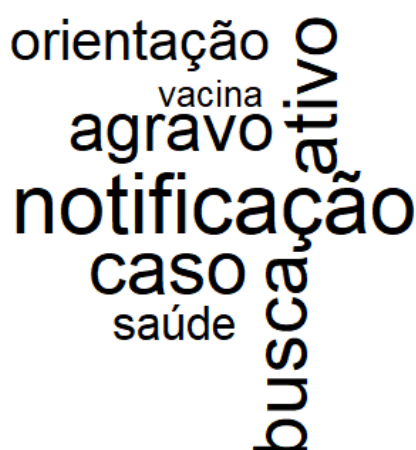
Com que periodicidade você realiza ações de Vigilância em Saúde na UBS SCIA/Estrutural

Diariamente	17%
Semanal	2%
Quinzenal	2%
Mensal	2%
Não tem periodicidade definida	36%
Não realiza atividade de vigilância em saúde	27%

Fonte: Elaboração própria.

Em relação a atividade de vigilância em saúde desenvolvida no âmbito da APS, a ação de notificação dos casos, realização de busca ativa e de orientações sobre arboviroses e de promoção da saúde, foram as ações mais relatadas pelos participantes das UBS da RA SCIA/Estrutural (Figura 33).

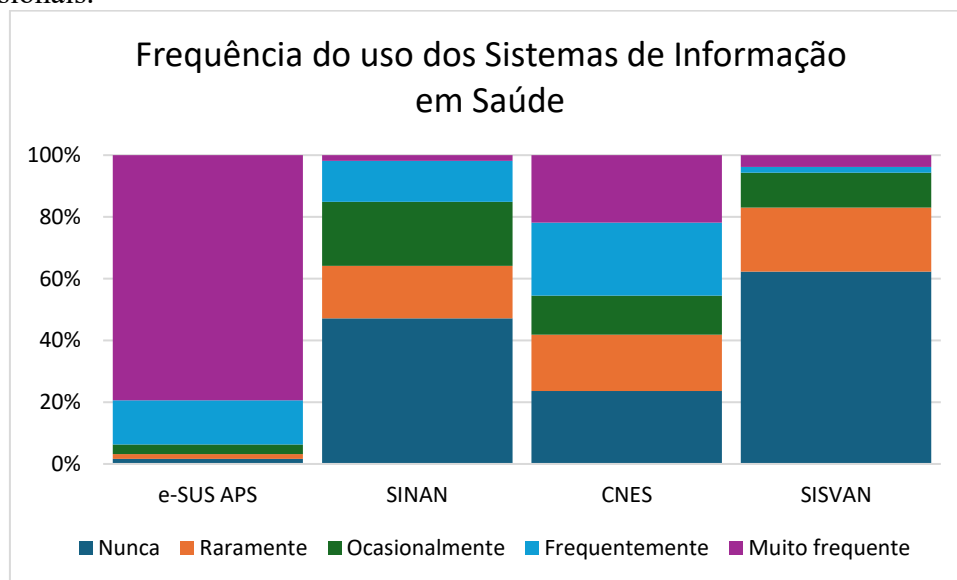
Figura 31: Nuvem de palavras sobre ações de vigilância desenvolvidas na APS.



A notificação de agravos por meio das fichas compulsórias foi relatada por menos da metade (36%), indicando baixa adesão a essa prática entre os profissionais. Dentre os que responderam, predominou o relato de que o preenchimento é realizado inicialmente em formulário impresso, antes de ser inserido em algum sistema de informação em saúde. Ressalta-se que essa variável apresentou baixo preenchimento nos questionários, tanto em relação à frequência quanto à forma de execução. Quanto à percepção sobre a complexidade do preenchimento, a maioria classificou a atividade como intermediária, nem fácil nem difícil. Entre os agravos mais frequentemente mencionados nas notificações destacaram-se respectivamente, dengue, sífilis, raiva, tuberculose e COVID-19.

Em relação ao uso dos sistemas de informação em saúde, o e-SUS APS foi o mais mencionado pelos participantes como parte da rotina de trabalho. Em seguida, destacou-se a categoria "outros", embora com poucos registros específicos, dentre os sistemas citados nesse campo, apareceram o SISREG e o CADSUS (Figura 34).

Figura 32: Frequência do uso dos sistemas de informação em saúde por todos os profissionais.



Fonte: Elaboração própria.

Quando perguntado na questão discursiva, como a APS pode contribuir nas ações de vigilância em saúde, a notificação foi novamente apontada como uma ação importante. Para um dos participantes, “*notificando as doenças e acompanhando e fazendo o desfecho*”, para outro, “*nossa atividade é essencial nos reconhecimentos dos casos, monitoramento, busca ativa e prevenção*”. Esses aspectos evidenciam a percepção de que a vigilância em saúde, requer proximidade com os usuários e atuação constante no território, além de indicar que há um entendimento, ainda que incipiente, da importância da vigilância integrada à rotina da assistência.

A percepção da produção da informação na escala da APS foi observada em algumas respostas. Para alguns participantes, “*com levantamento de dados da situação da população*”, para um segundo participante “*fornecendo os dados necessários para direcionar as ações de vigilância em saúde*”, para um terceiro, “*perfil dos agravos mais prevalentes*”. Essa percepção pode revelar uma valorização da APS como fonte estratégica de informação epidemiológica, que pode orientar intervenções mais efetivas, considerando a realidade local.

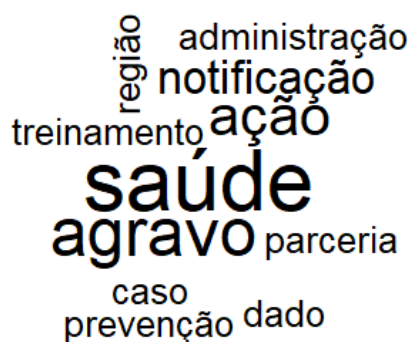
Alguns participantes destacaram a importância das práticas de educação em saúde com a comunidade, “*a atenção primária em saúde só poderá contribuir de forma mais*

efetiva na vigilância em saúde quando voltar a desenvolver mais ações focadas na promoção da saúde, atuar nos moldes da ESF”, para outro, “Tem que fazer as orientações”, para um terceiro, “medidas de educação em saúde com toda população”, por fim, “palestras educativas para a comunidade”. Tais respostas revelam uma concepção ampliada da vigilância, para além da notificação, da percepção epidemiológica, mas vinculada as ideias de promoção e prevenção de agravos e à atuação territorial da ESF.

A importância de dialogar com outros atores foi relatada por alguns, “fazendo ações e parcerias com os AVAS”, “fazendo parcerias com a administração da RA e com o governo”, “fazendo parcerias intersetoriais com a administração da RA”. É possível inferir através dessas observações, mesmo não contemplando uma variedade de setores, que a vigilância é percebida como uma ação ampliada, que depende de articulação com outros setores e atores sociais para a efetividade no território.

As falas analisadas evidenciam que os trabalhadores da APS da RA SCIA/Estrutural reconhecem minimamente a interface entre APS e vigilância em saúde, especialmente no que diz respeito à ação de notificação. Há também uma percepção da atuação intersetorial e do fortalecimento da ESF como possibilidade para ampliar a efetividade da vigilância no território (Figura 35).

Figura 33: Nuvem de palavras sobre a contribuição da APS nas ações de vigilância em saúde

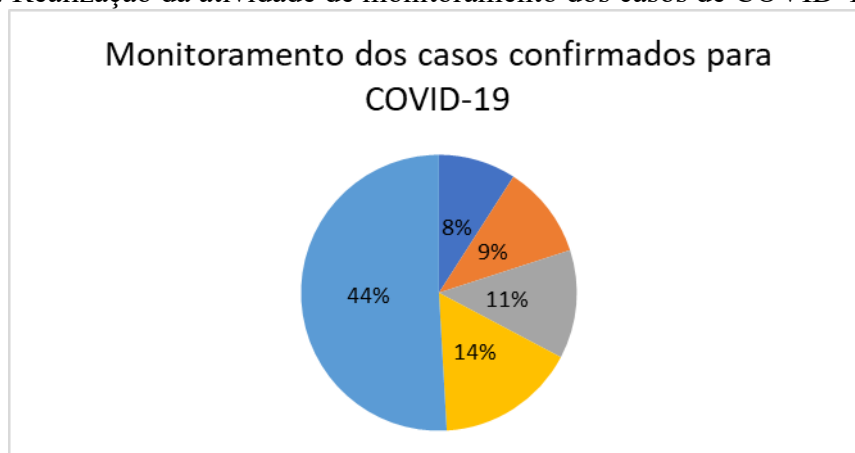


Fonte: Elaboração própria.

No terceiro bloco, sobre as ações de ESP, a disponibilidade de insumos e de material de comunicação para o desenvolvimento das atividades, não foi um problema percebido entre os participantes, para a maioria dos participantes foi frequente a disponibilidade de material. Quanto a atividade de monitoramento por teleatendimento e o acompanhamento dos casos, a maioria relatou nunca ter realizado essa atividade (44%), seguido de raramente (14%) e de eventualmente (11%). Entre as respostas positivas, os

profissionais mencionaram que o acompanhamento foi feito principalmente por meio de ligações telefônicas ou visita domiciliar (Figura 36).

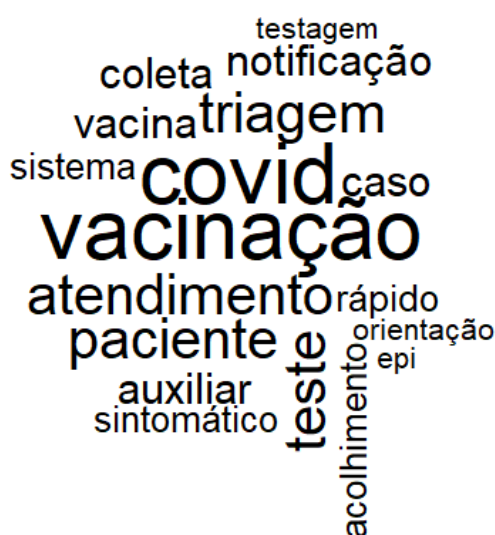
Figura 34: Realização da atividade de monitoramento dos casos de COVID-19



Fonte: Elaboração própria.

A maioria respondeu que desenvolveu novas atividades ou atribuições, no momento da situação emergência, dentre as mais citadas, foram respectivamente: o apoio na vacinação, foi a tarefa mais citada; seguido de testagem dos casos com o uso de teste rápido, o que pode ser atribuído o papel da APS na identificação de casos; triagem e atendimento dos pacientes, o que pode indicar uma tentativa de reorganização do fluxo de entrada na APS; a notificação, corrobora com os achados anteriores, e reforça a atuação das equipes da APS nesse tipo de atividade (Figura 37).

Figura 35: Desenvolvimento de novas ações durante a pandemia de COVID-19.

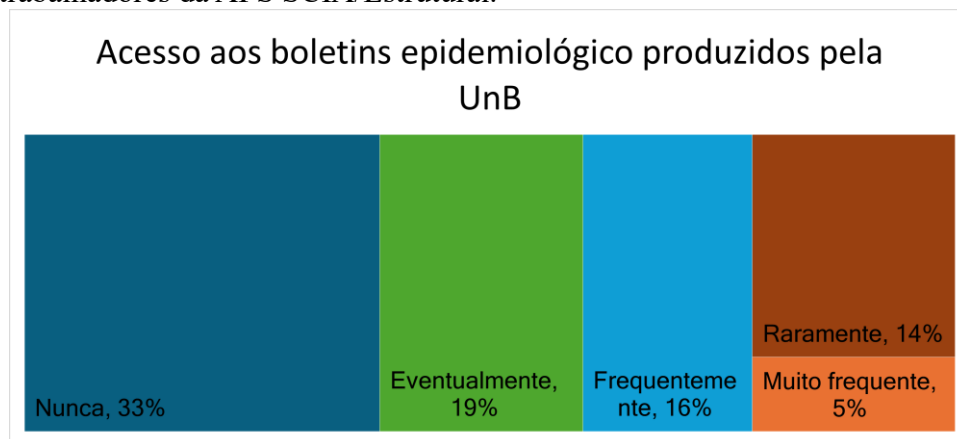


Fonte: Elaboração própria.

Os boletins epidemiológicos desenvolvidos pelos pesquisadores do projeto "Infecções por SARS-CoV-2 no Distrito Federal e RIDE", tinham a finalidade de apoiar as ações das equipes de saúde nos seus territórios. No entanto, a maneira de compartilhar

essa informação não foi efetiva, somente 5% dos trabalhadores tiveram acesso de modo muito frequente e cerca de 33% dos profissionais informaram que nunca tiveram acesso (Figura 38).

Figura 36: Acesso aos boletins produzidos pela equipe de Pesquisa do ZARICS/UnB pelos trabalhadores da APS SCIA/Estrutural.



