



18

NOVOS CAMINHOS

O planejamento regional é estratégico no enfrentamento da pandemia da Covid19

NOTA TÉCNICA

O planejamento regional é estratégico no enfrentamento da pandemia da Covid19

Região e Redes. O planejamento regional é estratégico no enfrentamento da pandemia da Covid-19. Novos Caminhos, n.18. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em

<http://www.resbr.net.br/>

Os autores integram a Rede de pesquisadores de Região e Redes e a Rede de pesquisadores de Gestão Regional e Redes - Estratégias para saúde em São Paulo

Imagem da Capa: Fernando Cobelo/Unsplash

Maio/2020

A pandemia da Covid-19 colocou em xeque todo o arcabouço de políticas econômicas neoliberais e do capitalismo desregulado dos últimos 40 anos, desafiando respostas amplas do Estado e das políticas de proteção social.^{1,2}

Nesse contexto, os sistemas de saúde, em seus diferentes modelos de organização, responderam de forma mais ou menos rápida e efetiva às necessidades de saúde. Todos sofreram os riscos de esgotamento dos recursos disponíveis, seja pelo aumento abrupto da demanda, como pela perda progressiva da autossuficiência de insumos (medicamentos, equipamentos e outros materiais) e profissionais de saúde (principalmente médicos e enfermeiros), ou por conflitos entre autoridades políticas e governamentais³.

Os sistemas de saúde se caracterizam como um mosaico complexo de competências e funções, únicas e complementares, envolvendo relações entre diferentes estruturas de comando e gestão, em âmbito nacional, regional e local. Ressalta-se que a forma como se dão as relações e a capacidade de ação conjunta dessas estruturas têm se mostrado fundamentais para uma eficaz resposta diante da pandemia que demanda mecanismos robustos de coordenação vertical e horizontal⁴.

Além disso, possuem uma face pública e privada no financiamento, na regulação, na provisão e na gestão da prestação de serviços. Em tempos de crise, tais componentes são chamados a responder como um todo, mas explicitam inúmeros conflitos, que se expressam nas diversas dimensões da atenção à saúde (da vigilância e da assistência), em suas diversas filiações (público e privado), como pode ser visto nos casos da Itália e do Reino Unido.

No caso de países emergentes, as respostas são mais difíceis, tanto pela imaturidade ou limitações de seus sistemas de proteção social – incluindo saúde – quanto pela debilidade de suas economias e pelas imensas desigualdades de renda e condições de vida entre seus habitantes – que são evidenciadas no contexto de crise, tanto no que tange a oferta de serviços, quanto no próprio espraiamento da doença. O caso brasileiro não foge à regra geral, mas, ao contrário da maioria desses países, apresenta um modelo universal de proteção social, instituído na Constituição Federal de 1988.

Todavia, a implementação desse modelo nos últimos 30 anos, expressa contradições entre agendas conflitantes - a agenda de universalização de direitos, e a

econômica e de reforma do Estado de inspiração liberal -, em um contexto de fortalecimento do capital financeiro e das políticas de austeridade fiscal, com fracos períodos voltados para uma maior articulação entre o desenvolvimento econômico e social⁵. Além disso, a CF de 1988 inaugura um pacto social abrangente, favorável à expansão dos direitos e gastos sociais, mantido em uma estrutura tributária regressiva, dificultando um maior protagonismo da saúde e da educação públicas universais entre as políticas sociais⁶. O Sistema Único de Saúde (SUS) revela tais contradições e paradoxos, ao expandir o direito individual e coletivo à saúde, sem uma base de arrecadação progressiva⁷ e mecanismos adequados de financiamento, redistribuição e alocação de recursos.

A existência de grandes vazios assistenciais, fruto da desigualdade da oferta de ações e serviços de saúde, em especial em áreas remotas e/ou com baixo desenvolvimento socioeconômico, a fragmentação do sistema de saúde, a frágil regulação de acesso, a dificuldade da Atenção Primária à Saúde (APS) se configurar como coordenadora do cuidado, a irregular distribuição dos profissionais de saúde e o financiamento insuficiente são desafios antigos, mais que, neste cenário de pandemia exigem das autoridades sanitárias respostas mais assertivas e o estabelecimento de relações federativas cooperativas e solidárias.

