

REGULAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE CORONAVÍRUS

REGULATION AND REGIONALIZATION OF THE PUBLIC HEALTH SYSTEM IN THE CONTEXT OF THE CORONAVIRUS PANDEMIC

REGULACIÓN Y REGIONALIZACIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DEL CORONA VIRUS



JEFTER HAAD RUIZ DA SILVA

Instituto Federal do Amazonas | Manaus, Amazonas, Brasil



NELY CRISTINA MEDEIROS CAIRES

Universidade Federal do Amazonas | Manaus, Amazonas, Brasil

Como citar este capítulo:

SILVA, J. H. R; CAIRES, N. C. M. Regulação e regionalização do sistema público de saúde no contexto da pandemia de coronavírus. In: FONTES, F. L. L. (Org). **A Saúde Pública brasileira em tempos de pandemia**. Teresina: Literacia Científica Editora & Cursos, 2021, p. 112-122. DOI: 10.53524/lit.edt.978-65-995572-0-0/10



<https://doi.org/10.53524/lit.edt.978-65-995572-0-0/10>

RESUMO

OBJETIVO: Elucidar os principais impactos sofridos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) – sob a perspectiva da Regulação e Regionalização – no período da pandemia, além de relatar algumas medidas tomadas durante o enfrentamento da COVID-19 no setor da saúde pública.

MATERIAIS E MÉTODOS: Uma revisão narrativa de literatura foi realizada na base de dados das bibliotecas eletrônicas Pubmed, Scielo e Google Acadêmico, sendo utilizado os seguintes descritores: “regionalização da saúde”, “regulação e fiscalização em saúde”, “sistema único de saúde” e “pandemia por COVID-19”. **RESULTADOS:** Os principais desafios identificados foram: longas filas para atendimento de urgência, alta demanda por leitos de UTI, reorganização da coordenação de assistência para doenças crônicas, manutenção do atendimento em função do distanciamento social, dentre outros. Quanto às medidas de enfrentamento, enfatiza-se a utilização da Telessaúde para realização de consultas e oficinas educativas, instauração de prontuários eletrônicos, flexibilização de fluxos de referência e contrarreferência e medidas públicas de garantia do distanciamento social em postos de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Conclui-se que providências emergenciais foram tomadas no SUS para a garantia da regulação e regionalização no período crítico da pandemia, contudo, parte destas medidas foram realizadas de forma fragmentada, inviabilizando a perpetuação destas ações à longo prazo.

PALAVRAS-CHAVE: Regionalização da saúde. Regulação e fiscalização em saúde. COVID-19.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To elucidate the main impacts suffered by the Unified Health System - from the perspective of Regulation and Regionalization - during the pandemic period, in addition to reporting some measures taken during the fight against COVID-19 in the sector of public health.

MATERIALS AND METHODS: A narrative literature review was carried out in the database of electronic libraries Pubmed, Scielo and Google Scholar, using the following descriptors: “regionalization of health”, “regulation and inspection in health”, “unified health system” and “COVID-19 pandemic”. **RESULTS:** The main challenges identified were long queues for emergency care, high demand for ICU beds, reorganization of the coordination of care for chronic diseases, maintenance of care due to social distancing, and others. As for coping measures, we emphasize the use of Telehealth to carry out consultations and educational workshops, establishment of electronic medical records, flexibilization of referral and counter-referral flows and public measures to guarantee social distancing in health centers.

FINAL CONSIDERATIONS: It is concluded that emergency actions were taken in the Unified Health System to guarantee regulation and regionalization in the critical period of the pandemic, however, part of these actions were carried out in a fragmented way, making it unlikely to perpetuate these actions in the long term.

KEY WORDS: Regional health planning. Health care coordination and monitoring. COVID-19.

RESUMEN

OBJETIVO: Dilucidar los principales impactos sufridos por el Sistema Único de Salud (SUS) - en la perspectiva de la Regulación y Regionalización - durante el período de la pandemia, además de relatar algunas medidas tomadas durante la lucha contra el COVID-19 en el sector de la salud pública.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó una revisión narrativa de la literatura en la base de datos de las bibliotecas electrónicas Pubmed, Scielo y Google Scholar, utilizando los siguientes descriptores: “regionalización de la salud”, “regulación e inspección en salud”, “sistema único de salud” y “COVID-19 pandemia”. **RESULTADOS:** Los principales desafíos identificados fueron largas filas para atención de emergencia, alta demanda de camas de UCI, reorganización de la coordinación de atención a enfermedades crónicas, mantenimiento de la atención por distanciamiento social, entre otros. En cuanto a las medidas de enfrentamiento, destacamos el uso de Telesalud para realizar consultas y talleres educativos, establecimiento de historias clínicas electrónicas, flexibilización de flujos de referencia y contrarreferencia y medidas públicas para garantizar el distanciamiento social en los centros de salud.