Fonte: Elaboração própria.

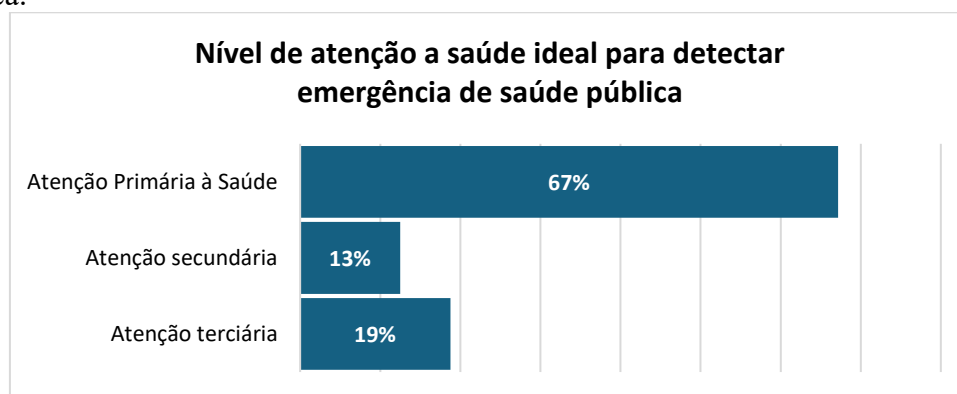
Para aqueles que tiveram conhecimento, os boletins foram utilizados principalmente como instrumento de acompanhamento da evolução dos casos de COVID-19, contribuindo para a organização das ações, “mostrando a evolução do número de casos de COVID-19 ao longo das semanas, permitindo certo grau de planejamento de ações para a semana seguinte”, para outro participante, “organização, planejamento da equipe, busca ativa dos pacientes positivos para COVID-19”.

Em relação a estrutura organizativa da rede de saúde, foi questionado o conhecimento dos profissionais sobre o CIEVS. A maioria dos participantes (77%) declararam não conhecer o CIEVS-DF e 19% declararam conhecer pouco. Além disso, aproximadamente 95% relataram nunca ter acessado os rumores produzido pelo CIEVS. Esses achados evidenciam fragilidades na articulação entre a APS e os mecanismos estratégicos de vigilância em saúde para Emergências de Saúde Pública. Considerando que é no território que se manifestam os primeiros sinais de uma ESP, e que o CIEVS desempenha papel central na captação e análise desses eventos, a ausência de articulação entre esses níveis revela uma discordância que pode comprometer a resposta oportuna e integrada do sistema de saúde. O fortalecimento dessa interface é essencial para aprimorar a vigilância sensível ao território e garantir respostas mais efetivas diante de futuras emergências.

Para a maioria dos participante (67%), a APS é o melhor nível de atenção para detectar uma ESP (Figura 39), as respostas evidenciam o reconhecimento da APS com

papel central na identificação, “*principalmente atuação como porta de entrada*”, para outro participante, “*identificar a tendência do aumento do número de casos da população e direcionar as ações para minimizar a evolução dos casos para formas graves das doenças*”, nas ações de acolhimento e monitoramento de casos, especialmente os de menor gravidade, “*diagnostico dos agravos, monitoramento, encaminhamento para atenção especializada, prevenção de outros casos*”, e “*intervenção, acolhimento, estabilização e encaminhamento*” (Figura 39).

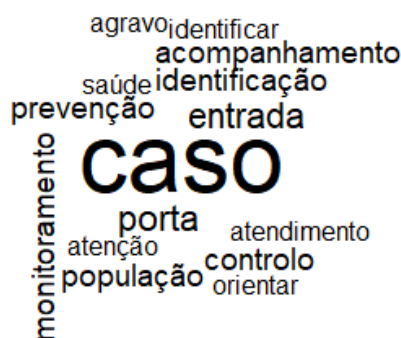
Figura 37: Melhor nível de atenção à saúde para detectar uma Emergência de Saúde Pública.



Fonte: Elaboração própria.

Os profissionais associam a APS à triagem inicial e a notificação de agravos, além do encaminhamento dos casos que demandam maior complexidade, algumas das respostas foram “*prevenir, diagnosticar e tratar*”, “*diagnostico, tratamento, evitando complicações, gerando menos internação*”, “*orientação, controle, acompanhamento e notificação*”, (Figura 40).

Figura 38: Nuvem de palavras da atuação da APS em momentos de ESP.



Fonte: Elaboração própria.

A atuação inclui também a orientação da população quanto à prevenção, contenção de riscos e busca de cuidados adequados, reforçando a função educativa da APS. No entanto, algumas falas apontam que a atenção primária tem absorvido uma

demanda excessiva de atendimentos emergenciais, o que compromete sua capacidade de desenvolver ações preventivas e de promoção da saúde. Essa sobrecarga, aliada à limitação de recursos humanos e estrutura, foi mencionada como fator que dificulta uma resposta mais qualificada em contextos de emergência, sinalizando a necessidade de melhor organização dos fluxos e articulação com os demais níveis de atenção.

Este capítulo tentou identificar os desafios e as lacunas de duas UBS da RA SCIA/Estrutural na resposta a ESPIN de COVID-19. Evidentemente, esses achados não refletem o entendimento da APS do Distrito Federal, mas é ao mesmo tempo o relato de uma realidade, mesmo que de forma singular, limitada. Observou-se nesse trabalho a persistência das fragilidades na formação específica para a APS, de maneira semelhante no conhecimento da população sob responsabilidade. Apesar disso, as ações de notificação de casos, o monitoramento e acompanhamento de pacientes, a realização de triagem, a busca ativa e a realização de vacinação foram reconhecidas como ações determinantes na APS. Além disso, esses achados evidenciam a necessidade de fortalecimento e de articulação intersetorial e na necessidade de continuar investindo na qualificação dos profissionais.

5 - RESPOSTA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ÀS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA NO DISTRITO FEDERAL: UMA ANÁLISE GEOGRÁFICA

Esta tese buscou compreender o papel da APS do Distrito Federal em contextos de crise sanitária, a partir da abordagem da Geografia dos Serviços de Saúde. Para analisar o processo saúde-doença-atenção, optou-se pela triangulação de métodos — revisão integrativa e pesquisa documental, análise de dados secundários com os indicadores e, análise primária com as participantes.

Os trabalhos de Carmo et al. (2008), Carmo (2020), Silva et al. (2020), Freitas et al. (2020) há diferentes riscos e ao mesmo tempo, um crescente aumento de eventos agudos que impactam diretamente a população e, também a saúde. Para esses autores, esses impactos são resultado da transformação socioambientais provocadas pelo homem. Como consequência, os serviços de saúde são diretamente afetados (KHATRI et al., 2023), de diferentes formas, tornando urgente o fortalecimento de ações de preparação do sistema de saúde para absorver esses impactos, responder os efeitos da melhor forma possível e se adaptar para futuros eventos, principalmente os de emergência em saúde pública.

Cabe apontar que as Emergências de Saúde Pública geram impactos que são absorvidos de maneira desigual em cada território, nesse sentido a APS possibilita uma resposta mais oportuna, em razão da sua capilaridade no território nacional. Todavia, para a efetividade de uma resposta, é primordial que a rede de saúde seja estruturada, com uma forte comunicação e troca de informações (MARSHA, et al. 2017).

Considerando o recorte de tempo do trabalho, de 2007 a 2022, foram identificadas três declarações de emergência no âmbito da Saúde Pública do Distrito Federal por situação de desassistência em 2011, 2015 e 2019, além de duas declarações em 2020, uma por risco de epidemia de arboviroses urbanas e por risco de pandemia do novo coronavírus. As ESP por desassistência coincidiram, de forma relevante, em momentos de início de mandatos de governadores do DF, o que pode estar relacionado ao uso estratégico desses decretos como ferramenta administrativa, com a finalidade de reorganizar contratos e flexibilizar procedimentos legais. No entanto, recomenda-se que estudos futuros se debrucem sobre a análise aprofundada dessas declarações, a fim de verificar a pertinência das justificativas e fundamentos apresentados.

Antes de abordar a atuação da APS nesses momentos de ESP, a primeira questão desse estudo procurou compreender como a Rede de Atenção à Saúde no Distrito Federal se organiza para os contextos de Emergências de Saúde Pública, para alcançar esse objetivo, utilizou-se da perspectiva histórica para entender como a rede se organiza e em seguida o que foi realizado em momentos sem crise sanitária. Apesar de ter sido pioneiro na oferta universal e na regionalização dos serviços de saúde, o sistema de saúde do DF ainda possui uma organização complexa (GÖTTEMS et al. 2019).

Conforme apontado na literatura (APSREDE, 2018), o processo de conversão do modelo assistencial no DF trouxe à tona a necessidade de reconhecer a APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. Essa mudança implicou na reestruturação administrativa da SES-DF, com a criação de novas unidades de atenção ambulatorial secundária, implementação do Complexo Regulador e reavaliação dos critérios de referência e contrareferência. No entanto, os achados deste trabalho demonstram que, apesar dessas iniciativas, persistem desafios significativos para a consolidação de um modelo efetivo.

Os resultados referentes à cobertura da APS no DF, reforçam para as desigualdades regionais no interior do território, com áreas que apresentam alta cobertura e outras cobertura reduzida. Essa realidade evidencia a necessidade de fortalecer a APS como coordenadora do cuidado. Embora a política de APS tenha sido implementada recentemente, a partir de 2018, o que possibilitou a expansão das equipes, a distribuição das unidades de saúde e das equipes ainda se mostra fragmentada. Algumas regiões administrativas permanecem sem serviços de saúde ou com baixa cobertura da APS.

Este trabalho, ao abordar também a espacialidade dos diferentes níveis de atenção, evidencia a fragmentação da organização do SUS-DF, onde a APS é mais direcionada para as regiões mais vulneráveis e os estabelecimentos de especialidades são voltados na sua maioria para regiões de melhores indicadores sociais. Esses achados, reforçam as ideias de Kashiwakura (2016), as iniciativas de fortalecimento da APS no DF foram marcadas pela descontinuidade e pela baixa integração com os demais níveis de atenção.

Durante o primeiro ano da pandemia de 2020, observou-se de maneira geral no Brasil e no mundo, a preferência pela atenção hospitalar (FAVORETO, 2020). O Governo do Distrito Federal agiu de forma semelhante, a centralidade das primeiras ações de resposta foi direcionada para os casos graves e a criação de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), além de hospitais de campanha GIOVANELLA et al. (2020), sem considerar a APS.

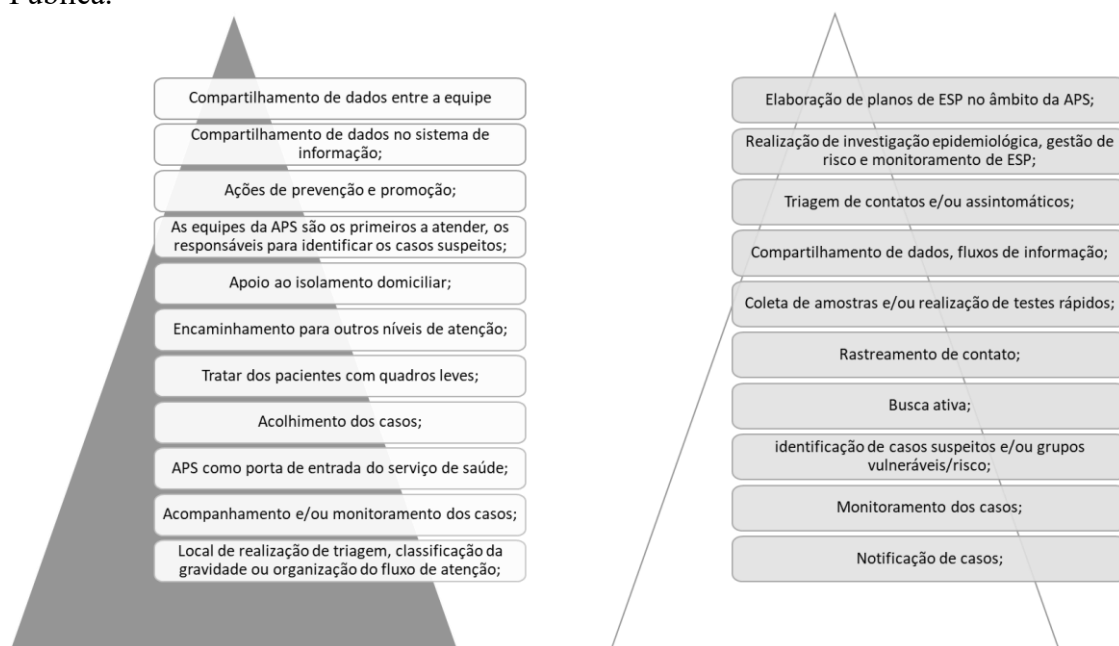
A revisão integrativa que permitiu fazer a análise dos atributos da APS durante a pandemia de COVID-19 reforça o papel estratégico que poderia ter sido exercido desde o início da crise sanitária, mas que foi incorporado apenas tardiamente. Poucas iniciativas de gestão foram implementadas no início da pandemia, ainda em 2020. Diversos estudos já mencionavam a APS como o lugar da primeira resposta à ESP, atuando com ações de triagem e sendo o primeiro local de atendimento (MAZOWITA et al. 2006; RUST et al. 2009; WYNN et al 2012; CUBILLAS et al. 2015). No entanto, não se concretizou na resposta inicial à COVID-19. As orientações indicavam que o atendimento deveria ser buscado nas unidades hospitalares e, somente após a constatação do quadro leve, as unidades básicas passariam a fazer o acompanhamento e o monitoramento dos casos (Circular n.º 22020 – SESSAISCOASIS). Segundo Kurotschka et al. (2021), é evidente que a pandemia de COVID-19 demandou uma nova reestruturação do sistema de saúde e novas formas de organização do processo de trabalho. Ainda assim, a potencialidade da APS não foi exercida, principalmente no início da pandemia no Brasil.