O desenho federativo trino do Brasil – federal, estadual e municipal – se reflete no SUS por meio do compartilhamento de várias competências e responsabilidades de gestão entre os entes. A organização do SUS é complexa e, ao longo do tempo, experimentou diferentes ciclos políticos orientados pela descentralização e regionalização, com diferentes formas de intervenção, no âmbito da promoção, da prevenção e da assistência (incluindo atenção primária e atenção especializada com procedimentos de média e alta complexidade). Sua última fase, constituída pela criação das regiões de saúde e redes de atenção, avançou na construção de um planejamento com visão mais sistêmica, tendo como base os municípios-polo e as estruturas regionais das secretarias estaduais de saúde. Sua equação financeira foi favorecida pelo aporte crescente dos entes subnacionais e permanente retração da esfera federal.

As 438 regiões de saúde no Brasil se distribuem por todo o território nacional, e seu desenho foi formulado pelos estados da federação através do Plano Diretor de Regionalização (PDR) , de forma a incluir um rol de ações que permita que o cidadão – que vive nessas regiões – possa ter uma assistência integral. Regiões de saúde são

espaços contíguos, raras vezes abarcando mais de um estado da federação, e com alta correspondência com as regiões imediatas de articulação urbana do IBGE⁸.

A estratégia – regionalização e constituição das redes – foi desenhada de modo a nortear e a auxiliar o processo de construção do sistema de saúde, visando a superação da fragmentação da atenção e o provimento integral de serviços e ações de saúde. Destaca-se a conformação de redes de atenção à saúde (rede cegonha para assistência materno-infantil, rede de urgência e emergência, rede das doenças crônicas não transmissíveis, para deficientes e de saúde mental) definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”⁹. A adoção dessa diretriz organizacional almeja, assim, diminuir a fragmentação histórica do sistema, evitar a concorrência entre os pontos de atenção, promover o uso adequado dos recursos e o cuidado horizontal.

As redes, no espaço regional, são formas concretas de integrar serviços, definir linhas de cuidado e estabelecer protocolos, por meio do compartilhamento – pelas diferentes populações dos municípios integrantes da região de saúde –, de estruturas e recursos com distintos graus de densidade tecnológica, como dos leitos existentes no território regional, dos materiais e insumos, das tecnologias e mesmo de profissionais, com destaque para os profissionais médicos que circulam regionalmente.

A garantia do acesso universal e da integralidade da atenção demanda uma organização sistêmica, efetivada mediante a celebração de pactos federativos pautados na cooperação e na solidariedade. A instância de governança regional – Comissão Intergestores Regional (CIR) – assume papel de destaque na coordenação desse processo de construção das redes e organização das regiões e reúne gestores e técnicos das esferas estadual e municipal e, em momentos específicos, pode contar com a presença de prestadores. Conforma-se como um espaço de coordenação e negociação intergovernamental, com a finalidade de estabelecer prioridades de ação, definir necessidades de contratualização de serviços, escopo da regulação, definir e acompanhar a execução da Programação Pactuada Integrada (PPI), fomentando assim, um planejamento regional mais sistêmico e efetivo^a.

^a Mais recentemente, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) propôs a composição de macrorregiões de saúde, onde a Rede de Atenção à Saúde (RAS) seria definida a partir das regiões de saúde e para garantir a resolubilidade da atenção deveria ser organizada num espaço regional ampliado, garantindo o

Os elementos do planejamento regional devem levar em conta os dois sistemas pilares – o da vigilância em saúde e o de serviços de assistência à saúde –, de forma a melhor equacionar a disponibilidade de serviços segundo necessidades, tendo como instrumentos a regulação de leitos e de procedimentos e apoio diagnóstico, a definição de porta de entrada, a contratualização de serviços, determinando os equipamentos de referência regionais (ambulatórios de especialidade, hospitais, SADT).

Problemas identificados em diferentes pesquisas^{10,11,12,13} apontam que foram insuficientes os esforços para a conformação das regiões e suas redes, tanto na dimensão política – vista, principalmente, pelo débil papel assumido pela esfera estadual através de suas instâncias regionais, responsáveis pela gestão e implementação de vários tipos de serviços de alcance regional –; quanto na dimensão da estrutura, na qual as desigualdades são mais visíveis, pela escassa distribuição de recursos e alta concentração em grandes cidades; ou, ainda, na dimensão da organização – de serviços, ações e práticas, constituindo o ângulo privilegiado de implementação das redes, em que se evidenciam a pouca integração dos diferentes pontos de atenção e as fragilidades presentes na construção do planejamento regional e da governança assistencial, no curso da integração atenção primária e atenção especializada, por meio de redes de cuidado de forma mais efetiva, permanente e regular. Outro problema identificado foi a incapacidade de unir desenvolvimento econômico e social e esforços tecnológicos e de conhecimento em prol de regiões mais autossuficientes.

