

COVID-19 NA REGIÃO INTEGRADA DE DESENVOLVIMENTO DO DISTRITO FEDERAL E ENTORNO (RIDE): DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL E MEDIDAS SANITÁRIAS DE CONTINGÊNCIA

COVID-19 IN THE INTEGRATED DEVELOPMENT REGION (RIDE) OF THE FEDERAL AND SURROUNDING DISTRICT: SPATIAL DISTRIBUTION AND CONTINGENCY HEALTH MEASURES

Eliane Lima e Silva

Doutora em Geografia pela Universidade de Brasília

elianelima26@gmail.com

Marina Jorge de Miranda

Doutora em Geografia pela Universidade de São Paulo

marinajmiranda@gmail.com

Amarílis Bahia Bezerra

Mestre em Geografia pela Universidade de Brasília

amarilis.bezerra@gmail.com

Karina Flávia Ribeiro Matos

Bacharela em Geografia pela Universidade de Brasília

karinaflavia42@gmail.com

Helen da Costa Gurgel

Profa. Dra. do Dept. de Geografia da Universidade de Brasília

helengurgel@unb.br

RESUMO

Este artigo visa analisar a espacialização das taxas de incidência e mortalidade por COVID-19 na RIDE, a capacidade de atendimento da rede de saúde e as medidas sanitárias de contingência adotadas. Foram analisadas as taxas de incidência, mortalidade e ocupação dos leitos de UTI, a disponibilidade de respiradores e ambulâncias de emergência bem como as recomendações de saúde disponibilizadas pelo MS e secretarias estaduais de saúde. Desde o primeiro caso, observou-se um progressivo aumento diário e a taxa de incidência variou de 2,2 a 271,7 (casos por 100 mil habitantes) concentrando-se em Brasília-DF (53,6), Goianésia-GO (40,0) e Valparaíso de Goiás-GO (10,1) enquanto a maior taxa de mortalidade ocupa as regiões mais periféricas. Apenas 10 municípios e o DF apresentam o mínimo de leitos estabelecidos e o número de respiradores e ambulâncias atuais não atendem à demanda. Apesar do fluxo de pessoas em busca dos serviços de saúde em outro estado, não foi identificada essa previsão nas medidas de contingência estabelecidas pelas secretarias de saúde do DF, GO e MG. A experiência adquirida nesta pandemia evidencia a relevância de um sistema de saúde público, universal e gratuito e revela as fragilidades resultantes do subfinanciamento crônico do SUS.

Palavras-Chave: Geografia da Saúde. Coronavírus. Emergência em Saúde Pública. Políticas Públicas em Saúde.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the spatialization of incidence and mortality rates by COVID-19 at RIDE, the capacity of the healthcare network to meet the health contingency measures adopted. The rates of incidence, mortality, occupation of ICU beds, the availability of respirators and emergency ambulances, as well as the health recommendations provided by the Ministry of Health and state health departments were analyzed. Since the first case, there has been a progressive daily increase and the incidence rate varied from 2.2 to 271.7 (cases per 100 thousand inhabitants), concentrated in Brasília-DF (53.6), Goianésia-GO (40.0) and Valparaíso de Goiás-GO (10.1) while the highest mortality rates occupy the most

Recebido em: 10/05/2020

Aceito para publicação em: 26/05/2020.

peripheral regions. Only 10 municipalities and the DF have the minimum number of beds established and the number of respirators and ambulances do not meet the demand. Despite the flow of people in search of health services in another state, this prediction was not identified in the contingency measures established by the health departments of DF, GO and MG. The experience acquired in this pandemic highlights the relevance of a public, universal and free health system and reveals the weaknesses resulting from the chronic underfunding of SUS.

Keywords: Health Geography. Coronavirus. Public Health Emergency. Public Health Policies.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde – OMS declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional - ESPII pelo coronavírus SARS-Cov2, em 30 de janeiro de 2020, em março a COVID-19 já estava amplamente disseminada pelo mundo, caracterizando-se como uma pandemia, devido ao considerável potencial de dispersão (OMS, 2020).

Até 03 de maio, foram confirmados mais de 3,5 milhões de casos em todo o mundo e cerca de 238 mil óbitos (JHU, 2020). Enquanto no Brasil, que teve o primeiro caso de COVID-19 importado da Itália registrado em São Paulo em 26 de fevereiro, contabilizou-se 101.147 casos e 7.025 óbitos nesse mesmo período (CRODA; GARCIA, 2020; BRASIL, 2020a).

Uma ESPII é o mais alto nível de declaração de emergência previsto no Regulamento Sanitário Internacional – RSI e esta pandemia tem se apresentado como um dos maiores desafios sanitários em escala global deste século exigindo dos países a adoção de medidas de contenção e controle (BARRETO *et al.*, 2020).

No Brasil, a identificação desse evento se deu por meio de captação de rumores na mídia sobre a notificação à OMS de uma pneumonia de origem desconhecida na China que resultou, em 22 de janeiro, na mobilização do Centro de Operações de Emergência – COES no Ministério da Saúde – MS para realizar a análise de risco em âmbito nacional e articular o manejo da emergência no Sistema Único de Saúde – SUS, o que culminou na declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN, em 27 de janeiro (CRODA; GARCIA, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

O Sars-Cov2 apresenta características ainda pouco conhecidas e a incerteza científica sobre o seu comportamento, bem como a indisponibilidade de vacina e tratamento específico, torna o seu manejo ainda mais complexo gerando imprecisão na adoção de estratégias para o seu enfrentamento (BARRETO *et al.*, 2020). Ressalta-se que a alta velocidade de transmissão amplia o potencial de disseminação da doença, o que exige a adoção de medidas de isolamento social como tática fundamental para a sua contenção (NUNES, 2020).