Em relação as ações de vigilância em saúde desenvolvidas durante a pandemia, embora tenham sido implementadas ações como notificação, busca ativa e testagem, permanecem lacunas importantes na articulação entre os níveis de atenção, conforme destacado por Gondim (2020). A notificação foi estabelecida no mês de abril de 2020, por meio do INFORME TÉCNICO Nº 1, pelo governo do DF, determinando que todos os serviços da rede de saúde notificassem os casos suspeito de síndrome gripal. No entanto, foi apenas a partir do mês de junho de 2020 a APS no DF passou a ser oficialmente reconhecida como porta de entrada do serviço de saúde para os casos suspeitos de COVID-19 (GDF, 2020-Circular n92).

O segundo objetivo deste trabalho consistiu em identificar as estratégias de vigilância em saúde no âmbito da APS e seus atributos nas Emergências de Saúde Pública ocorridas entre 2007 e 2022. Por meio da revisão integrativa e da pesquisa documental, foi possível identificar um conjunto de ações que devem ser consideradas para a atuação da APS em contextos de ESP, com potencial para contribuir significativamente na

mitigação dos efeitos sobre a população. A Figura 41, a seguir, apresenta um quadro síntese com os principais achados identificados.

Figura 39: Síntese dos achados das ações da APS em contextos de Emergência de Saúde Pública.



Fonte: Elaboração própria.

Não foram identificadas, na revisão integrativa, assim como na pesquisa documental, evidências da vigilância em saúde como um processo territorializado e dinâmico no contexto de Emergências de Saúde Pública. As ações de vigilância foram identificadas apenas no sentido da notificação dos casos, sem qualquer citação de outras ações concretas.

A terceira questão dessa pesquisa consistiu em analisar as consequências das Emergências de Saúde Pública sobre os procedimentos da APS no DF, por meio de seus indicadores. A partir desses indicadores, observou-se que, apesar da evolução na cobertura da APS, conforme visto nas três metodologias utilizadas, ainda há disparidades na organização e disponibilidade de equipes e equipamentos entre as regiões administrativas do DF. Apesar do crescimento na cobertura, não foi observado nenhuma interferência nos anos de ESP distrital.

Na análise das internações por ICSAP, foi possível observar uma tendência de queda ano de 2020, em plena pandemia, o que pode sugerir não um aumento da resolutividade da APS, mas possivelmente uma redução da demanda por internações em decorrência das medidas de distanciamento social, como apontado por Lamberti-Castronuovo (2022). Esse menor percentual no período contrasta com a expectativa de

aumento das interações sensíveis durante períodos de crise, conforme sugerido por Costa et al. (2022), o que indica possíveis efeitos de represamento de demanda.

A análise espacial da incidência dos casos de dengue e COVID-19 em relação à distribuição das equipes da ESF, evidenciou as desigualdades entre as Regiões Administrativas. As regiões com menor número de equipes da ESF concentraram, em geral, as maiores incidências, tanto de dengue quanto de COVID-19. No entanto, não é possível afirmar que esse fato reflita diretamente a capacidade de resposta. Além disso, a espacialização dos dados demonstrou a ausência de UBS em algumas RA, além do baixo número de equipes da ESF. Tal constatação reforça o argumento de que a simples presença de equipes não é suficiente; é preciso investir na qualidade do processo de trabalho, na integração com a vigilância e no uso estratégico de indicadores, como destacam Messias et al. (2021). Esses dados também indicam que, embora a APS no DF embora tenha sido fortalecida nos últimos anos, ainda enfrenta obstáculos estruturais e operacionais (LIMA et al. 2018; FIGUEIREDO et al. (2018).

O presente estudo também foi desenhado para identificar os desafios e as lacunas das duas UBS da RA SCIA/Estrutural na resposta específica a ESPIN de COVID-19. Os achados dos questionários com os profissionais, corroboram com Sales et al. (2020), tanto as recomendações encontradas na revisão documental quanto nos relatos dos questionários indicam que as ações não consideraram as necessidades de saúde com base na singularidade socioespacial dos territórios. De uma maneira geral, os trabalhadores das UBS SCIA/Estrutural demonstraram pouco conhecimento sobre o território, concentrando suas ações, sobretudo, no ambiente do consultório.

Os resultados encontrados por Prado et al. (2021) evidenciam que, a integração entre vigilância em saúde e a APS durante a pandemia da COVID-19 permitiu a adoção de estratégias inovadoras e respostas ágeis, apoiadas em tecnologias de informação e na articulação entre profissionais e comunidades. No entanto, o cenário observado na UBS da RA SCIA/Estrutural contrasta com essa perspectiva. Verificou-se, nas duas unidades de saúde, um baixo desenvolvimento das ações de vigilância, ausência de rotinas estabelecidas e uma compreensão limitada sobre o papel da vigilância em saúde, frequentemente reduzida à prática da notificação. Essa dissociação entre vigilância e APS revela fragilidades operacionais, indicando a necessidade de fortalecer a vigilância no cotidiano das unidades, com ênfase na formação permanente, no apoio à gestão local e na construção de estratégias que aproximem a prática do território e das necessidades da população. Evidentemente, este é apenas um retrato de uma única unidade, não sendo

possível inferir que esse cenário representa a totalidade da APS no DF., todavia, aponta para as fragilidades que podem ter ocorrido em outros lugares.

Um resultado inesperado identificado nos questionários foi o limitado conhecimento dos trabalhadores sobre o funcionamento do CIEVS, além da ausência de integração entre a APS com a Vigilância em Saúde. A escassez dessa articulação entre áreas dentro da estrutura organizacional de saúde constitui um aspecto pouco abordado na literatura. Situação semelhante foi relatada por Patiño et al. (2022), que também identificaram que o fluxo de informações entre os diferentes setores foi pouco discutido. Dessa maneira, o avanço na estrutura de resposta a Emergências de Saúde Pública precisa avançar no sentido de promover a interlocução entre esses setores, já estruturados com a APS, principalmente com a definição e pactuação das ações de cada nível de atenção.

O resultado sobre o desenvolvimento de novas tarefas diante da pandemia de COVID-19, observados nos questionários, refletem o que outros autores apontaram, a pandemia demandou uma reestruturação dos serviços de saúde, além de uma reorganização do processo de trabalho (KUROTSCHKA et al. 2021; MATHEWS et al. 2021), principalmente da Atenção Primária (SUBBA et al. 2021).

A literatura reafirma o papel estratégico da Atenção Primária à Saúde em todas as etapas de uma Emergência de Saúde Pública, desde a preparação até a resposta e a recuperação. Segundo Prado et al. (2020), a atuação das equipes de APS é fundamental em todas as fases da pandemia, contribuindo de forma decisiva para a vigilância e o cuidado integral. Floss et al. (2020) destacam que os sistemas de saúde devem concentrar esforços na capacidade de absorver os choques provocados por emergências sanitárias, responder de forma eficaz e adaptar-se a novos cenários, sendo a APS uma base essencial para essa resiliência. Nessa mesma direção, Edelman et al. (2021) argumentam que a atenção primária, com sua abordagem multissetorial, representa um mecanismo ideal de resposta às ameaças à saúde, especialmente quando dispõe de recursos adequados e de uma força de trabalho apoiada e valorizada. Dessa forma, a consolidação de uma APS forte, articulada e resolutiva é condição indispensável para enfrentar emergências em saúde pública de maneira equitativa e eficaz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise integrada dos achados da pesquisa permitiu compreender os limites e potencialidades da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal diante dos contextos de Emergência em Saúde Pública entre os anos de 2007 e 2022. A investigação percorreu caminhos teóricos, normativos e empíricos para compreender as diferentes estratégias e impactos produzidos por essas situações excepcionais sobre a estrutura e a atuação da APS. Observou-se que, embora a APS tenha papel estratégico no enfrentamento de ESP, sua atuação no DF ainda é marcada por lacunas de articulação com a rede de atenção à saúde e por respostas pouco estruturadas frente a crises agudas, especialmente no que se refere ao planejamento territorial e à vigilância em saúde. Essa perspectiva pode não ser exclusiva a capital do país, principalmente das diferentes estratégias utilizadas durante a pandemia de COVID-19.

O primeiro objetivo específico buscou compreender como a Rede de Atenção à Saúde se organiza diante das ESP. Verificou-se que, apesar das diretrizes nacionais e distritais que preveem a atuação articulada da rede, a APS tem sido pouco integrada nas respostas coordenadas, com outros setores, do mesmo modo com os outros níveis de atenção. A criação de grupos executivos e comitês, embora importante, mostrou-se insuficiente para assegurar a participação efetiva da APS nos processos de resposta em momentos de ESP. A fragmentação entre os níveis de atenção e a centralização das ações nos serviços hospitalares podem ter contribuído para o enfraquecimento da potencialidade da APS como ordenadora do cuidado durante a ESP por COVID-19.

O segundo objetivo concentrou-se na identificação das estratégias de vigilância e dos atributos da APS durante as Emergências em Saúde Pública. A análise documental e a revisão integrativa evidenciaram a presença de atributos como acessibilidade, longitudinalidade, coordenação e integralidade; contudo, esses elementos aparecem de forma pouco estruturada na literatura, indicando a necessidade de maior articulação, sistematização e, sobretudo, pactuação desses atributos na organização da rede de saúde.

No entanto, foi observado pouca relação nos enfrentamentos, especialmente nas emergências não epidêmicas, como os desastres socioambientais. Além disso, observou-se baixa implementação de ações de vigilância em saúde de maneira territorializadas, o que compromete a capacidade da APS de responder de forma ágil e contextualizada. Os questionários com profissionais das UBS da RA Estrutural confirmaram esses achados, evidenciando desafios operacionais, escassez de recursos e a ausência de protocolos específicos para atuação em emergências de saúde pública.

As emergências decorrentes da desassistência ainda constituem um campo pouco explorado. Não foram localizadas informações sobre esse tipo de situação, o que reforça a necessidade de compreendê-las melhor, desde sua ocorrência até, principalmente, os avanços na avaliação da sua declaração. Com isso, ficam algumas perguntas: quantas emergências por desassistência têm registradas no Brasil? Quais as razões e critérios são considerados? Essas situações são avaliadas? Quais os resultados dessas declarações? É possível afirmar ainda que, a descontinuidade de governo impacta diretamente nas políticas públicas? Esse fato ficou evidente nesse tipo de emergência em saúde pública.

Outra questão de pesquisa que pode ser levantada diz respeito às declarações de Emergência em Saúde Pública realizadas pelo Distrito Federal. Essa unidade federativa é a que apresenta o menor número de declarações de Situação de Emergência e Estado de Calamidade na plataforma S2iD, tendo decretado apenas uma vez por risco epidemiológico de dengue. Diante disso, cabe questionar: não há, de fato, ESP no DF? Ou quais seriam as ESP declaradas no território?

O terceiro objetivo propôs a análise dos impactos das emergências sobre indicadores da APS. A investigação dos dados de dengue, COVID-19, cobertura da ESF e das internações por condições sensíveis à atenção primária, revelou um cenário de desigualdade territorial e fragilidade da cobertura. A baixa presença da ESF em áreas que apresentaram maiores incidências desses agravos reforça a urgência de reorganizar os serviços com base na equidade, considerando os territórios como determinantes centrais para a resposta em saúde. Além disso, a presença da APS em regiões mais vulnerabilizadas, pode não garantir o acesso aos testes rápidos e ao atendimento médico necessário, podendo ter invisibilizado os casos. A espacialização dos dados permitiu visualizar com maior clareza essas assimetrias, contribuindo para a compreensão do território como categoria de análise essencial.