O agravamento e a urgência colocada pela pandemia da Covid-19 têm evidenciado esses elementos de uma maneira aguda: concentração de recursos em regiões específicas e grandes cidades^{14,15}; dificuldades de coordenação entre ações da vigilância e da assistência; ausência de coordenação federativa; dificuldades na criação de modelos regionais de enfrentamento da pandemia; pouca integração da rede de assistência aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis – grupo de risco na atual pandemia – com os demais níveis da atenção à saúde; uso limitado do potencial e da capilaridade da atenção primária e a da estratégia da saúde da família e do agente comunitário, de forma a potencializar o senso e o engajamento comunitário; esforços

tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável. Neste sentido, também foi proposto um espaço privilegiado de governança, que se dará através do Comitê Executivo de cada macrorregião, composto pelos gestores estaduais e municipais, podendo incluir também prestadores de saúde, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS (Resolução CIT n. 37, de 22 de março de 2018).

isolados de complexos hospitalares de algumas universidades (Hospitais das Clínicas – HC) e ausência de sistemas de informação de saúde em tempo real (prontuários eletrônicos).

No que tange a esfera federal, o Ministério da Saúde ativou o Centro de Operações de Emergência (COE) e publicou o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 (fevereiro de 2020) e tem sido responsável pelo acompanhamento dos dados e pelo direcionamento de medidas para a normatização de algumas condutas (notas técnicas, informes de evidências, por exemplo). Já sob a coordenação da Casa Civil foi instituído o Comitê de Crise da Covid-19, que empreende articular e monitorar as ações intersetoriais de enfrentamento à pandemia. O Centro de Coordenação das Operações do Comitê de Crise da Covid-19 atua subordinado a esse Comitê¹⁶. A Lei Nº 13.979, também de fevereiro de 2020, ao ser sancionada apresentou medidas para enfrentamento nacional da emergência de saúde pública, entre elas a quarentena e o isolamento social, que, no entanto, são as maiores polêmicas de desacordo entre os diferentes entes federados.

Nota-se que a esfera federal vem ganhando destaque muito menos pela efetividade de suas ações do que pela demarcação de uma importante tensão, visto a troca de dois ministros da saúde – até o presente momento - no interim dessa inédita e gravíssima crise sanitária.

A tensão - agravada nos dias que correm - reflete a crise política que se desenhou desde maio de 2016, com o impedimento da presidente Dilma Rousseff, e que foi exacerbada nas eleições de 2018, levando ao limite o funcionamento das regras democráticas, com conflito aberto entre entes federativos e entre legislativo, judiciário e executivo, com apelos constantes por parte da maior autoridade política nacional em prol do transbordamento da ordem legal e democrática.

Tão ou mais importante que as respostas sanitárias, são as repostas político-institucionais, civis e sociais, dado que o cenário político do enfrentamento da pandemia delimita diferentes resultados segundo alguns princípios do ordenamento político e social brasileiro.

Nesse cenário, que exige a conjugação de esforços e compartilhamento de responsabilidades, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho de

Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) , têm buscado fortalecer, apoiar e orientar gestores e trabalhadores do SUS mediante a edição de guias instrutivos para enfrentamento da pandemia da Covid-19 no âmbito das redes de atenção à saúde (RAS), a utilização dos repasses federais^b e, mais recentemente, uma campanha nacional para disseminar iniciativas municipais de combate à Covid-19; soma-se ainda o suporte na discussão e formulação de estratégias para organização da RAS de modo a responder às necessidades e especificidades do atual momento sanitário que vive todo o país.

Dada a gravidade da pandemia, os governadores, por meio de suas Secretarias Estaduais de Saúde, têm assumido de maneira mais efetiva a coordenação da condução política nos estados, criando comitês de contingência - envolvendo ações intersetoriais e em articulação com os municípios. A utilização de espaços horizontais de concertação também merece destaque, como o exemplo da criação do Comitê Científico de Combate ao Coronavírus^c (criado em março de 2020, vinculado ao Consórcio Nordeste^d), que se conforma como uma inovação importante na constituição de espaços de construção e difusão de conhecimento atrelado às especificidades locorregionais, articulação de ações e agentes e integração de medidas de combate à pandemia¹⁷.