No Brasil, soma-se a isso as condições inadequadas de moradia, as fragilidades impostas pela informalidade e vínculos precários no mercado de trabalho e as iniquidades na distribuição de renda que resultam em alta vulnerabilidade social, ampliando o risco da exposição ao Sars-Cov2 (FARIAS, 2020).

A COVID-19 possui ampla capacidade de dispersão geográfica, seguindo o fluxo de circulação das pessoas, e tem se difundido para além dos grandes centros urbanos chegando aos municípios com menor capacidade instalada nos serviços de saúde (FIOCRUZ, 2020). Assim, o estabelecimento de ferramentas que apresentem evidências de áreas de maior risco para nortear as ações de resposta são fundamentais para a compreensão do cenário e orientar as medidas de contingência nas diversas realidades que se apresentam no país (SANTOS *et al.*, 2020).

Nesse contexto, o objetivo deste artigo é analisar a distribuição espacial das taxas de incidência e mortalidade por COVID-19 na Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE) do Distrito Federal e Entorno, assim como a capacidade de atendimento da rede de saúde e as medidas sanitárias de contingência adotadas.

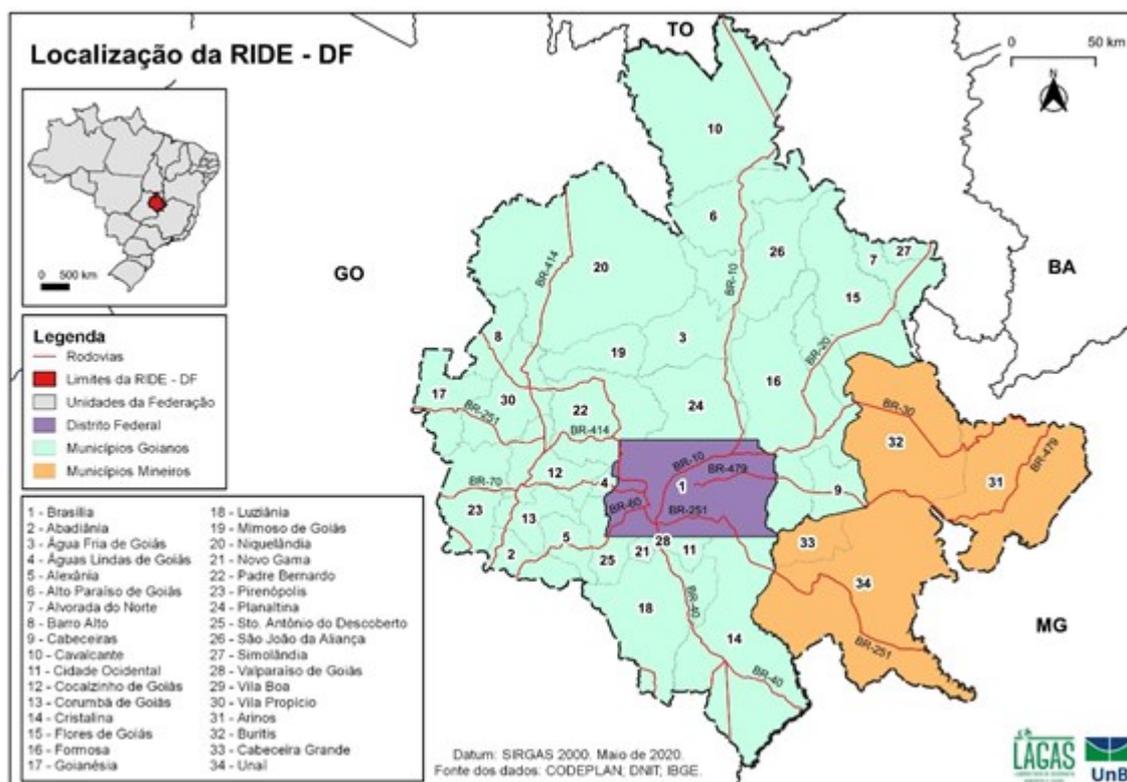
PERCURSOS METODOLÓGICOS

A dinâmica populacional de Distrito Federal (DF) e do seu entorno, se inicia com a intensa chegada de trabalhadores para a construção de Brasília, em 1956. Ao longo do tempo o capital imobiliário, o setor comercial e os serviços passaram a definir os jogos políticos que levariam à expansão urbana do DF a partir das cidades satélites atualmente chamadas pelo governo do DF de Regiões Administrativas – RA's (NUNES, 2014).

A Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE) do Distrito Federal e Entorno (figura 1), instituída pela Lei Complementar nº 94/1998 e ampliada pela Lei Complementar nº 163/2018, compreende 33 municípios de dois estados brasileiros (29 de Goiás e 04 de Minas Gerais) mais o Distrito Federal. A RIDE surgiu com o objetivo de promover projetos de desenvolvimento econômico, bem como melhorias em políticas públicas para o desenvolvimento integrado da região. Essa região, no entanto, é marcada pela grande disparidade econômica e desarticulação histórica de políticas para o desenvolvimento regional entre o DF e os demais municípios da RIDE que se apresentam muito aquém da capital federal (CODEPLAN, 2020).