Por fim, o último objetivo específico centrou-se nos desafios e lacunas da resposta da APS à ESPIN de COVID-19, a partir da análise das UBS da RA SCIA/Estrutural. O trabalho de campo evidenciou limitações estruturais, equipes desfalcadas, ausência de capacitação específica para emergências e pouca articulação com outros níveis da rede. A pandemia, apesar de ter demandado respostas rápidas e integradas, reforçou desigualdades preexistentes e evidenciou a necessidade de incorporar uma abordagem mais sistêmica e estratégica na atuação da APS diante de situações críticas.

Há espaço para avanços significativos na discussão das ações de Vigilância em Saúde no âmbito da APS. Apesar dos progressos na Política Nacional de Vigilância em

Saúde em 2018 e as primeiras versões da PNAB, ainda é preciso avançar na articulação e no fortalecimento. A proposta dos boletins epidemiológicos produzidos no projeto de pesquisa nas UBS da RA SCIA/Estrutural visava apoiar o desenvolvimento desse tipo de articulação. No entanto, essa iniciativa não foi realizada de maneira oportuna nem com os melhores mecanismos de compartilhamento da informação.

A revisão integrativa demonstrou que a notificação de casos aparece como uma das principais ações atribuídas à APS. Contudo, os avanços nos painéis de monitoramento e nas tecnologias que permitem análises mais robustas e mais práticas precisam avançar, de forma efetiva, alcançando os profissionais de saúde que atuam na linha de frente dos serviços de saúde. A vigilância em saúde, no contexto da APS, tem um papel fundamental e estratégico, principalmente no auxílio para as decisões de manejo clínico. É fundamental avançar para completar o ciclo da vigilância (coleta, análise, informação, comunicação). Muitas vezes, a coleta de dados ocorre na APS, mas as etapas seguintes permanecem desconectadas desse nível territorial, e a informação raramente retorna às equipes de saúde.

É necessário fortalecer e evidenciar o papel da APS em momentos de ESP, o que pode representar, inclusive, uma via importante para a reorganização dos serviços de saúde em momentos de crise. A literatura aponta para ocorrência cada vez mais frequente de eventos agudos com impactos significativos à saúde. A vista disso, é fundamental divulgar as consequências desses impactos na saúde, principalmente nos ensinamentos de saúde formal, principalmente os acadêmicos, nos diferentes cursos de saúde e de nível técnico. Com isso, é inevitável o avanço da discussão dos efeitos e interferência do contexto nas condições de vida, avançar para o ensino e diálogo do conceito ampliado de saúde.

Trabalhar com Emergências de Saúde Pública implica considerar múltiplos agravos, não se restringindo a um único agente etiológico ou vetor. São as condições de vida, as transformações socioambientais que vão interferir na ocorrência de uma nova ESP. Reconhecer o que foi feito é um passo importante para a preparação de eventos futuros. Nesse sentido, e também para o fortalecimento dessa questão, torna-se necessário a criação de um sistema de informação específico sobre ESP. Quantas ESP o Brasil já enfrentou? Quais os estados e/ou municípios com maiores ou menores ocorrências? Quais são os impactos? Existe um padrão de ocorrência? Quais são os tipos mais frequentes? Essas são questões importantes para pesquisas futuras e que podem esclarecidas com um sistema de informação sobre ESP.

Da mesma maneira, é preciso avançar na capacitação da APS para Emergências de Saúde Pública. Essa formação deve assumir caráter contínuo, considerando que os eventos agudos não deixarão de ocorrer, mas tendem a tornar-se mais intensos e frequentes. Nesse sentido, a APS necessita desenvolver competências em todas as dimensões da vigilância voltadas a tais emergências, abrangendo os eixos de preparação, monitoramento e resposta.

Esta tese oferece uma análise da resposta da APS às ESP no DF, articulando análises qualitativas e quantitativas a partir de revisões documentais e bibliográficas e análise de dados primários e secundários. A integração dessas abordagens permitiu evidenciar dimensões frequentemente invisibilizadas das políticas de saúde, como o papel dos territórios e das práticas cotidianas dos trabalhadores da linha de frente, durante situações de emergências em saúde pública.

Entre as limitações da pesquisa, destaca-se a dificuldade de acesso aos dados de saúde do DF a nível de regiões de saúde. De uma forma geral, os dados são apresentados apenas com o recorte espacial de “Brasília”, sem considerar as particularidades internas de cada região administrativa no interior do DF. Outra questão consiste na ausência de informações sistematizadas sobre ações da APS em contextos de desastre e outras emergências ambientais.

Também se reconhece que o recorte empírico nas UBS da RA SCIA/Estrutural, embora relevante, não permite generalizações para todo o DF, sendo necessárias análises semelhantes em outras regiões administrativas a fim de medir a resposta da APS em momentos de emergência no DF.

O objetivo de trabalhar com a ideia de contexto, consistiu em tentar desenvolver uma metodologia que ampliasse o olhar e as diferentes abordagens das Emergências de Saúde Pública no Distrito Federal. No entanto, essa não foi uma tarefa fácil, os próprios achados dessa pesquisa precisam ser interpretados com cautela. Pesquisas adicionais são necessárias para melhor compreender essa ideia.

De modo a dar continuidade recomenda-se que estudos futuros explorem outras experiências de emergência em saúde pública, e investiguem mais profundamente os efeitos da multiescalaridade territorial sobre a resposta da APS em momentos de crise. Além disso, é fundamental promover a produção de conhecimentos aplicados que possam subsidiar a formulação de políticas públicas orientadas pela equidade, territorialidade e vigilância em saúde integrada.

Realizar o trabalho de campo durante uma pandemia, sem medidas farmacológicas, em um momento de muitas incertezas e inseguranças, foi um dos maiores desafios desta pesquisa, mas também uma das experiências mais transformadoras. Foram meses observando o tempo de “deslocamento” de uma medida/recomendação do nível federal até alcançar na outra ponta do serviço de saúde, na APS. Foram meses apoiando a unidade de saúde na triagem de pacientes, organizando fluxo de atendimento, fazendo entrevista, lidando com EPI (equipamento de proteção individual), coordenando equipes de campo. E, sobretudo, foram meses testemunhando de perto a face concreta da desigualdade no acesso à saúde e da dignidade humana, como quando vi trabalhadores e trabalhadoras domésticas, em desespero, implorarem por um teste rápido, mesmo sem sintomas, apenas para poderem entrar na casa da “patroa”.

Fica evidente que é necessário compreender cada vez mais as condições de saúde das pessoas, os processos de saúde-doenças, e principalmente, as condições de vida das pessoas. Falar mais de vida, compreender os diferentes territórios e contextos, e principalmente, desenvolver ações que enfrentem, de forma concreta as desigualdades sociais e de saúde.

Ao lançar luz sobre as respostas da APS frente às emergências em saúde pública, esta tese reafirma a centralidade da Atenção Primária à Saúde como base para um sistema de saúde resilientes, capaz de proteger vidas e promover justiça social, principalmente nos momentos em que é mais necessária.

REFERÊNCIA

Referências Bibliográficas (ABNT - NBR 6023)

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Regulamento Sanitário Internacional (RSI) 2005: versão em português aprovada pelo Congresso Nacional. Brasília: Anvisa, 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7181json-file-1>

AGUIAR; SONIA. Covid-19: a doença dos espaços de fluxos. In: GEOgraphia, vol: 22, n. 48. pp. 51-74. 2020.

AL, B. G. E.. Spatio-temporal propagation of COVID-19 pandemics. EPL, 131 (2020) 58003. doi: 10.1209/0295-5075/131/58003

AL, M. E.. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Território, ambiente e saúde. Org: Ary Carvalho Miranda. Christovam Barcellos. Josino Costa Moreira. Maurício Monken. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ. 2008

AMON; CARLY; KING; JENNIFER; COLCLASURE; JORDAN; HODGE; KIM; DUBARD; ANNETTE; C.. Leveraging Accountable Care Organization infrastructure for rapid pandemic response in independent primary care practices. Healthc (Amst), 2022. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8903517>>..

ASIA; W. H. O. R. O. F. S.. Roles of community health workers in advancing health security and resilient health systems: emerging lessons from the COVID-19 response in the South-East Asia Region. nan, 2021. Disponível em: <<https://iris.who.int/handle/10665/351484>>.

ASSIS; FRANCISCO. Pioneiros da Geografia da Saúde: Séculos XVIII, XIX e XX. In. A Geografia e o contexto dos problemas de saúde. Org: Christovam Barcellos, Christovam. ABRASCO. ICICT. EPSJV. 2008

BAJOULVAND; RAZYEH; RAMEZANLOU; MOHAMMAD; DERAKHSHANI; NASER; GOHARINEZHAD; SALIME; GHOLAMI; MOHAMMAD; TORANJIZADEH; FATEMEH; SANIEE; NADIA. Strengthening primary health care for effective response to pandemics: a systematic review. East Mediterr Health J, 2023. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.26719/emhj.23.080>>.

BARCELLOS; CHRISTOVAM. A Geografia e o contexto dos problemas de saúde. Org: Christovam Barcellos, Christovam. ABRASCO. ICICT. EPSJV. 2008

BARCELLOS; CHRISTOVAM; BUZAI; D., G.; SANTANA; PAULA. Geografia de la salud: bases y actualidad. Salud colect., Lanús , v. 14, n. 1, p. 1-4, marzo 2018.

BARCELLOS; CHRISTOVAN. Geografia e saúde: conceitos, teorias e metodologias. Org. Cláudia Marques Roma, Alexandre Bergamin Vieira, Adeir Archanjo da Mota, Raul Borges Guimarães. Dourados, MS. UFGD, 2020.

BATISTELLA; CARLOS. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Território e o processo saúde-doença. Org: Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BISOL; JAIRO. Uma gestão elegante. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. Ciênc. saúde coletiva, 2019 24(6), jun. 2019.

BOLIS; MÓNICA. O tratamento do risco em saúde e a nova regulação internacional. Revista de Direito Sanitário. São Paulo. V. 8, n. 3, p. 11-37. São Paulo. 2008

BOUSQUAT; A. et al.. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. Cadernos de Saúde Pública, v. 35. 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República, 1988a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

BRASIL. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasil. Brasília. 2011e.

BRASIL. Lei Nº 10.633, de 27 de dezembro de 2002. Institui o Fundo Constitucional do Distrito Federal – FCDF, para atender o disposto no inciso XIV do art. 21 da Constituição Federal. Brasília, DF. 2002f. Disponível em: <http://www.fazenda.df.gov.br/aplicacoes/legislacao/legislacao/TelaSaidaDocumento.cfm?txtNumero=10633&txtAno=2002&txtTipo=110&txtParte=>.

BRASIL. Lei Nº 7.191, de 21 de dezembro de 2022. Cria a Região Administrativa de Água Quente – RA XXXV e dá outras providências. Brasília, DF. 2022. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/ee49b13b3d5443fb8198732f885ca231/Lei_7191_21_12_2022.html

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília. Ministério da Saúde, 2009h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília. 76 p. 2006g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia de dengue. Secretaria de Atenção à Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. – 1. ed. – Brasília. Ministério da Saúde, 2013i.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia por arboviroses. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. – Brasília. 2022u.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia por arboviroses. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. – Brasília. 2022v.

BRASIL. Ministério da Saúde. Febre amarela: guia para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2017o.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. rev. e atual. – Brasília. Ministério da Saúde. 2022v.

BRASIL. Ministério da Saúde. NOTA METODOLÓGICA Novo método de cálculo do indicador Cobertura populacional estimada por Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. 2021p. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_ACS.pdf Acessado em: 11 de fevereiro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. NOTA METODOLÓGICA: Novo método de cálculo do indicador Cobertura populacional estimada na Atenção Básica. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2021q.

Disponível

em:

https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_AB.pdf Acessado em: 11 de fevereiro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional: procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. 2017n.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022u.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília. 2015k.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Brasília. 2014j.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de contingência para resposta às emergências em Saúde Pública: febre amarela. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. 2. ed. – Brasília. 2021f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 913, de 22 de abril de 2022. Declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) e revoga a Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Brasília, 2022x.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 188, 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). Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2020s.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Vigilância, Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública no âmbito do Sistema Único de Saúde – Rede VigiAR-SUS: Resultados das ações nos anos 2020 e 2021. Secretaria de Vigilância em Saúde,

Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. Brasília, 2022v.

BRASIL. Plano de operação do ponto focal nacional para o regulamento sanitário internacional. Ministério da Saúde, Secretaria. de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília. 2016m.

BRASIL. Portaria Nº 1.865, de 10 de agosto de 2006. Estabelece a Secretaria de Vigilância em Saúde como Ponto Focal Nacional para o Regulamento Sanitário Internacional (2005) junto à Organização Mundial da Saúde. Ministério da Saúde. 2006d.

BRASIL. Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Ministério da Saúde. 2011w.