A gestão municipal de algumas capitais tem demonstrado energia e disposição na implementação de ações de enfrentamento da pandemia, a exemplo de medidas de isolamento social ou na implantação de novas unidades de atendimento às pessoas acometidas pela Covid-19; atuação nem sempre em articulação com a gestão estadual. Ao mesmo tempo, as desigualdades territoriais apontam que nem todos os municípios e, principalmente, as regiões de saúde constituídas, contam com profissionais, recursos ou capacidade de financiamento e gestão compatíveis com as necessidades de implementação de ações de enfrentamento da pandemia^{15,18}. Ações isoladas e/ou sem apoio e articulação regional, estadual e federal podem resultar em aumento das desigualdades de oferta e acesso aos serviços de saúde durante a pandemia.

^b No caso dos Gastos da União, foi liberado R\$ 16 bilhões para “Auxílio emergencial aos Estados, Municípios e DF”, dos quais só foram pagos R\$ 1,97 bilhões (até 18/05/2020). Especificamente em relação ao Ministério da Saúde (MS) – as despesas adicionais direcionadas ao combate à Covid-19 totalizam um pouco mais de R\$ 8 bilhões: para estados e DF – aproximadamente R\$ 3 bilhões; para municípios – um pouco mais de R\$ 4 bilhões (até 18/05/2020). Fonte: Tesouro Transparente <<https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramentos-dos-gastos-com-covid-19>>

^c <https://www.comitecientifico-ne.com.br/c4ne>

^d Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste - parceria jurídica entre os nove estados da região para ações conjuntas na área de saúde, educação e segurança

Os conflitos federativos se avolumaram e tiveram que ser equacionados pelo judiciário, com destaque para medida do Supremo Tribunal Federal (STF), a qual ratifica a autonomia dos governos subnacionais em legislar no âmbito da saúde pública^e.

Muitas estratégias adotadas pelo Brasil são tomadas com base na (pouca) experiência internacional recente. Perante a ausência de maior conhecimento sobre o comportamento da Covid-19 em diferentes realidades geográficas e demográficas, são copiadas soluções e experiências internacionais, porém, sem atentar para as especificidades da pandemia em países continentais, desiguais e heterogêneos socialmente, economicamente e culturalmente, com uma oferta predominantemente privada de leitos e um sistema público com importantes fragilidades e ainda em construção, pelas razões já apontadas mais acima.

As medidas até então propostas baseiam-se na avaliação das experiências internacionais relacionadas com medidas de isolamento, aplicação de testes (criação e capacitação de redes nacionais de laboratórios públicos), achatamento das curvas de novos casos e construção de unidades temporárias de serviços (hospitais de campanha), de maneira a evitar o colapso do sistema de saúde, quando se tornam incapazes de dar resposta satisfatórias diante do volume crescente de pessoas necessitando de cuidados.

Poucas ou quase nenhuma iniciativas de gestão foram implementadas, e são as pesquisas, e o número cada vez maior de redes de pesquisadores e de universidades, que orientam algumas decisões, voltadas mais especialmente para ações de controle epidemiológico.

Por isso, a óbvia necessidade de organizar a oferta somando esforços e recursos assistenciais da rede pública e privada padece, ainda, de uma formulação concreta e robusta e de um planejamento sólido e integrado. Na Espanha, por exemplo, por meio de um decreto nacional, cada uma das 17 regiões autônomas começou a administrar os leitos privados para pacientes com Covid-19 em seus respectivos territórios¹⁹. O melhor uso dos recursos públicos e privados e a proposta de instituir a chamada fila única,

^e “O Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF), por unanimidade, confirmou o entendimento de que as medidas adotadas pelo Governo Federal na Medida Provisória (MP) 926/2020 para o enfrentamento do novo coronavírus não afastam a competência concorrente nem a tomada de providências normativas e administrativas pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios”. A decisão foi tomada em 15/03/2020 na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6341. (<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441447>).

dependem muito de um planejamento regional, de modo a incorporar as especificidades locorregionais.

Na situação recente, é urgente a necessidade de organizar a disponibilidade e o acesso a leitos e a exames tanto públicos como privados em espaços regionais, mesmo considerando as estratégias de isolamento social, de forma a minimizar os gargalos em centros mais densamente povoados, criar economia de escala e usar a experiência e conhecimento acumulado pelo intenso fluxo intermunicipal já existente.

Outro aspecto que deve ser levado em conta é o fluxo de pacientes, que se configurou, historicamente, no deslocamento dos centros menores para os maiores. Hoje, a dinâmica é também a do contrafluxo, dos centros maiores para os menores, de forma a aproveitar toda capacidade instalada pública e privada. É justamente no espaço regional que isso pode ser planejado e operacionalizado.