Enquanto o PIB do DF foi de R\$ 244,7 bilhões em 2017, o da RIDE foi de R\$ 271,5 bilhões – valores que mostram que o PIB do DF representa 90,1% do PIB total da RIDE. Ainda que o DF se apresenta como um dos territórios mais ricos em termos de PIB e PIB per capita do Brasil, tem como vizinhos municípios bastante empobrecidos e de baixa homogeneidade produtiva (CODEPLAN, 2020).

Figura 1 - Localização da RIDE. Fonte dos dados: CODEPLAN, DNIT e IBGE



Este trabalho sobre a dinâmica geográfica da COVID-19 na RIDE trata-se de um estudo ecológico descritivo, onde desenvolveu-se uma análise comparativa entre as taxas de incidência e mortalidade por COVID-19 dos municípios e do DF que integram a RIDE registrados entre 13 de março e 03 de

maio de 2020; e as taxas de ocupação de leitos de UTI e da disponibilidade de ventiladores, respiradores e ambulâncias de emergência de maio de 2020.

Os números de casos confirmados e de óbitos causados por COVID-19 foram obtidos dos Boletins Epidemiológicos sobre COVID-19 disponibilizados pelas Secretarias Estaduais de Goiás (<https://www.saude.go.gov.br/>) e Minas Gerais (<https://www.saude.mg.gov.br/>) e pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (<http://www.saude.df.gov.br/>) em 04 de maio de 2020.

Os número de leitos hospitalares de internação e complementares, respiradores/ventiladores e ambulâncias foram extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (<http://cnes.datasus.gov.br/>) do DATASUS, Ministério da Saúde – MS, sendo classificados em SUS e não SUS. Para as análises de leitos hospitalares, foi considerada a totalidade de leitos existentes em cada município e DF (leitos de internação, leito de hospital dia e leito de observação), separadamente dos leitos de internação complementar (isolamento, isolamento reverso, cuidados intensivos-UTI e cuidados intermediários-UCI (EBSERH, 2017). Para o Distrito Federal, considerou-se também os leitos adicionais de UTI adulto e pediátrica criados para o COVID-19.

Os dados foram organizados e analisados por meio de softwares de planilha eletrônica. De modo a observar mais detalhadamente a distribuição espacial na RIDE, calculou-se as taxas de morbidade e de mortalidade por COVID-19 para os municípios de GO e MG da RIDE e das Regiões Administrativas do DF. Para o cálculo das taxas, foi utilizada a estimativa de população residente em 2019 disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e pela Companhia de Planejamento - CODEPLAN do Distrito Federal.

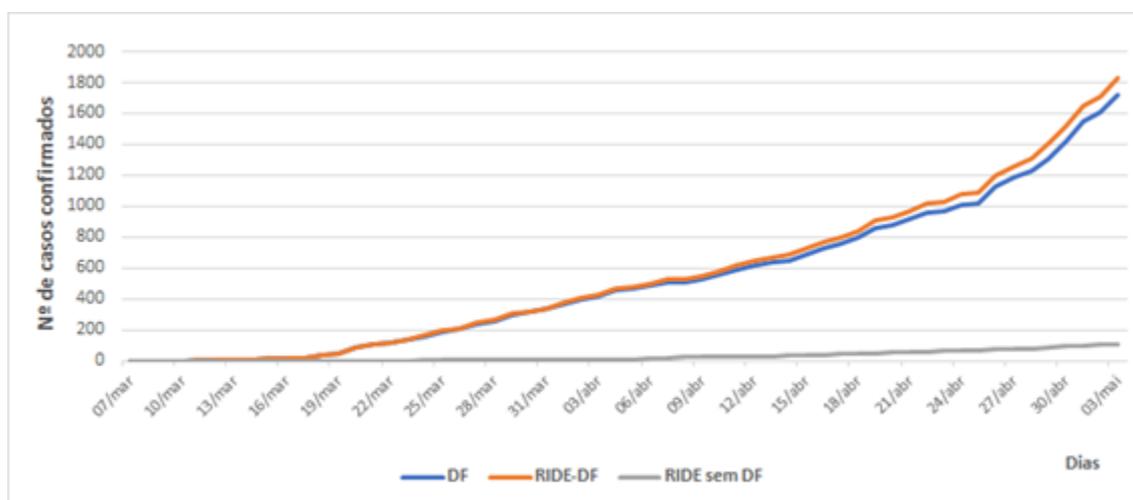
Os mapas foram confeccionados, utilizando técnicas de geoprocessamento através do *software* livre “QGIS 3.4 ‘Madeira’”. Foram utilizadas técnicas de mapeamento coroplético por quebras naturais (otimização de Jenks) (RAMOS *et al*, 2016) e de símbolos proporcionais (ARCHELA e THÉRY, 2008).

Para a identificação das medidas sanitárias de contingência, foram analisados os Planos de Contingência do Ministério da Saúde, e das secretarias de saúde do DF e dos estados de GO e MG, além dos Boletins Epidemiológicos e informações sobre a doença, publicados desde o início da pandemia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O primeiro registro de caso confirmado na RIDE ocorreu no dia 07 de março no DF e observa-se um progressivo aumento diário ao longo de quase dois meses de epidemia, conforme o Gráfico 1.