BRASIL. Portaria Nº 30, de 7 de julho de 2005. Institui o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, define suas atribuições, composição e coordenação. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2005c.

BRASIL.BRASIL. Lei nº 7.190, de 21 de dezembro de 2022. Cria a Região Administrativa de Arapoanga – RA XXXIV e dá outras providências. Brasília, DF. 2022. Disponível em:

https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/164ced441f82436993efa9448246e377/Lei_7190_21_12_2022.html

BRASIL; SAÚDE, M. D.. Boletim Epidemiológico – COE COVID-19 n.1. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, 3.2.2020. v.3. 2020r. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2020/boletim-epidemiologico-no-1-boletim-coe-coronavirus.pdf/view>

BRASÍLIA. Decreto Legislativo Nº 395, DE 2009. Aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembléia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Brasil. Brasília, DF. Seção 1. Página 11. 2009. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/2009/decretolegislativo-395-9-julho-2009-589324-publicacaooriginal-114307-pl.html>

BRASÍLIA. Decreto Nº 39.546, de 19 de dezembro de 2018. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Disponível em:

https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/c7d8594440ea48969cee564fafa77865/Decreto_39546_19_12_2018.html

BUENO; COSTA, F. T.; SOUTO; MATTA, E. P. S. E.; CORRÊA, G.. Notas sobre a Trajetória da Covid-19 no Brasil. In: Impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Gustavo Corrêa Matta, et al. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

CARNEIRO; T. S. G. et al. O Pacto pela Saúde na prática cotidiana da Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 102, p. 429–439, jul. 2014.

CARVALHO; GOMES, Á.. Programa Saúde da Família resgatando compromisso social do início de Brasília. *Revista de Saúde do Distrito Federal*. Brasília. v.10, n. 1,2,3,4. 1999

CAVALCANTE; JARDIM, K. R. L.. TAUIL, Pedro Luiz. Características epidemiológicas da febre amarela no Brasil, 2000-2012. *Rev. Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 25(1):11-20, jan-mar 2016.

CAVALCANTE; JARDIM, K. R. L.. TAUIL, Pedro Luiz. Risco de reintrodução da febre amarela urbana no Brasil. *Rev. Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 26(3):617-620, jul-set. 2017

CAZOLA; OLIVEIRA; L. H. D.; Tamaki; MAMORU, E.; Pontes; CURY, E. R. J.. Incorporação do controle da dengue pelo agente comunitário de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2014. Disponível em: scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000400637&lang=pt.

CHEN; X.; LI; H.; LUCERO-PRISNO; D.E. et al. What is global health? Key concepts and clarification of misperceptions. *glob health res policy* 5, 14 (2020). <https://doi.org/10.1186/s41256-020-00142-7>

CODEPLAN, C. D. P. D. D. F. –.. Nota Técnica. A área de influência de Brasília e proposta de ampliação da ride do DF e entorno. Governo do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal. 2018. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/%C3%81rea-de-Influ%C3%Aancia-de-Bras%C3%ADlia-e-Proposta-de-Amplia%C3%A7%C3%A3o-da-RIDE-do-DF-e-Entorno-2013.pdf>

CODEPLAN, C. D. P. D. D. F. –.. Índice de Vulnerabilidade social do Distrito Federal. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais – Dipos. Governo do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal. 2020a

CORRÊA; CASTRO, D. S. R.. et al.. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. Ciênc. saúde coletiva, 2019 24(6), jun. 2019.

COSTA; M. DA C. N.; TEIXEIRA, M. DA G. L. C.. A concepção de "espaço" na investigação epidemiológica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 271–279, abr. 1999

COSTA; Z. G. A. et al. Evolução histórica da vigilância epidemiológica e do controle da febre amarela no Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2(1):11-26. 2011.

CRODA; GARCIA, J. H. R. E.; COVID-19, L. P. I. D. V. E. S. À. E. D.. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. v. 29, n. 1. 2020 [Acessado 23 Fevereiro 2023

CRODA; J. H. R.; GARCIA, L. P.. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, n. 1, p. e2020002, 2020

CRÍTICA. Salvador : EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

CUBILLAS; J. J. et al.. Importance of health CRM in pandemics and health alerts. *Aten Primaria*, 2015. Disponível em: <10.1016/j.aprim.2014.05.013>.

DESBOROUGH; J. et al.. Lessons for the global primary care response to COVID-19: a rapid review of evidence from past epidemics. *Fam Pract*, 2021. Disponível em: <10.1093/fampra/cmaa142>.

DRUMOND; B. et al.. Dinâmica espaço-temporal da dengue no Distrito Federal, Brasil: ocorrência e permanência de epidemias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 5, p. 1641–1652, maio 2020.

DUC; W, J.. Le. SORVILLO, Teresa E. A Quarter Century of Emerging Infectious Diseases – Where Have We Been and Where Are We Going?. *Acta Medica Academica*.47 (1):117-130. 2018.

ERCOLE; FALCI, F.; MELO; DE, L. S.; ALCOFORADO; CONSTANT, C. L. G.. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*. vol.18, n.1, pp.09-11. 2014.

FARIA; L. S.; BERTOLOZZI, M. R.. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 3, p. 789–795, set. 2010

FARIAS; LUDGERO; H. S.; Trott; CASSEL, L.; Viola; MAGALHÃES, B.. O agente comunitário de saúde na Covid-19: análise dos planos de contingência da região Nordeste do Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2023. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462023000100514&lang=pt>.

FARLEY; JM; F.; AL., E.. Evaluation of flood preparedness in government healthcare facilities in Eastern Province, Sri Lanka. Glob Health Action, 2017. Disponível em: <10.1080/16549716.2017.1331539>.

FERREIRA; BARBOSA, I. C.. O processo de urbanização e a produção do espaço metropolitano de Brasília. In: Brasília, ideologia e realidade. Org: Aldo Paviani. Brasília. Editora Universidade de Brasília. 2º ed. 2010.

FIGUEIREDO; L. T. M.. Emergent arboviruses in Brazil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 40, n. 2, p. 224–229, mar. 2007

FILHO; RABELO, M.. Hospital de Base. Revista de Saúde do Distrito Federal. Brasília. v.10, n. 1,2,3,4. 1999

FLOSS; MAYARA; FRANCO; MENDES; C.; MALVEZZI; CECILIA; SILVA; VIEIRA; K.; COSTA; REIS; B. D.; Silva; E, V. X. D. L.; Werreria; SILVA, N.; Duarte; RAMOS, D.. A pandemia de COVID-19 em territórios rurais e remotos: perspectiva de médicas e médicos de família e comunidade sobre a atenção primária à saúde. Cadernos de Saúde Pública, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000700502&lang=pt>.

FONSECA; DA, H. L. P. A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. Ciênc. saúde coletiva, 2019 24(6), jun. 2019

FONSECA; H. L. P. DA. A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 6, p. 1981–1990, jun. 2019

FRANCO; G. et al.. Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 10, p. 3137–3148, out. 2017

FRANÇA; JESUS; C. D.; Nunes; ABDON, C.; Aquino; Rosana; Prado; LIMA, N. M. D. B.. Escopo de ações dos agentes comunitários de saúde na pandemia de Covid-19: revisão da literatura. Trabalho, Educação e Saúde, 2023. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462023000100601&lang=pt>.

FRANÇA; JESUS; C. D.; Nunes; ABDON, C.; Vilasbôas; QUEIROZ, A. L.; Aleluia; SANTOS, Í. R.; Aquino; Rosana; Nunes; SILVA, F. G. D.; Prado; LIMA, N. M. D. B.. Características do trabalho do agente comunitário de saúde na pandemia de COVID-19 em municípios do Nordeste brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, 2023. Disponível

em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232023000501399&lang=pt>.

FREITAS; C. M. DE .; OLIVEIRA, S. S.; BARCELLOS, C.. Desenvolvimento, desastres e emergências em saúde pública. *Saúde em Debate*, v. 44, n. spe2, p. 5–6, jul. 2020.

FREJAT; JOFRAN. Sistema de saúde do DF: modelo para o país. *Revista de Saúde do Distrito Federal Brasília* v.10, n.1,2,3,4, p.52-53, jan./dez. 1999

FROTA; CAVALCANTE; A.; BARRETO; CUNHA; I. C. D. H.; Carvalho; DE, A. L. B.; Ouverney; MAFORT, A. L.; Andrade; DE, L. O. M.; Machado; SILVA, N. M. D.. Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. *Saúde em Debate*, 2022. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042022000200131&lang=pt>.

FURLANETTO; COSTA; D. D. L.; Santos; DOS, W.; Scherer; ANJOS, M. D. D.; Cavalcante; VIEIRA, F.; Oliveira; Aimê; Oliveira; DE, K. H. D.; Santos; DOS, R. R.; Leite; ALESSA, T.; Poças; CRESTINE, K.; Santos; PACHECO, L. M.. Estrutura e responsividade: a Atenção Primária à Saúde está preparada para o enfrentamento da Covid-19?. *Saúde em Debate*, 2022. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042022000500630&lang=pt>.

G., D.. Editorial: Responding to health emergencies - COVID-19, climate change and the importance of primary healthcare. *Aust J Gen Pract*, 2020. Disponível em: <[10.31128/AJGP-12-20-1234e](https://doi.org/10.31128/AJGP-12-20-1234e)>.

GIL; CARLOS, A.. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. Ed. – São Paulo. Atlas. 2008.

GIOVANELLA; L.; FRANCO; C. M.; ALMEIDA, P. F. DE .. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, abr. 2020.

GIOVANELLA; LIGIA; MARTUFI; VALENTINA; MENDOZA; RUIZ; D. C.; Mendonça; DE, M. H. M.; Bousquat; Aylene; Aquino; Rosana; Medina; GUADALUPE, M.. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Debate*, 2020. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000800161&lang=pt>.

GIOVANELLA; LIGIA; VEGA; ROMÁN; TEJERINA-SILVA; HERLAND; ACOSTA-RAMIREZ; NAYDÚ; PARADA-LEZCANO; MARIO; RÍOS; GILBERTO; ITURRIETA; DAISY; ALMEIDA; DE; P. F.; Feo; Oscar. Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?. Trabalho, Educação e Saúde, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462021000100402&lang=pt>.

GIOVANELLA; LÍGIA. MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. Org. Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. –Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GIOVENARDI; EUGÊNIO. Brasília 60 anos. In: Revista do Instituto Histórico e Geográfico do Distrito Federal. Nº 10. Brasília, Distrito Federal. 2020.

GOIS-SANTOS; DE; V. T.; Santos; SANTANA, V.; Souza; DE, C. D. F.; Tavares; SOUZA, C. S.; Gurgel; QUEIROZ, R.; Martins-Filho; RICARDO, P. Primary Health Care in Brasil in the times of COVID-19: changes, challenges and perspectives. Revista da Associação Médica Brasileira, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302020000700876&lang=pt>.

GOMES; LOPES; K. W.; Mesquita; SOARES, L. P.; Caprara; Andrea; Benevides; SOUZA, B.; Gonçalves; PINHEIRO, R.. Organização do processo de trabalho no manejo da dengue em uma capital do Nordeste. Saúde em Debate, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200561&lang=pt>.

GONG; FANGFANG; HU; GUANGYU; LIN; HANQUN; SUN; XIZHUO; WANG; WENXIN. Integrated Healthcare Systems Response Strategies Based on the Luohu Model During the COVID-19 Epidemic in Shenzhen, China. Int J Integr Care, 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7863846>>.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL (GDF). Secretaria de Estado de Gestão do Território e Habitação do Distrito Federal (SEGTH). Zonas especiais de interesse social para provimento habitacional: estudo de proposição. Brasília. 2017

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL (GDF). Secretaria de Saúde. Plano de assistência à saúde no Distrito Federal. Brasília. SES/DF. 1979a.

_____. Secretaria de Saúde. Redefinição do sistema de saúde do Distrito Federal: conclusões do grupo de trabalho. Brasília: Secretaria de Saúde. 1986b.