A incidência de casos também vem passando por um processo de interiorização, ou seja, das capitais e entorno para as regiões do interior. Nicoletis²⁰ aponta que as redes rodoviárias podem ser as principais rotas dessa disseminação e destaca, dentro de um conjunto de propostas para a região Nordeste, a restrição do tráfego intermunicipal e interestadual, limitando a mobilidade como fator para diminuir a velocidade de propagação do vírus²¹. Nesse grupo de recomendações também consta a criação de uma Brigada Emergencial de Saúde, no sentido de ampliar o contingente de médicos e demais profissionais de saúde²¹. Nota-se que as informações e as medidas propostas dependem em larga escala de coordenações estaduais e na sua implementação das instancias regionais.

O enfretamento da Covid-19 pressupõe, portanto, uma organização territorial e multiescalar – dado que o seu impacto tem se configurado de maneira diferenciada entre os países e entre regiões e cidades. Demanda, ainda, uma gestão integrada da capacidade instalada e tecnológica, no âmbito das instâncias de governança regional e de controle social, o que se coloca como um enorme desafio para gestores, profissionais, prestadores de serviços e população.

Além disso, mostra-se fundamental dilatar esforços para construir uma infraestrutura nacional de saúde digital, incluindo um sistema de vigilância em saúde que seja capaz de rastrear os testes e as infecções por Covid-19 da população brasileira. A dificuldade e a demora na atualização dos dados municipais e estaduais pelo

Ministério da Saúde reforçam importantes fragilidades na organização do sistema de saúde.

É importante destacar, ainda, a premência de uma integração entre os serviços de saúde na organização descentralizada. As regiões de saúde da Itália, por exemplo, evidenciaram a necessidade de uma melhor integração da competência descentralizada, mesmo quando há boa infraestrutura de informações de saúde, para que informações precisas e oportunas sejam alcançadas durante a pandemia^{22,23}.

Diante desse panorama, é urgente que os estados direcionem ações que potencializem o papel da CIR como instância e instrumento do planejamento regional, na direção de ampliar o espaço decisório regional, tornando-o mais democrático e efetivo ao conclamar diferentes segmentos da sociedade para colaborar e referendar suas decisões.

Ademais, é imprescindível reforçar seu papel técnico, instituindo comissões permanentes de rede de colaboradores e consultores técnicos das universidades presentes na região, ou mesmo por meio do Comitê Executivo da RAS – redes com capacidade de análise, síntese e validação de dados em saúde para fortalecer as tomadas de decisões com base em evidências e que subsistam e acurem-se para além da gravíssima crise sanitária colocada pela pandemia da Covid-19.

Soma-se, ainda, o estabelecimento de um intenso programa de formação e aperfeiçoamento, com uso de tecnologias - como as desenvolvidas pelo telessaúde -, para criação e fomento de instrumentos para um ordenamento mais eficiente e efetivo do sistema de saúde nas suas distintas organizações territoriais.

A pandemia de covid-19 evidencia e reforça expressivos impasses para o sistema de saúde brasileiro, a maioria de natureza estrutural que ganha contornos mais graves frente ao tamanho da crise política e sanitária vigente. Destacam-se alguns importantes pontos de enfrentamento: (1) reconhecimento das especificidades e das desigualdades regionais; (2) fomento de processos ampliados de planejamento regional; (3) reforço à coordenação e cooperação federativa; (4) construção e/ou incremento de um sistema de informação em saúde, com coordenação regional dos serviços dos setores público e privado, que para além da regulação possa diminuir o enorme gargalo da subnotificação; (5) articulação federal para a construção de estratégias integradas de enfrentamento da pandemia, inclusive com apoio de recursos financeiros,

infraestruturais e tecnológicos; (6) definição de estratégias de vinculação mais protegidas e garantia de condições de trabalho seguras para todos os profissionais de saúde. (7) estratégias de combate à notícias falsas, que podem impelir a população a comportamentos desfavoráveis ao controle da pandemia.