Gráfico 1 - Evolução temporal dos casos confirmados na RIDE

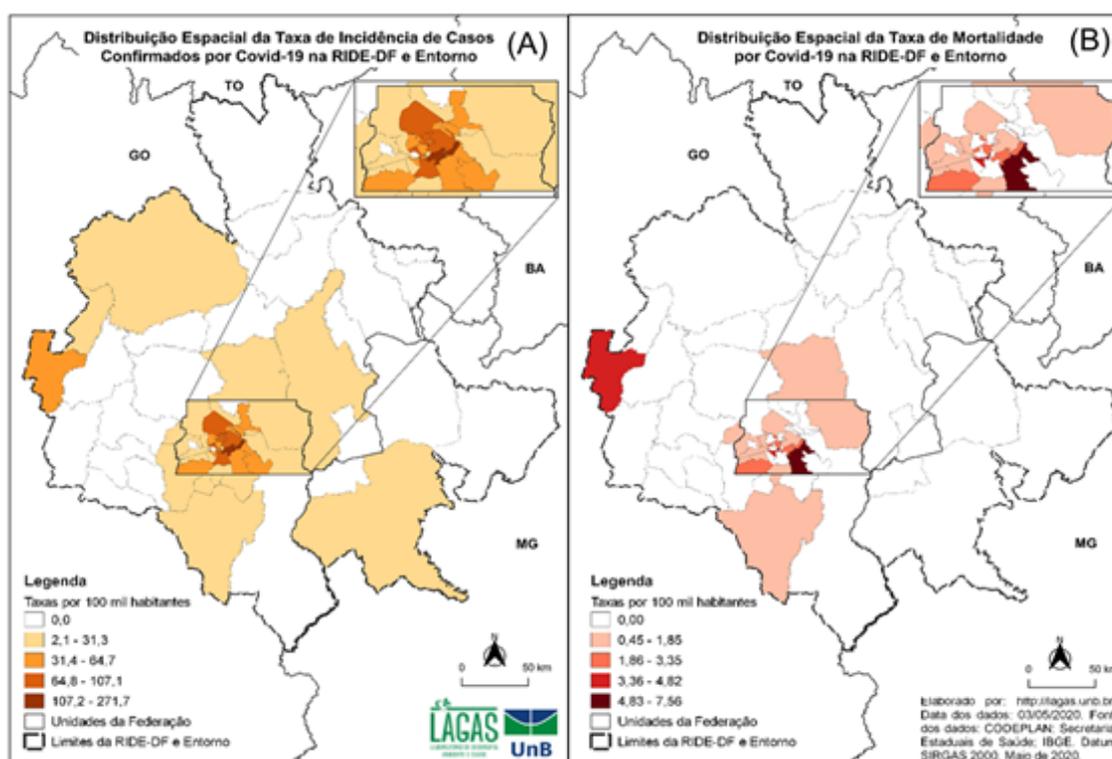


Fonte dos dados: Secretaria Estadual de Saúde de Goiás e de Minas Gerais e Secretaria de Saúde do DF

Pela figura 2A, nota-se que a taxa de Incidência por COVID-19 na RIDE variou de 2,2 a 271,7 (casos por 100 mil habitantes). As maiores taxas encontram-se em Brasília-DF (53,6), Goianésia-GO (40,0) e Valparaíso de Goiás-GO (10,1). Dentre as regiões administrativas do DF, destacam-se: Lago Sul (271,7), Plano Piloto (107,2) e Águas Claras (101,8) com as incidências mais elevadas. Já as menores, localizam-se em Niquelândia-GO (2,2) e Novo Gama-GO (2,6). Até o momento, a área mais afetada é a região no entorno da área central de Brasília-DF.

Enquanto a distribuição da mortalidade por COVID-19 na RIDE (figura 2B) apresenta uma configuração espacial um pouco diferente em relação à da Taxa de Incidência por COVID-19. Os municípios que apresentam as taxas mais altas são: Goianésia-GO (4,28) e Luziânia-GO (1,44). Entre as RA's do DF, o Jardim Botânico (7,6), o Riacho Fundo (4,8) e o Núcleo Bandeirante (4,2). Destaca-se que as RA's e municípios com as maiores taxas de mortalidades, são regiões mais periféricas.

Figura 2 - Distribuição espacial das taxas de incidência (A) e mortalidade (B) por COVID-19 na RIDE