_____. Secretaria de Saúde. A saúde no distrito Federal: um passo à frente na qualidade. Brasília. Secretaria de Saúde. 58 p. 1993c.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2004 – 2007. Brasília. Secretaria de Saúde. 278 p. 2003d.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria N° 159, de 7 de agosto de 2012e.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Distrital de Saúde 2020 – 2023. Brasília. Secretaria de Saúde. 268 p. 2019f.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Plano de Contingência para Epidemia da Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) do Distrito Federal. Diretoria de vigilância epidemiológica. Gerencia de epidemiologia de campo. Centro de informações estratégicas de vigilância em saúde. Brasília – DF, Fevereiro de 2020g.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Plano de Contingência para Epidemia da Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) do Distrito Federal. Diretoria de vigilância epidemiológica. Gerencia de epidemiologia de campo. Centro de informações estratégicas de vigilância em saúde. Brasília – DF, Abril de 2020h.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Plano de Contingência para Epidemia da Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) do Distrito Federal. Diretoria de vigilância epidemiológica. Gerencia de epidemiologia de campo. Centro de informações estratégicas de vigilância em saúde. Brasília – DF, Junho de 2020i.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Circular n.º 92/2020 - SES/SAA. Plano de trabalho e diretrizes para ampliação de testagem para covid-19 para locais vulneráveis do DF. Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde. 2020j.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Circular n.º 10/2020 - SES/SAIS/COAPS. Orientações para Referência de Urgências originadas da Atenção Primária à Saúde (APS) e a Regulação do Atendimento Pré-Hospitalar Secundário no âmbito do SAMU e das Regiões. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Coordenação de Atenção Primária à Saúde. 2020k.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Nota Técnica N.º 5/2020 - SES/SAIS/COAPS/DESF/GESFAM. Definição de níveis de resposta para manutenção da capacidade de oferta eficiente de serviços essenciais da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal no contexto da COVID-19. Diretoria da Estratégia Saúde da Família. Gerência da Estratégia Saúde da Família. 2020l.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Nota Técnica N.º 9/2020 - SES/SAIS/CAT-COVID19. Orientações clínicas e organizacionais para o manejo das urgências e emergências das síndromes gripais na Atenção Primária à Saúde, no contexto da pandemia de covid-19. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. 2020m.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Circular n.º 6/2020 - SES/SAIS/COAPS/DESF/GESFAM. Manutenção de fluxos distintos para usuários sintomáticos respiratórios e casos suspeitos ou confirmados de infecção por coronavírus (COVI-19) nas UBS. Diretoria da Estratégia Saúde da Família. Gerência da Estratégia Saúde da Família. 2020n.

_____. Atlas do Distrito Federal. Org: Kássia Batista de Castro, Larissa Ane de Sousa Lima. Brasília. 2020m.

_____. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD. Secretaria de Estado de Fazenda, Planejamento, Orçamento e Gestão do Distrito Federal – SEFP. Governo do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal. 2021n.

GOTTEMS; AL, L. B. D. E.. A Regionalização da gestão da saúde no DF: o caminho para a “ponta” virar centro. Brasília em Debate, Brasília, n. 17, p. 22-27, 2017

GOTTEMS; L. B. D. et al.. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. Ciênc. saúde coletiva, 2019 24(6), jun. 2019.

GOULART; A, F.. de Andrade. O SUS no DF: aspectos comparativos da assistência médica. Revista de Saúde do Distrito Federal Brasília v.7, n.2, p.25-32, abr./jun. 1996.

GOUYA; MM; AL., E.. An overview of Iran's actions in response to the COVID-19 pandemic and in building health system resilience. Front Public Health, 2023. Disponível em: <10.3389/fpubh.2023.1073259>.

GUIMARÃES; BORGES, R.. PICKENHAYN, Jorge Amancio. LIMA, Samuel do Carmo. Geografia e Saúde: sem fronteiras. Uberlândia-MG. Assis Editora. 2014.

GUIMARÃES; R. B. Geografia e saúde coletiva no Brasil. Saúde e Sociedade, v. 25, n. 4, p. 869–879, out. 2016.

GUIMARÃES; RB. Geografia e saúde. In: Saúde: fundamentos de Geografia humana São Paulo: Editora UNESP, 2015.

H, K.; JM, M.; N, E.; G, R.; E, K.; M, V.; G, P.. Strengthening global health security by embedding the International Health Regulations requirements into national health systems. BMJ Glob Health. 2018 Jan 20;3(Suppl 1):e000656. doi: 10.1136/bmjgh-2017-000656. PMID: 29379650; PMCID: PMC5783036.

HAGE; C.; E. Emergências de Saúde Pública: breve histórico, conceitos e aplicações. *Saúde em Debate*, v. 44, n. spe2, p. 9–19, jul. 2020

HAGE; C.; E.; PENNA; G.; OLIVEIRA; W. K. DE.. Emergências de Saúde Pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. *Estudos Avançados*, v. 22, n. 64, p. 19–32, dez. 2008.

HAGE; EDUARDO. Regulamento Sanitário Internacional, Emergências de Saúde Pública, liberdades individuais e soberania. *Revista De Direito Sanitário*, 8(1), 61-64. 2007.

HARZHEIM; AL., E.. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000702493&lang=pt>.

HENRIQUES; C. M. P.; VASCONCELOS, W.. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Estudos Avançados*, v. 34, n. Estud. av., 2020 34(99), maio 2020.

HORTAL; MARÍA. Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes: información actualizada. *Rev. Méd. Urug.*, Montevideo , v. 32, n. 1, p. 52-58, abr. 2016

I, H. H.. Covid-19 vaccines and variants of concern: A review. *Rev Med Virol*. 2022 Jul;32(4):e2313. doi: 10.1002/rmv.2313.

IBGE. Regiões de influência das cidades 2018. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Coordenação de Geografia. - Rio de Janeiro. IBGE, 2020.

IDRIS; JIBRIL; B.; INEM; VICTOR; BALOGUN; MOBOLANLE. Comparing the knowledge, attitude and practices of health care workers in public and private primary care facilities in Lagos State on Ebola virus disease. *Pan Afr Med J*, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4695533>>.

JR, V.; AM, P.; M, S.; TL, S.. Organização dos sistemas de saúde no enfrentamento à covid-19: uma revisão de escopo. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;47:e38. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.38>

KALLON; LH; AL., E.. From policy to practice: a qualitative study exploring the role of community health workers during the COVID-19 response in Sierra Leone. *BMC Health Serv Res*, 2023. Disponível em: <10.1186/s12913-023-10272-6>.

KANIAK; ALMEIDA, C. E. D.. Plano geral de rede médico-hospitalar para o Distrito Federal de Henrique Bandeira de Melo. Revista de Saúde do Distrito Federal. Brasília. v.10, n. 1,2,3,4. 1999.

KINDER; KAREN; BAZEMORE; ANDREW; TAYLOR; MELINA; MANNIE; CRISTINA; STRYDOM; STEFAN; GEORGE; JOE; GOODYEAR-SMITH; FELICITY. Integrating primary care and public health to enhance response to a pandemic. Prim Health Care Res Dev, 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8220344>>.

KUROTCHKA; KONSTANTIN; P.; SERAFINI; ALICE; DEMONTIS; MICHELA; SERAFINI; ARIANNA; MEREU; ALESSANDRO; MORO; FRANCESCA; M.; CARTA; GIOVANNI; M.; GHIROTTI; LUCA. General Practitioners' Experiences During the First Phase of the COVID-19 Pandemic in Italy: A Critical Incident Technique Study. Front Public Health, 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7888233>>.

LANCET, T.. International Health Regulations: the challenges ahead. Vol 369 May 26, 2007.

LAVRAS; CARMEN. Atenção Primária à Saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saúde e Sociedade, v. 20, n. 4, p. 867–874, out. 2011.

LEO; C.; MDCC; N.; ALD.; A.. The Covid-19 pandemic seen from the frontline. Int Braz J Urol, 2020. Disponível em: <10.1590/S1677-5538.IBJU.2020.S123>.

LIMA-CAMARA; T. N.. Emerging arboviruses and public health challenges in Brazil. Revista de Saúde Pública, v. 50, p. 36, 2016.

LIMA; L. D. de . et al.. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 7, p. 1903–1914, jul. 2012.

LIMA; N. T.; BUSS, P. M.; PAES-SOUSA, R.. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. Cad. Saúde Pública, 2020 36(7), 2020.

LOBATO; COSTA, L. D. V.. GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. Org. Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. –Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

LOLATO; COSTA, L. D. V.; GIOVANELLA; LÍGIA. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. Org. Lígia

Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. –Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

LOPES; NAYARA; NOZAWA; CARLOS; LINHARES; CARVALHO, R. E.. Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil. Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua , v. 5, n. 3, p. 55-64, set. 2014

LUNA; E. J. A.. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 5, n. 3, p. 229–243, dez. 2002.

LUNA; EJA.; JR., A. S.; JB. Doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde. 2013

MA, E.; JK, A.; B, J.; S, H. W.; DM, M.; AL, S. J. E.. Emerging and Reemerging Aedes-Transmitted Arbovirus Infections in the Region of the Americas: Implications for Health Policy. Am J Public Health. 2019.

MACIEL; F. B.; et al.. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. Ciência & Saúde Coletiva, 2020.

Disponível

em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020001204185&lang=pt>.

MARQUES; MENDES, M.. Implementação de Centros de Saúde no Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do distrito Federal. Brasília. 1982

MATHEWS; M.; AL., E.. Development of a primary care pandemic plan informed by in-depth policy analysis and interviews with family physicians across Canada during COVID-19: a qualitative case study protocol. BMJ Open, 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8300554>>.

MATTA; CORRÊA, G.. MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção Primária à Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em saúde. Org: Isabel Brasil Pereira e Julio César França Lima. 2 ed. Rio de Janeiro. EPSJV. 2009.

MAZOWITA; G. Role for primary care in epidemic surge capacity. Can Fam Physician, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1781506>>.

MELLO; BANDEIRA, H.. Plano geral da rede médico-hospitalar de Brasília

MELLO; ROCHA; 2020, R.. A efetividade do instrumento ZEIS vazias na inserção da habitação de interesse social na cidade planejada

MELO; E. A. et al.. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 38–51, set. 2018

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. *O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

_____. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015

MENDES; SASSO, K. D.; SILVEIRA; PEREIRA, R. C. D. C.; GALVÃO; MARIA, C.. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*. v. 17, n. 4. 2008.

MENUCCI; LINS, D.. O regulamento sanitário internacional (2005) e a vigilância em saúde. *Revista de Direito Sanitário*. v.7. n.1/2/3. p.54-87. 2006.

MINAYO; SOUZA, M. C. D.. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. – São Paulo. Hucitec. 2014.

MO, C. C.; AL., E.. Developing technical support and strategic dialogue at the country level to achieve Primary Health Care-based health systems beyond the COVID-19. *Front Public Health*, 2023. Disponível em: <10.3389/fpubh.2023.1102325>.

MONKEN; MAURÍCIO; BARCELLOS; CHRISTOVAM. *Território na Promoção e Vigilância em Saúde*. In: *Território e o processo saúde-doença*. Org: Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D’Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007

MOROSINI; M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. DE.. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 116, p. 11–24, jan. 2018

MOTA; P. H. S.; Santana; RIBEIRO, F.; Rizzotto; FRIZON, M. L.; Cury; CUNHA, G.; Giovanella; Ligia; Facchini; AUGUSTO, L.; Bousquat; Aylene. A Atenção Primária à Saúde e o cuidado aos usuários com COVID-19 nas regiões brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2023. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232023001203451&lang=pt>.

MOURA; A. A. M. DE . et al.. O isolamento social durante a pandemia de COVID-19 é um fator de risco para depressão?. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. Rev. Bras. Enferm., 2022 75 suppl 1, 2022

MR, D.; ARR, F.; APB, V. Z.. Arboviroses emergentes no Brasil: desafios para a clínica e implicações para a saúde pública. Rev Saude Publica. 2017

MUGHAL; F.; KHUNTI; K.; MALLIN, &. C. D.. The impact of COVID-19 on primary care: Insights from the National Health Service (NHS) and future recommendations. J Family Med Prim Care, 2021. Disponível em: <10.4103/jfmprc.jfmprc_756_21>.

MÉLLO; E; L. M. B. D. D.; Albuquerque; DE, P. C.; Santos; DOS, R. C.; Felipe; ANDRADE, D.; Queirós; DE, A. A. L.. Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832021000200213&lang=pt>.

NOMHWANGE; T.; MOHAMMED; A.; BAPTISTE, J.; A. E.; MUSA, A.; YUSUF, A.; YUSUF, M.; WAGAI, J.; SHETTIMA, A.; MELEH, S.; BANDA, R.; BRAKA, F.; LUCE, R.; MASRESHA, B. Measles outbreak response immunization during the COVID-19 pandemic: lessons from Borno State, Nigeria. The Pan African Medical Journal, v. 41, p. 104, 2022. Disponível em:

NORONHA; CARVALHO, J.. LIMA, Luciana Dias. MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. Org. Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. –Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

OBARA; AL, M. T. E.. Infecção natural de *Haemagogus janthinomys* e *Haemagogus leucocelaenus* pelo vírus da febre amarela no Distrito Federal, Brasil, 2007-2008. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 21, n. 3, p. 457-463, set. 2012 .

OLIVEIRA; AL, W. K. D. E.. Como o Brasil pode deter a COVID-19. Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. v. 29, n. 2 [Acessado 23 fevereiro 2023]

OLIVEIRA; DE; L. M. S.; Gomes; PEREIRA, N.; Oliveira; SANTOS, E.; Santos; ANDRADE, A. D.; Pedreira; CHAVES, L.. Estratégia de enfrentamento para covid-19 na atenção primária à saúde: relato de experiência em Salvador-BA. SciELO Preprints, 2021. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1564&lang=pt>>.