-
- ¹ Harvey D. Política anticapitalista em tempos de Covid-19. Em: Davis M et al. Coronavírus e a luta de classes. Terra sem amos: Brasil, 2020.
- ² Piketty T. Entrevista à Amy Goodman e Nermeen Shaikh, no Democracy Now!, traduzido pela Carta Maior. Publicado em 08/05/2020. Disponível em <<https://outraspalavras.net/outrasmidias/piketty-uma-chance-para-a-esquerda-se-renovar/>>
- ³ Gopinath, G. The Great Lockdown: Worst Economic Downturn Since the Great Depression. Washington, DC, IMF Blog, April, 2020. Disponível em: <https://blogs.imf.org/2020/04/14/the-great-lockdown-worst-economic-downturn-since-the-great-depression/>
- ⁴ OECD. The territorial impact of COVID-19 : managing the crisis across levels of government. 2020. p. 2–44.
- ⁵ Viana, AL; Silva, HP. (2018). Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7), p. 2107-2118, 2018
- ⁶ Kerstenetzky, CL. Redistribuição no Brasil no século XXI. In: Arretche, M.; Marques, E.; Faria, CAP. (orgs.). *As políticas da política - desigualdades e inclusão nos governos do PSDB e do PT*. 1ed.São Paulo: UNESP, 2019, v. 1, p. 49-74.
- ⁷ Fandino, P; Kerstenetzky, CL. O paradoxo constitucional brasileiro: direitos sociais sob tributação regressiva. *Brazilian Journal of Political Economy*, v. 39, p. 306-327, 2019.
- ⁸ IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Regiões de Influência das Cidades 2007. Rio de Janeiro, 2008.
- ⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30/12/2010
- ¹⁰ Região e Redes: caminho da universalização da saúde no Brasil. Apoio CNPq. Brasília, 2013. <https://www.resbr.net.br/>
- ¹¹ Gestão regional e redes: estratégias para a saúde em São Paulo. Realização Cealag. Apoio: SES-SP / BID. São Paulo; 2017. [resultados sintetizados na publicação: Ibanez N, Viana ALD, Tardelli R, Iozzi FL (orgs.). *Gestão regional e redes: estratégias para a saúde em São Paulo*. Barueri: Manole, 2020].
- ¹² Saúde Amanhã: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. <https://saudeamanha.fiocruz.br/>
- ¹³ Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde – Proadess – <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/>
- ¹⁴ IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações de saúde: subsídios ao enfrentamento regional à COVID-19 Notas Técnicas. 01/2020. 7 de maio de 2020.
- ¹⁵ Portela MC, Andrade CLT, Lima, SML, Braga Neto FC, Soares FRG, Martins M. As regiões de saúde e a capacidade instalada de leitos de UTI e alguns equipamentos para o enfrentamento dos casos graves de Covid-19. Nota Técnica 2. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz. 20 de abril de 2020
- ¹⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Decreto Nº 10.289, de 24 de março de 2020. Altera o Decreto nº 10.277, de 16 de março de 2020, para instituir o Centro de Coordenação de Operações, no âmbito do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19. DOU 24/03/2020 Edição 57-A, Seção 1, página: 1.
- ¹⁷ Clementino MLM, Queiroz JVR, Almeida LSB, Silveira RMC, Camara RLM, Silva BCN. A colaboração em tempos de pandemia e o protagonismo do Consórcio Nordeste. Observatório das Metrôpoles. Publicado em 07/05/2020. Disponível em <https://www.observatoriodasmetrôpoles.net.br/a-colaboracao-em-tempos-de-pandemia-e-o-protagonismo-do-consorcio-nordeste/>
- ¹⁸ PDCS, ICITC, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). MonitoraCovid-19 - FIOCRUZ Regiões de Saúde: disseminação temporal e espacial e disponibilidade de recursos na atenção à saúde Nota Técnica 12 de maio de 2020. Disponível em https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/nota_tecnica_6.pdf
- ¹⁹ Legido-Quigley H. et al. Comment The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, v. 2667, n. 20, p. 251–252, 2020.

²⁰ Nicolelis M. Entrevista Jornal das 10 Globonews. 16 abril 2020. Disponível em <<https://g1.globo.com/globonews/jornal-globonews-edicao-das-10/video/nicolelis-no-brasil-infelizmente-o-virus-esta-ganhando-a-guerra-8486729.ghtml>>

²¹ Comitê Científico do Consórcio Nordeste. Boletim 04. Nordeste, 16 de abril de 2020. Disponível em <<https://www.comitecientifico-ne.com.br/boletim>>

²² Armocida B. et al. The Italian health system and the COVID-19 challenge. *The Lancet Public Health*, v. 5, n. 5, p. e253, 2020.

²³ Carinci F. Covid-19: preparedness, decentralisation, and the hunt for patient zero. *BMJ*, v. 799, n. February, p. 10–11, 2020.