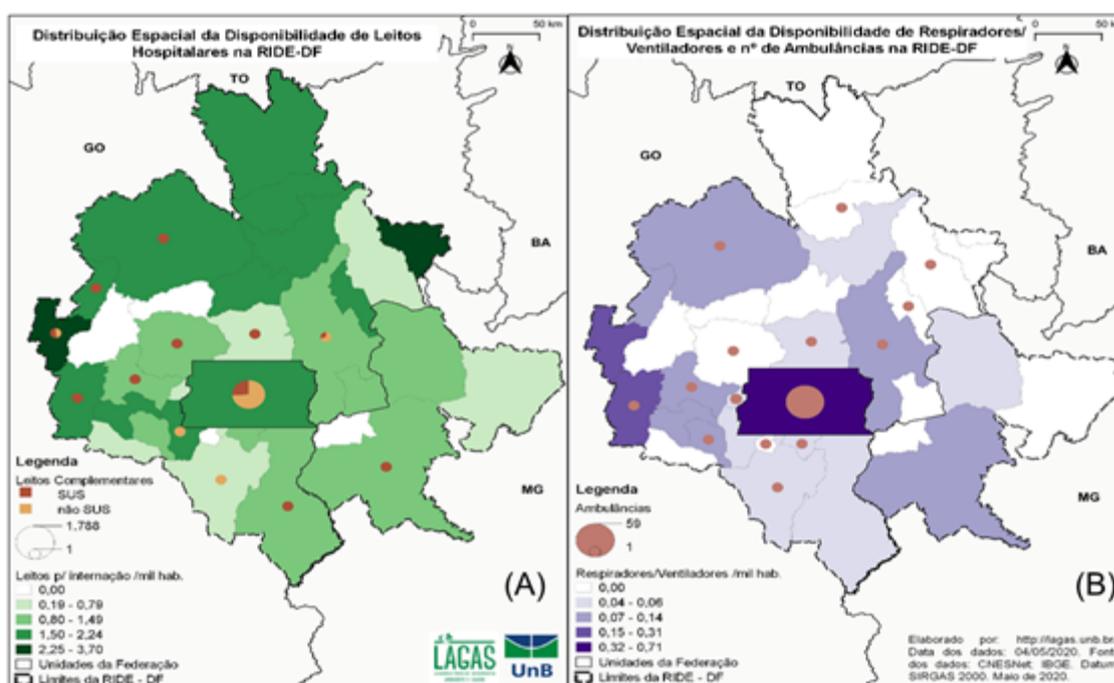


Fonte dos dados: Secretarias Estaduais de Saúde de Goiás e Minas Gerais e Secretaria de Saúde do DF.

A figura 3A apresenta o total de leitos disponíveis (SUS e Não SUS) para internação para cada 1.000 habitantes e o quantitativo de leitos complementares (SUS e Não SUS) na RIDE. O total de leitos de internação, de hospital dia e de observação, variaram entre os municípios de 0,19 e 3,69/1.000 hab., tendo as maiores disponibilidades nos municípios de Simolândia-GO, Goianésia-GO e Alvorada do Norte-GO. O DF apresentou uma taxa de leitos de 2,22/1000 hab., maior que a de seus municípios vizinhos de primeira ordem, que apresentaram de 0,19 a 1,13/1000 hab., com exceção de Santo Antônio do Descoberto-GO, que apresentou maior disponibilidade, com 2,24/1000 hab. No que se refere ao quantitativo de leitos de internação complementar, em apenas 10 municípios e o DF existem leitos SUS e em 4 município e DF leitos Não SUS, totalizando apenas 13 municípios e DF com leitos complementares (SUS e Não SUS).

A figura 3B apresenta a disponibilidade de respiradores/ventiladores e de ambulâncias em abril de 2020, totalizando 2.127 e 82, respectivamente. Nos municípios que dispõem de aparelhos de respiradores/ventiladores, em estabelecimentos da rede pública e privada, a disponibilidade variou entre 0,04 e 0,70 por 1.000/ hab., sendo o DF com a melhor taxa. Em relação ao número de ambulâncias disponíveis para o SUS, apenas 14 municípios e o DF apresentaram esse recurso, variando de 1 a 59 unidades móveis.

Figura 3 - Disponibilidade de Leitos Hospitalares para Internação e Leitos Complementares (A) e Disponibilidade de Respiradores/Ventiladores e nº de Ambulâncias (B) na RIDE.



Fonte dos dados: CNESNet.

De acordo com a Portaria Nº. 1.101/2002, do Ministério da Saúde, que estabelecia os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, o número ideal de leitos de UTI deve variar entre 4,0% a 10,0% do total de leitos hospitalares que, por sua vez, deve ser de 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes (BRASIL, 2002; BRASIL, 2015). Apesar desta regulamentação ter sido revogada em 2015, o parâmetro ainda é referenciado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira-AMIB (CFM, 2018)

Nesse sentido, nota-se uma diferença importante no nível de oferta na RIDE, chamando atenção a disponibilidade de leitos complementares (UTI, Unidade de Isolamento e Unidades de Cuidados Intermediários) quando apenas 10 municípios e o DF apresentam o mínimo de leitos estabelecidos. A participação do setor privado na oferta de leitos UTI é bastante representativa na RIDE, onde os leitos privados representam 73,2% e os do SUS 26,8%.