OZAHATA; HITOSHI; C.. Interação entre a vigilância em saúde e a atenção básica nas ações de controle da dengue em Jundiaí - SP. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.), 2016. Disponível em: <<https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/r9bhz>>.

P, H.; K., P.. The role of primary care in bioterrorism, epidemics and other major emergencies: failing to plan is planning to fail. Br J Gen Pract, 2003. Disponível em: <nan>.

PAIM; SILVA, J.. O que é o SUS. Editora FIOCRUZ. P. 148. Rio de Janeiro – RJ. 2009.

PAIM; SILVA, J.. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e PATIÑO-ESCARCINA; ENRIQUE; J.; MEDINA; GUADALUPE; M.. Vigilância em Saúde no âmbito da atenção primária para enfrentamento da pandemia da Covid-19: revisão documental. Saúde em Debate, 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042022000500119&lang=pt>.

PAÍS, “. D. O. F. D. P. N. É. O. M. D. S. E. N.; OMS”, M. A.; CNS, D. P. E. R. D.. Conselho Nacional de Saúde (CNS), Brasília. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2446-quem-define-o-fim-da-pandemia-nao-e-o-ministerio-da-saude-e-nenhum-pais-mas-a-oms-diz-pesquisador-em-reuniao-do-cns>. 27 abr. 2022. Acesso em: 27 fev. 2023.

PEITER; PAULO. Avanços teóricos e metodológicos nas relações entre geografia e saúde. In: Geografia e Saúde: Teoria e Método na Atualidade. Org. Helen Gurgel, Nayara Belle - Brasília: Universidade de Brasília, 2019.

PEPE; V. L. E. et al.. Proposta de análise integrada de emergências em saúde pública por arboviroses: o caso do Zika vírus no Brasil. Saúde em Debate, v. 44, n. spe2, p. 69–83, jul. 2020.

PEREIRA; ARAÚJO; G. D.; Pícoli; PALÓPOLI, R.; Cazola; OLIVEIRA, L. H. D.. Integração do agente de combate às endemias na Estratégia Saúde da Família, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2017*. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2021. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222021000100700&lang=pt>.

PISCO; LUIS. Reformar a APS, proximidade e qualidade para todos. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. Ciênc. saúde coletiva, 2019 24(6), jun. 2019

PLAGG; B.; PICCOLIORI; G.; OSCHMANN; J.; ENGL; A.; EISENDLE, &.; K.. Primary Health Care and Hospital Management During COVID-19: Lessons from Lombardy. Risk Manag Healthc Policy, 2021. Disponível em: <10.2147/RMHP.S315880>.

PRADO; LIMA; N. M. D. B.; Biscarde; SANTOS, D. G. D.; JUNIOR, P.; PEREIRA, E.; Santos; DOS, H. L. P. C.; Mota; CARVALHO, S. E. D.; Menezes; DE, E. L. C.; Oliveira;

SILVA, J.; Santos; DOS, A. M.. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000702843&lang=pt>.

PRADO; LIMA; N. M. D. B.; Rossi; ARANHA, T. R.; Chaves; LIMA, S. C.; Barros; DE, S. G.; Magno; Laio; Santos; DOS, H. L. P. C.; Santos; DOS, A. M.. The international response of primary health care to COVID-19: document analysis in selected countries. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001205001&lang=pt>.

PRADO; LIMA; N. M. D. B.; Vilasbôas; QUEIROZ, A. L.; Nunes; ABDON, C.; Aleluia; SANTOS, Í. R.; Aquino; Rosana. Organização da atenção e vigilância em saúde na atenção primária frente à COVID-19 em municípios do Nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2023. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232023000501325&lang=pt>.

PULIDO-FUENTES; MONTSERRAT; PALMAR-SANTOS; MARÍA; A.; FLORES-MARTOS; ANTONIO; J.; CIPRIANO-CRESPO; CARMEN; RUBIO; ALICIA; L.; GONZÁLEZ; ABAD; L.; NAVARTA-SÁNCHEZ; MVICTORIA. Internal dynamics within primary care teams in two Spanish regions during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *BMC Prim Care*, 2022. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8970064>>.

QUITES; OLIVEIRA; H. F. D.; Silva; CAROLINA, T.; Viegas; FONSECA, S. M. D.; Gontijo; LAERTE, T.; Oliveira; DE, V. C.; Guimarães; AZEVEDO, E. A. D.. Estratégias de enfrentamento na Atenção Primária à Saúde na pandemia de Covid-19 em Minas Gerais, Brasil. *Saúde em Debate*, 2023. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042023000400818&lang=pt>.

R; B.; A.; Z.. Coronavirus disease 2019 in Iran: the need for more attention to primary health care. *Public Health*, 2020. Disponível em: <[10.1016/j.puhe.2020.03.010](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.03.010)>.

RICHARDSON; JARRY, R.. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. Ed. – 9. Reimpr. – São Paulo. Atlas. 2008.

ROJAS; IÑIGUEZ, L. B.. Geografia e Saúde: o antigo, o novo e as dívidas. In: Geografia e Saúde: Teoria e Método na Atualidade. Org. Helen Gurgel, Nayara Belle - Brasília: Universidade de Brasília, 2019.

ROJAS; IÑIGUEZ, L. B.. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 4, p. 701–711, out. 1998.

RUST; GEORGE; MELBOURNE; MOLLIE; TRUMAN; I; B.; DANIELS; ELVAN; FRY-JOHNSON; YVONNE; CURTIN; THOMAS. Role of the primary care safety net in pandemic influenza. *Am J Public Health*, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4504392>>.

Referências Bibliográficas (ABNT)

S, T.. 'Global health': meaning what? *BMJ Glob Health*. 2018 Apr 29;3(2):e000843. doi: 10.1136/bmjgh-2018-000843.

S.; K.. Exploring female frontline health workers' role and capacities in COVID-19 response in India. *Int J Disaster Risk Reduct*, 2022. Disponível em: <10.1016/j.ijdrr.2022.102962>.

SALES; MARTINS; C. M.; Silva; DA, A. I.; Maciel; NOIA, E. L.. Vigilância em saúde da COVID-19 no Brasil: investigação de contatos pela atenção primária em saúde como estratégia de proteção comunitária. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000400901&lang=pt>.

SAMPAIO; CAVALCANTE., J. R.. VENTURA, Miriam. A emergência do conceito saúde global: perspectivas para o campo da saúde coletiva. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.*, Brasília, 5(4):145-155, out./dez, 2016. <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v5i4.319>

SANITÁRIA, A. N. D. V.. Regulamento sanitário internacional - RSI Anexo 2. Organização Mundial de Saúde – 2005. Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009 publicado no DOU de 10/07/09, p.11, 2009.

SANTANA; DE; M. M.; Medeiros; DE, K. R.; Monken; Maurício. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família na pandemia no Recife-PE: singularidades socioespaciais. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462022000100505&lang=pt>.

SANTANA; PARANAGUÁ, J.. Aspectos institucionais, do emprego e da atividade do médico na atenção à saúde da família no Distrito Federal: estudo de caso nos setores público e privado. UnB/CEAM/NESP/ObservaRH. Brasília. 2010.

SARTI; DIAS; T.; LAZARINI; SERRA; W.; FONTENELLE; FERREIRA; L.; ALMEIDA; COELHO; A. P. S.. Organization of primary health care in pandemics: a rapid systematic review of the literature in times of Covid-19. Rev. bras. med. fam. comunidade, 2021. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2655/1621>>.

SAÚDE, M. D.. Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília. 2015l.

SAÚDE; B. M. D.. Atendimento a pessoas com suspeita de infecção pelo novo coronavírus (2019-nCoV) na atenção primária à saúde. nan, 2020. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/24>>.

SAÚDE; C. N. D. S. M. D.. Guia orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde. nan, 2020. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-VERS%C3%83O-FINAL-3.pdf>>.

SCARTEZINI; MANOEL. Hospital Juscelino Kubitschek de Oliveira (Ex-Hospital do IAPI). Revista de Saúde do Distrito Federal. Brasília. v.10, n. 1,2,3,4. 1999

SCHENKMAN; SIMONE; BOUSQUAT; MORAES; A. E.; Facchini; AUGUSTO, L.; Gil; RODRIGUES, C. R.; Giovanella; Lígia. Padrões de desempenho da atenção primária à saúde diante da COVID-19 no Brasil: características e contrastes. Cadernos de Saúde Pública, 2023. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2023001005011&lang=pt>.

SENGA; M; AL., E.. Risk communication and community engagement as an emerging pillar of health emergency management in Iran: Achievements and the way forward. Front Public Health, 2023. Disponível em: <[10.3389/fpubh.2023.1097932](https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1097932)>.

SH; S.; SK; P.; BK.; S.. Empowering primary healthcare institutions against COVID-19 pandemic: A health system-based approach. J Family Med Prim Care, 2021. Disponível em: <[10.4103/jfmprc.jfmprc_1416_20](https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_1416_20)>.

SILVA; DA, S. F.. Municipalização da saúde e o poder local: sujeitos, atores, e política. São Paulo. Hucitec. 2001.

SILVA; DA; B. R. G.; Corrêa; VECHI, A. P. D.; Uehara; ANDRÉ, S. C. D. S.. Organização da atenção primária à saúde na pandemia de covid-19: revisão de escopo. Revista de Saúde Pública, 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102022000100508&lang=pt>.

SILVA; E. L. E . et al.. Emergência em saúde pública por inundações: a atuação do Ministério da Saúde em ocorrências no Brasil de 2004 a 2017. Saúde em Debate, v. 44, n. spe2, p. 176–187, jul. 2020.

SILVA; E. L. E .; SILVA, M. A. da. Segurança de barragens e os riscos potenciais à saúde pública. Saúde em Debate, v. 44, n. spe2, p. 242–261, jul. 2020

SILVA; ERNESTO. A saga da Fundação Hospitalar do Distrito Federal e a medicina da poeira e da lama (1956-1960). Brasília: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2000.

SILVA; JACINTHO, L.. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. Cadernos de Saúde Pública, v. 13, n. 4, p. 585–593, out. 1997

_____. ANGERAMI, Rodrigo Nogueira. Vírus emergentes no Brasil. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ. 2008

SOUZA; DE, M. T.; SILVA; DA, M. D.; CARVALHO; DE, R.. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. São Paulo. v. 8, n. 1. 2010.

TANG; CHANGMIN; CHEN; XIN; GUAN; CUILING; FANG; PENGQIAN. Attitudes and Response Capacities for Public Health Emergencies of Healthcare Workers in Primary Healthcare Institutions: A Cross-Sectional Investigation Conducted in Wuhan, China, in 2020. Int J Environ Res Public Health, 2022. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9564888>>.

TASCA; R. et al.. Gerenciando o SUS no nível municipal ante a Covid-19: uma análise preliminar. Saúde em Debate, v. 46, n. spe1, p. 15–32, 2022.

TASCA; R. et al.. Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 6, p. 2021–2030, jun. 2019

TAUIL; LUIZ, P.. Aspectos críticos do controle da febre amarela no Brasil. Rev Saúde Pública; 44(3):555-8. 2010

TEIXEIRA; GLÓRIA; M.; MEDINA; GUADALUPE; M.; COSTA; N.; M. D. C.; Barral-Netto; Manoel; Carreiro; Roberto; Aquino; Rosana. Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2020. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000400900&lang=pt>.

TEIXEIRA; M. G. et al.. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1811–1818, jun. 2018.

TEIXEIRA; M. G., Costa, M. da C. N., Viana, I., & Paim, J. S. Vigilância em saúde: é necessária uma legislação de emergência? . *Revista De Direito Sanitário*, 10(2), 126-144. 2009. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v10i2p126-144>

TEMTE; JL; AL., E.. Seasonal influenza in primary care settings: review for primary care physicians. *WMJ*, 2010.

VENTURA; DEISY. Direito e saúde global: o caso da oandemia de gripe A (H1N1). São Paulo. Outras Expressões. Dobra editorial. 2013.

VIANA; OLIVEIRA; M. M. D.; Duarte; SCHIAVON, L.; Escuder; LOUREIRO, M. M.; Garcia; TARRICONE, M.; Fernandez; Michelle; Costa; SANCHES, M. I.; Neves; FERREIRA, M. V.. Organização da Atenção Primária paulista no enfrentamento da COVID-19: análise segundo porte populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2023. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232023001203471&lang=pt>.

VIEIRA-MEYER; FERNANDES; A. P. G.; Forte; SOARES, F. D.; Guimarães; XIMENES, J. M.; Farias; FEITOZA, S.; Oliveira; DE, A. L. S.; Dias; ARAÚJO, M. S. D.; Monteiro; SOUZA, C. F. D.; JÚNIOR, G. D. S.; JOSÉ, F.; Moraes; PEREIRA, A. P.; Moreira; CANDIDO, M. R.; Castro; C., M.; Yousafzai; KHIZAR, A.. Community health workers perspective on the COVID-19 impact on primary health care in Northeastern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2023. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2023000705009&lang=pt>.