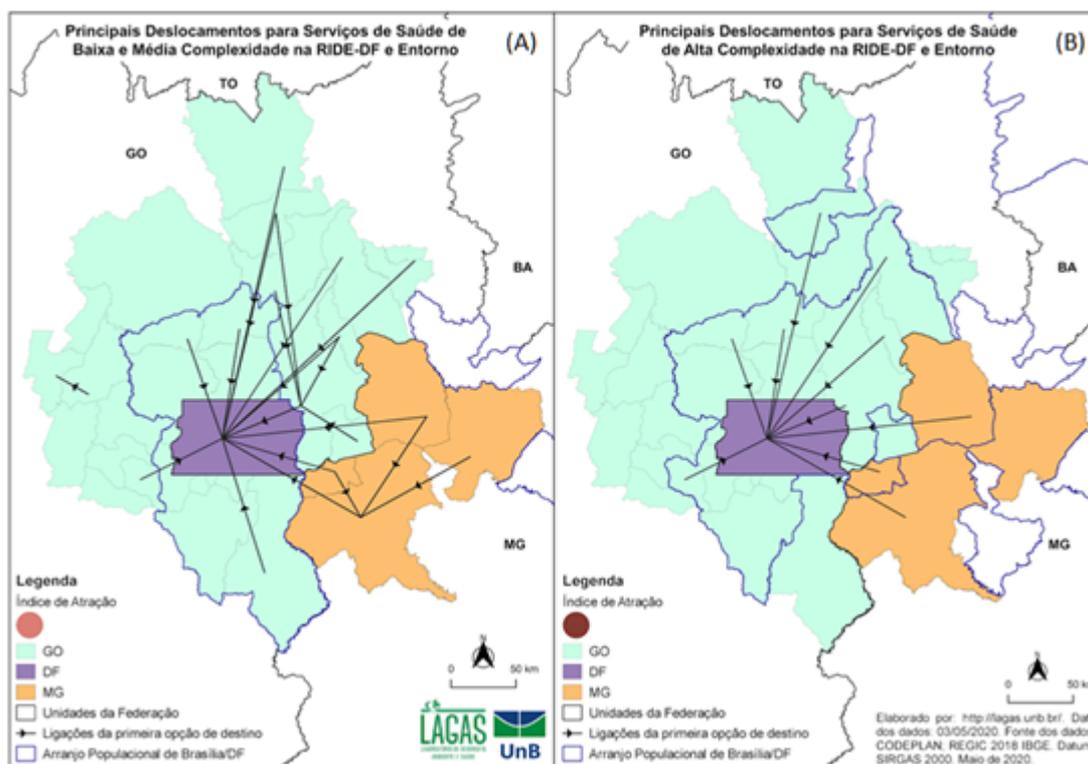
Quando comparadas com outras capitais brasileiras, o crescimento da curva de infecções e a difusão espacial dos casos de COVID-19 na RIDE mantiveram-se mais controlados, o que pode em princípio ser atribuído à adoção e medidas precoces de isolamento social, principalmente no DF (FIOCRUZ, 2020). Dessa forma, a demanda por utilização dos equipamentos e serviços de saúde do DF para internações em decorrência de casos graves de COVID-19 mantiveram uma taxa de ocupação de 30 leitos de UTI para cada 100 mil habitantes no DF, 29% da capacidade instalada, sendo que o limite considerado como meta foi de 40 a 50% para o planejamento de ações de contingência (Secretaria de Saúde do DF, 2020).

Apesar do cenário parecer confortável em relação aos leitos no DF, em função da baixa disponibilidade de leitos e de respiradores/ventiladores em grande parte dos municípios da RIDE, deve-se considerar que com o avanço da COVID-19 haverá, provavelmente, a necessidade de remoção de pacientes graves para atendimentos em estabelecimento de saúde mais bem equipados entre os municípios da região. Neste caso, o transporte precisará ser realizado com ambulâncias específicas, ou seja, UTIs móveis. Porém, de acordo com os dados levantados, há total indisponibilidade deste tipo de ambulância em todos os municípios mineiros e em grande parte dos municípios goianos que fazem parte da RIDE, sendo o DF o único a apresentar um maior quantitativo disponível.

Vale destacar que o intenso crescimento demográfico do DF aliado ao alto custo da terra praticado pelo mercado imobiliário levou uma parcela significativa da população a migrar para os municípios do entorno do DF, ocasionando um aglomerado urbano com fortes polarizações, concebendo um arranjo populacional de dependência do DF para o trabalho e acesso aos serviços de saúde, educação, assistência social, dentre outros, e parte da riqueza gerada fica retida em Brasília enquanto os municípios do entorno são utilizados apenas como residência, ou seja são cidades-dormitórios (NUNES, 2014; CODEPLAN, 2020).

A busca por serviços de saúde pelos municípios da RIDE se dá em todos os níveis de complexidade. Enquanto a demanda por serviços de baixa e média complexidade — que compreendem consultas médicas, exames clínicos, dentre outros atendimentos que não impliquem em internação, é mais diversificada (figura 4A), para os serviços de saúde de alta complexidade — como internações, cirurgias, ressonância magnética, tomografia e tratamentos de câncer — é direcionada primordialmente para Brasília-DF (figura 4B). Fora da RIDE, a busca por esses serviços se dá principalmente em Anápolis-GO e Goiânia-GO.

Figura 4 - Deslocamentos para serviços de saúde de baixa, média (A) e alta (B) complexidade



Fonte dos dados: Codeplan, REGIC 2018 - IBGE.

A demanda por atendimento da população de municípios do entorno nas unidades de saúde do DF é pauta constante de discussão, uma vez que no cálculo de repasses federais dos recursos do SUS não é computada a população flutuante. O financiamento do SUS é de responsabilidade de suas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), conforme estabelece a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde e a Lei Complementar nº 141/2012. Em 2017, a Portaria do MS nº 3.992/2017 alterou as regras sobre a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS, agrupando-o em dois blocos: custeio e investimento (CONASEMS, 2018).

Esses recursos são compostos por um valor fixo, repassado de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde (“fundo a fundo”), e outra variável, que geralmente está sujeita à aprovação prévia. A distribuição dos recursos automáticos entre as unidades da federação é equalizada, principalmente, em termos *per capita*, onde são consideradas as estimativas populacionais estabelecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (MENDES, *et al.*, 2008; SENADO FEDERAL, 2008).

No entanto, o planejamento das ações de saúde deve considerar os fatores que a influenciam, logo, é necessário contemplar a prestação dos serviços à população da RIDE. Nesse sentido, no intuito de apoiar a consolidação de um sistema integrado de serviços de saúde em áreas interfederativas, foi estabelecido em 2012 o Projeto Qualisus, uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Banco Mundial, que foi composto por dez subprojetos regionais, incluindo o da RIDE.

Nessa estratégia, dentre os resultados esperados estavam: a) a qualificação da atenção primária nos municípios do entorno do DF; b) a organização dos serviços da rede de atenção à saúde com foco nas Redes Materno Infantil e Urgência e Emergência; c) a adequação estrutural e aquisição de equipamentos para hospitais do DF e entorno; d) a integração operacional da RIDE e f) fortalecimento da governança regional (BRASIL, 2012), porém, efetivamente essa iniciativa não logrou os resultados esperados.

Essa centralidade na busca por procedimentos mais complexos em Brasília faz refletir sobre um possível cenário de sobrecarga de leitos de internação por casos mais graves da COVID-19, decorrentes da soma de casos graves de residentes nas RA's do DF e de municípios da RIDE. Isso ressalta a importância geográfica de Brasília na disseminação e no tratamento dos casos de COVID-19 na região.

Essa dinâmica estabelecida na RIDE requer a adoção de medidas integradas entre as secretarias de saúde para o monitoramento do potencial de atendimento da rede, identificando a capacidade de vigilância e atenção à saúde bem como a tendência da morbidade e mortalidade decorrente da COVID-19. No entanto, essa articulação não é observada quando analisados os planos de contingência das Secretarias de Saúde do DF, GO e MG.

Tanto as diretrizes estabelecidas pelo MS quanto as informações e orientações disponibilizadas pelas SES do DF, GO e MG são direcionadas, principalmente, à população e aos profissionais que atuam na saúde, a nortear a Rede de Vigilância em Saúde e os Serviços de Atenção à Saúde na identificação, notificação, intervenção oportuna e no manejo adequado de casos e óbitos, incluindo-se ainda recomendações de condutas para evitar ou reduzir a transmissão do vírus. Contudo, não há previsão nesses documentos do estabelecimento de parcerias ou alinhamento de ações que considerem o fluxo pela busca dos serviços em outro estado, aspecto este que requisita uma atuação articulada. As medidas de contingências estabelecidas não ultrapassam as fronteiras dos entes federativos que compõem a RIDE.

Com a emergência em saúde pública decorrente da COVID-19, a busca pelos serviços de saúde no DF se ampliou ainda mais, principalmente devido à baixa capacidade de atendimento do SUS nos municípios que compõem a RIDE o que levou o governo do DF a cogitar o bloqueio do atendimento aos pacientes oriundos do entorno, em discordância com o princípio da universalidade, o que acabou não se efetivando (YOSHIMINE; CRUZ, 2020).

Esse conflito levou à ampliação do diálogo entre DF e GO e resultou na celebração de um acordo interfederativo entre as duas secretarias de saúde, com a finalidade de organizar, inclusive no aspecto financeiro, e integrar ações conjuntas de enfrentamento da pandemia da COVID-19, incluindo ainda a perspectiva de continuidade da cooperação pós-emergência (Jornal Capital do Entorno, 2020).

Além dos impactos na morbimortalidade, inerente à doença, as medidas restritivas para impedir ou reduzir a circulação do vírus provocam efeitos adversos que influenciam direta e indiretamente as condições de vida da população, dentre eles encontram-se as repercussões econômico-financeiras, decorrentes da desmobilização das atividades produtivas e de serviços, que estabelecerá uma crise adicional para além do período da pandemia. Agrega-se a isso a ampliação dos gastos públicos nos diversos setores envolvidos na resposta à emergência e ainda no apoio financeiro às pessoas que perderam sua fonte de renda (MELLO *et al.*, 2020).

As concentrações das taxas de incidência por COVID-19 na RIDE estão nas centralidades, onde possuem maior oferta de serviço de saúde e melhores condições socioeconômicas, ao passo que as de mortalidade nas regiões mais periféricas e de maior vulnerabilidade social. Isso reforça a necessidade de fortalecimento da rede de saúde para possibilitar o atendimento às demandas dos municípios mais vulneráveis e de menor porte que a compõem.

O planejamento do SUS, mesmo, administrativamente, obedecendo um recorte federativo (estado ou município) deve considerar as demandas advindas dos fluxos de pessoas em busca de serviços de saúde e as capacidades instaladas em cada município, ampliado as estratégias de regionalização.

A atuação em emergência em saúde pública deve se estabelecer com um olhar multirrisco, prescindindo de preparação prévia e de contínua revisão de sua estratégia de contingência, uma vez que os eventos ocorrem de forma dinâmica. Para isso, deve-se considerar que:

- eventos inusitados com agentes desconhecidos como esta Pandemia pode ser recorrente;
- ampliar a capacidade instalada de vigilância e monitoramento, detecção e manejo de emergências em saúde pública é uma premissa imprescindível para uma atuar oportunamente;
- dotar a rede de saúde da capacidade necessária para o desenvolvimento de ações de atenção primária e de média e alta complexidade para possibilitar a integralidade no atendimento;
- priorizar a tomada de decisão com base em evidências técnico-científicas para a definição de diretrizes no âmbito do SUS, em suas três esferas de gestão.

Destaca-se que o SUS tem passado por subfinanciamento crônico, o que resulta, dentre outros aspectos, no sucateamento da infraestrutura dos serviços de saúde e amplia as fragilidades do sistema, principalmente em municípios de menor porte e maior vulnerabilidade socioeconômica. Desse modo, a experiência adquirida nesta pandemia evidencia a relevância de se contar com um sistema de saúde público, universal e gratuito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARCHELA, Rosely Sampaio; THÉRY, Hervé. Orientação metodológica para construção e leitura de mapas temáticos. **Confins**, v. 3, p. 22, 2008. Acesso em: 07 de maio de 2020. <https://doi.org/10.4000/confins.3483>

BARBOSA, Jorge Luiz. Por uma quarentena de direitos para as favelas e as periferias!, **Espaço e Economia**, nº 17, 2020. Acesso em: 08 de maio de 2020. <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.10274>

BARRETO, Maurício Lima et al. O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil?. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200032>

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2020a. Acesso em: 4 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2020a. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 4 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da

República Federativa do Brasil, Brasília (DF). 2002b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html>. Acesso em: 04 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF). 2015c. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html>. Acesso em: 04 de maio de 2020.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Menos de 10% dos municípios brasileiros possuem leito de UTI**, 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27828:2018-09-04-19-31-41&catid=3>. Acesso em: 09 de maio de 2020.