WALDMAN; ALVES, E.. Vigilância em Saúde Pública. V. 7. Colaboração Tereza Etsuko da Costa Rosa. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998

WASHINGTON; D.C. : PAHO; 2017.

WHO. 2018. Report on acute public health events assessed by WHO Regional Offices for Africa, the Americas, and Europe under the IHR. World Health Organization. Disponível em: <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-07/2018%20AFRO-AMRO-EURO%20Joint%20Report.pdf>

WHO. 2020 Report on Acute Public Health Events Assessed by WHO Regional Offices for Africa, the Americas, and Europe under the IHR. World Health Organization. February 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/en/file/106463/download?token=Vc6v6xne>

WHO. Tool for the diagnosis and care of patients with suspected arboviral diseases.

WHO. WHO Health Emergency Dashboard. World Health Organization (COVID-19). Disponível em: <https://covid19.who.int/>

WILLIAMS; D; M.; JEAN; C; M.; CHEN; BEI; MOLINARI; M; N.; LEBLANC; T; T.. Primary Care Emergency Preparedness Network, New York City, 2015: Comparison of Member and Nonmember Sites. Am J Public Health, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5594394>>.

WYNN; AARON; MOORE; M; K.. Integration of primary health care and public health during a public health emergency. Am J Public Health, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3477968>>.

X, R.; J, Z.; J, G.; C, H.; M, Z.; R, Z.; Q, H.; X, Y.; R, L.; Y, J.. Reinfection in patients with COVID-19: a systematic review. Glob Health Res Policy. 2022 Apr 29;7(1):12. doi: 10.1186/s41256-022-00245-3.

YARI; A.; KHOSHABEGHEH, Y.; H.; ZAREZADEH; Y.; AMRAEI; M.; BOUBAKRAN, S.; M.; MOTLAGH; M. E. Iranian primary healthcare system's response to the COVID-19 pandemic using the healthcare incident command system. PLoS One, v. 18, n. 8, e0290273, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290273>

Z, G.; Y, X.; C, S.; X, W.; Y, G.; S, Q.; K, M.. A systematic review of asymptomatic infections with COVID-19. J Microbiol Immunol Infect. 2021 Feb;54(1):12-16. doi: 10.1016/j.jmii.2020.05.001.

ZHIHENG; ZHOU; CAIXIA; WANG; JIAJI; WANG; HUAJIE; YANG; CHAO; WANG; WANNIAN; LIANG. The knowledge, attitude and behavior about public health emergencies and the response capacity of primary care medical staffs of Guangdong Province, China. BMC Health Serv Res, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3489590>>.

ANEXOS I

Questionário aplicado para os trabalhadores da UBS Nº 01 e Nº 02 da RA SCIA/Estrutural



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA



Questionário: Este questionário é dirigido aos Trabalhadores de Saúde da UBS Nº 01 e Nº 02 da RA SCIA/Estrutural

Orientações para o preenchimento do questionário:

- Nas perguntas fechadas marque com X apenas a resposta mais adequada.
- Nas perguntas abertas escreva no espaço reservado e de modo decifrável, pode ser com letra de FORMA. Se precisar, pode solicitar mais folhas ou escrever atrás da folha.
- Em caso de dúvida sobre as perguntas, por favor, fale com a responsável pela aplicação do questionário, a doutoranda Priscilla Pedrette.

Nome:	Sexo: ()F ()M
Idade:	RA de residência:

CONHECIMENTO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1- Qual seu cargo na Unidade Básica de Saúde (UBS) da RA SCIA/Estrutural? () Agente comunitário de Saúde ()-Téc. Enfermagem ()-Téc. em saúde bucal ()-Enfermeiro(a) ()-Médico(a) ()-Dentista ()-Assistente social ()-Prof. Educação física ou arte ()-Nutricionista ()-Terapeuta ocupacional ()-Psicólogo(a) ()-Fonoaudiólogo(a) ()-Farmacêutico(a) ()-Profissional de saúde sanitária ()-Outro, especificar: _____	
2- Há quanto tempo você trabalha na Unidade Básica de Saúde (UBS) da RS SCIA/Estrutural? ()-Até 1 ano ()-De 1 a 2 anos ()-De 2 a 3 anos ()-De 3 a 4 anos ()-De 4 a 5 anos ()-Mais de 5 anos, menos de 10 anos ()-Mais de 10 anos	
3- Você possui alguma formação direcionada para Atenção Primária à Saúde? ()-Sim – Qual formação? _____ ()-Não	
4- Há quanto tempo você trabalha com Atenção Primária à Saúde? ()-Até 1 ano ()-De 1 a 2 anos ()-De 2 a 3 anos ()-De 3 a 4 anos ()-De 4 a 5 anos ()-Mais de 5 anos, menos de 10 anos ()-Mais de 10 anos	
5- Mencione a carga horária semanal nas atividades que exerce habitualmente:	
ATIVIDADES	Nº DE HORAS POR SEMANA
Consultório	
Atendimento de grupo na UBS	
Visita domiciliar	
Atividades na comunidade	
Reunião de equipe de saúde (orientações, planejamento, avaliação)	
Capacitação (estudo)	

Atividades administrativas (burocráticas)	
Atividades de vigilância em saúde	
Atividade de educação em saúde	
Outro, especificar: _____	
6- Quanto da população da área de abrangência da sua equipe de saúde você conhece? <input type="checkbox"/> -100% da população <input type="checkbox"/> -75% da população <input type="checkbox"/> -50% da população <input type="checkbox"/> -25% da população <input type="checkbox"/> -Não conhece a população	
CONHECIMENTO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE	
7- Você já realizou alguma atividade intersetorial com a Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde do DF? <input type="checkbox"/> -Muito Frequente <input type="checkbox"/> -Frequentemente <input type="checkbox"/> -Ocasionalmente <input type="checkbox"/> -Raramente <input type="checkbox"/> -Nunca	
8- Que tipo de atividade? <input type="checkbox"/> -Treinamento <input type="checkbox"/> -Planejamento <input type="checkbox"/> -Curso/Capacitação <input type="checkbox"/> _____)-Outro, especificar: _____	
9- Em uma escala de 0 a 10, onde 0 corresponde a incompletamente e 10 corresponde a completamente, para você, quanto a Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde no Distrito Federal estão integradas? <input type="checkbox"/> -0 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3 <input type="checkbox"/> -4 <input type="checkbox"/> -5 <input type="checkbox"/> -6 <input type="checkbox"/> -7 <input type="checkbox"/> -8 <input type="checkbox"/> -9 <input type="checkbox"/> -10	
10- Você acompanha os boletins epidemiológicos da Secretaria de Saúde do DF? <input type="checkbox"/> -Muito frequente <input type="checkbox"/> -Frequentemente <input type="checkbox"/> -Eventualmente <input type="checkbox"/> -Raramente <input type="checkbox"/> -Nunca	
11- Quais ações de Vigilância em Saúde você desenvolve na UBS SCIA/Estrutural?	
12- Com que periodicidade você realiza ações de Vigilância em Saúde na UBS SCIA/Estrutural? <input type="checkbox"/> -Diariamente <input type="checkbox"/> -Semanal <input type="checkbox"/> -Quinzenal <input type="checkbox"/> -Mensal <input type="checkbox"/> -Não tem periodicidade definida <input type="checkbox"/> -Não realiza atividade de vigilância em saúde	
13- Mencione a frequência do uso dos sistemas de informação em saúde (SIS) que você utiliza frequentemente por semana:	
e-SUS APS	<input type="checkbox"/> -Muito Frequente <input type="checkbox"/> -Frequentemente <input type="checkbox"/> -Ocasionalmente <input type="checkbox"/> -Raramente <input type="checkbox"/> -Nunca
Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)	<input type="checkbox"/> -Muito Frequente <input type="checkbox"/> -Frequentemente <input type="checkbox"/> -Ocasionalmente <input type="checkbox"/> -Raramente <input type="checkbox"/> -Nunca
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)	<input type="checkbox"/> -Muito Frequente <input type="checkbox"/> -Frequentemente <input type="checkbox"/> -Ocasionalmente <input type="checkbox"/> -Raramente <input type="checkbox"/> -Nunca
Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)	<input type="checkbox"/> -Muito Frequente <input type="checkbox"/> -Frequentemente <input type="checkbox"/> -Ocasionalmente <input type="checkbox"/> -Raramente <input type="checkbox"/> -Nunca
Outro: especificar: _____	<input type="checkbox"/> -Muito Frequente <input type="checkbox"/> -Frequentemente <input type="checkbox"/> -Ocasionalmente <input type="checkbox"/> -Raramente <input type="checkbox"/> -Nunca
14- Você preenche as fichas de notificação compulsória? <input type="checkbox"/> -Sim <input type="checkbox"/> -Não	
15- Como você realiza o preenchimento das fichas de notificação compulsória? <input type="checkbox"/> -No computador (online, na plataforma de notificação do agravo); <input type="checkbox"/> -Na folha impressa e depois eu mesmo coloco na plataforma online; <input type="checkbox"/> -Na folha impressa e outra pessoa coloca na plataforma online; <input type="checkbox"/> -Não faz nenhuma notificação;	

()-Outro, especificar: _____
16- Como você avalia o preenchimento das fichas de notificação compulsória? ()-Muito fáceis ()-Fáceis ()-Nem fácil, nem difícil ()-Difícil ()-Muito difícil
17- Quais são as doenças, agravos ou eventos que você notifica frequentemente?
18- Você realizou alguma capacitação de manejo clínico para algum agravo (doença) nos últimos 5 anos? ()-Não ()-Sim, qual? _____
19- Para você, como a Atenção Primária à Saúde pode contribuir nas ações de Vigilância em Saúde?
CONHECIMENTO EM EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA
20- Ao longo da emergência de saúde pública de COVID-19, foi disponibilizado insumos (EPI, sanitizantes, oxímetro ou termômetro infravermelho) na USB SCIA/Estrutural? ()-Muito frequente ()-Frequentemente ()-Eventualmente ()-Raramente ()-Nunca
21- Ao longo da emergência de saúde pública de COVID-19, foi disponibilizado material de comunicação (telefone celular, telefone fixo, internet, computador)? ()-Muito frequente ()-Frequentemente ()-Eventualmente ()-Raramente ()-Nunca
22- Você realizou monitoramento dos casos confirmados para COVID-19 e seus familiares por teleatendimento? ()-Muito frequente ()-Frequentemente ()-Eventualmente ()-Raramente ()-Nunca
23- Você realizou o acompanhamento dos casos leve e/ou domiciliar para COVID-19 da população de abrangência da sua equipe de saúde? ()-Muito frequente ()-Frequentemente ()-Eventualmente ()-Raramente ()-Nunca
24- Como você realizou o monitoramento ou o acompanhamento dos casos de COVID-19? ()-Por aplicativo de mensagens ()-Telefonando ()-Visitar domiciliar ()-Outro, especificar: _____
25- Você desenvolveu novas tarefas ou atribuições de trabalho com a emergência de COVID-19? ()-Muito frequente ()-Frequentemente ()-Eventualmente ()-Raramente ()-Nunca
26- Quais novas tarefas ou atribuições você desenvolveu durante a emergência de COVID-19?
27- Você teve acesso aos boletins epidemiológicos produzidos pela equipe de pesquisa do ZARICS/UnB durante a emergência de COVID-19? ()-Muito frequente ()-Frequentemente ()-Eventualmente ()-Raramente ()-Nunca
28- Os boletins contribuíram para as suas atividades de trabalho? ()-Contribuíram muito ()-Contribuíram sim ()-Contribuíram pouco ()-Não contribuiu em nada
29- De que forma, os boletins contribuíram nas suas atividades de trabalho?
30- Para você, qual nível de atenção é o ideal para detectar uma emergência de saúde pública? ()-Atenção terciária, os hospitais ()-Atenção secundária, as UPAs e as unidades de urgência e emergência

()-Atenção Primária à Saúde, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)
31- Para você, quais são as funções da Atenção Primária à Saúde em contextos de Emergência de Saúde Pública?
32- Você conhece o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) do Distrito Federal? ()-Sim ()-Pouco ()-Não
33- Você já realizou alguma atividade intersetorial com o Centro de Informações Estratégica em Vigilância em Saúde (CIEVS) do Distrito Federal? ()-Muito Frequente ()-Frequentemente ()-Ocasionalmente ()-Raramente ()-Nunca
34- Você conhece o Clipping semanal de rumores em saúde pública produzido pelo CIEVS? ()-Sim, vejo toda semana ()-Pouco, vejo as vezes ()-Não, nunca vi

Obrigada pela participação!