CODEPLAN. **A RIDE-DF de acordo com o PIB de 2017 dos municípios**. Nota Técnica. 2020. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/NT-A-RIDE-DF-de-acordo-com-o-PIB-de-2017-dos-Munic%C3%ADpios.pdf>>. Acesso em 08 de maio de 2020.

CRODA, Julio Henrique Rosa; GARCIA, Leila Posenato. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. **Epidemiol Serv Saúde**. 2020. Acesso em: 4 de maio de 2020. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100021>

EBSERH. **Manual de conceitos e nomenclaturas de leitos operacionais**. Manual SPA/CRACH/DAS, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Ministério da Educação, 1ª ed, Brasília-DF, 2017.

FARIAS, Heitor Soares de. O avanço da COVID-19 e o isolamento social como estratégia para redução da vulnerabilidade, **Espaço e Economia**, nº 17, 2020. Acesso em: 08 de maio de 2020. <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.11357>

FIOCRUZ. Monitora COVID-19 - FIOCRUZ. Interiorização do COVID-19 e as redes de atendimento em saúde. Nota Técnica 04 de maio de 2020. Disponível em: <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/nota_tecnica_4_v2.pdf>. Acesso em: 08 de maio de 2020.

JHU. Johns Hopkins University. COVID-19 Global Cases by Johns Hopkins CSSE. Johns Hopkins University. 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>. Acesso em: 4 de maio de 2020.

MELLO, Guilherme et al. A Coronacrise: natureza, impactos e medidas de enfrentamento no Brasil e no mundo. **Nota do Cecon**, v. 9, 2020. Disponível em: <https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/nota_cecon_oronacrise_natureza_impactos_e_medidas_de_enfrentamento.pdf>. Acesso em: 04 de maio de 2020.

NUNES, Brasilmar Ferreira. Brasília na rede das cidades globais: mudar uma tendência. **Soc. estado.**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 941-961, 2014. Acesso em: 08 de maio de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922014000300013>

OLIVEIRA, Wanderson Kleber de et al. Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020044, 2020. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>

OMS. Organização Mundial de Saúde. **“Novel Coronavírus (2019-nCoV)”**. Organização Mundial de Saúde. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4>. Acesso em: 4 de maio de 2020.

RAMOS, Ana Paula Marques et al. Avaliação qualitativa e quantitativa de métodos de classificação de dados para o mapeamento coroplético. **Revista Brasileira de Cartografia**, v. 3, n. 68, p. 609-629, 2016.

SANTOS, Jefferson Pereira Caldas dos, et al. Vulnerabilidade a formas graves de COVID-19: uma análise intramunicipal na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00075720, 2020. Acesso em: 09 de maio de 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00075720>

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS. Painel Coronavírus. Disponível em: <<https://www.saude.go.gov.br/coronavirus>>. Acesso em: 4 de maio de 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. Painel COVID-19 Coronavírus. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/coronavirus>>. Acesso em: 4 de maio de 2020.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DF. **DF lidera em leitos de UTI, respiradores, médicos e enfermeiros**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/df-lidera-em-numeros-de-leitos-de-uti-respiradores-medicos-e-enfermeiros/>>. Acesso em: 08 de maio de 2020.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DF. Painel Coronavírus (Covid-19). Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/coronavirus/>>. Acesso em: 04 de maio de 2020.

CONASEMS. Conselho nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Nota Técnica: Novas regras sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<https://portalfns.saude.gov.br/notas-tecnicas/1909-nota-tecnica-conasems-sobre-novas-regras-de-financiamento-e-transferencia-para-o-sus>>. Acesso em: 20 de maio de 2020.

MENDES, Marcos; MIRANDA, Rogério Boueri; COSSIO, Fernando Blanco. Transferências intergovernamentais no Brasil: diagnóstico e proposta de reforma. Consultoria Legislativa do SENADO FEDERAL, Texto para Discussão, v.40, abr., 2008. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td-40-transferencias-intergovernamentais-no-brasil-diagnostico-e-proposta-de-reforma>>. Acesso em: 18 de maio de 2020.

Acordo interfederativo assegura atendimento a pacientes do Entorno do Distrito Federal. Jornal Capital do Entorno, Brasília, 20 de maio de 2020. Disponível em: <<http://www.capitaldoentorno.com.br/acordo-interfederativo-assegura-atendimento-a-pacientes-do-entorno-do-distrito-federal/>>. Acesso em 20 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Proposta do Subprojeto Qualisus rede ride DF e entorno. 2012. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/08/Subprojeto-Qualisus-RIDE-versaofinalweb.pdf>>. Acesso em: 18 de maio de 2020.

YOSHIMINE, Rita; CRUZ, Carolina. Ibaneis diz que vai proibir hospitais públicos do DF de receber pacientes do Entorno com Covid-19, Brasília, G1 DF, 20 de maio de 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2020/05/14/ibaneis-diz-que-vai-proibir-hospitais-publicos-do-df-de-receber-pacientes-do-entorno-com-covid-19.ghtml>>. Acesso em 20 de maio de 2020.