CONSIDERACIONES FINALES: Se concluye que se tomaron medidas de emergencia en el SUS para garantizar la regulación y la regionalización en el período crítico de la pandemia, sin embargo, parte de estas medidas se llevaron a cabo de forma fragmentada, imposibilitando la perpetuación de estas acciones en el a largo plazo.

PALABRAS CLAVE: Regionalización. Regulación y fiscalización en salud. COVID-19.

1. INTRODUÇÃO

Com o surgimento da pandemia do *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), o Brasil passou a enxergar o Sistema Único de Saúde (SUS) de forma diferente. O que antes parecia um serviço distante à realidade da classe alta e média brasileira, agora tornou-se a única opção de enfrentamento preventivo, uma vez que as vacinas ao combate do vírus estão sendo disponibilizadas através de meios exclusivamente públicos. Dessa forma, os serviços oferecidos – que antes passavam despercebidos pela população – passaram a ganhar notoriedade a partir da assistência prestada ao usuário no combate à pandemia (COSTA *et al.*, 2020).

Contudo, dentre os fatores enfatizados pela atuação do sistema, aspectos sobre a regulação do SUS também repercutiram na mídia nacional, que expôs o colapso em hospitais ocasionado por longas filas de espera na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pela falta de pessoal qualificado na linha de frente e pela propagação de ideais negativistas por autoridades políticas – viabilizando o surgimento do que se passou a conhecer como “pandemia ideológica” (NASCIMENTO & PACHECO, 2020, ALMEIDA-FILHO, 2021).

A alocação de recursos para tal enfrentamento também foi um desafio constatado neste cenário, o que, em suma, expôs determinadas fragilidades no processo de regionalização determinado por organizações municipais e estaduais (LOPES & BARROS, 2022).

É fundamental compreender que o Brasil possui desigualdades intrínsecas em sua gênese política e social, e o princípio da universalidade – a partir de sua natureza descentralizada – torna-se um ideal difícil de ser alcançado quando a articulação entre as frentes de assistência sofre influências nocivas para a consolidação de uma atenção efetiva – ainda mais sob contextos atípicos de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2020).

A fim de garantir o acesso e a integralidade dos serviços no sistema público, é notória a importância de se garantir os processos de regulação e regionalização definidos na legislação brasileira, uma vez que a regulação é capaz de assegurar, dentre outros aspectos, o planejamento estratégico, a avaliação e contratualização de serviços, assim como gerenciar processos de controle, vigilância e auditoria em saúde (MENDES, 2002).

Fica claro na legislação do SUS, que o objetivo da regionalização é buscar melhores disposições técnicas e espaciais dos serviços, maximizando a eficiência institucional por meio de melhorias no acesso e na cobertura de ações de saúde à população – compondo “regiões de saúde” com máxima oferta e disponibilidade de serviços à territórios adstritos (BRASIL, 2019).

Contudo, observou-se na pandemia do coronavírus, falhas governamentais de planejamento e atuação, o que impactou diretamente na regionalização e regulação do SUS (SHIMIZU *et al.*, 2021). Tais dificuldades trouxeram consigo novas oportunidades de discussão acerca das pactuações e condutas possíveis ao enfrentamento deste período,

remontando propostas norteadoras de aperfeiçoamento garantidas ao longo de décadas de debates, resistência e militância (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Dessa forma, este estudo tem por objetivo identificar os principais impactos da pandemia de COVID-19 frente a consolidação dos processos de regulação e regionalização no SUS, afim de promover reflexões fundamentais à constatação de tais aspectos – principalmente no que se refere à construção de um sistema de saúde mais estruturado e equânime.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, sob o formato de revisão narrativa de literatura, que considerou artigos e outras publicações científicas com a temática da regulação e regionalização do SUS no período da pandemia de coronavírus. Para tanto foi realizada uma busca no banco de dados das bibliotecas eletrônicas PubMed, SciELO e *Google Scholar*, utilizando os seguintes descritores presentes no DeCS/MeSH: regionalização da saúde, regulação e fiscalização em saúde, Sistema Único de Saúde, pandemia por COVID-19. Como critério de inclusão definiu-se estudos publicados em língua portuguesa e inglesa durante o período de 2010 a 2022 e que elucidam conceitos e reflexões acerca da regulação e regionalização do SUS, além de artigos que abordam o impacto da pandemia sob estes aspectos da saúde pública, contextualizando para realidade brasileira de enfrentamento ao COVID-19. A seleção dos artigos deu-se, inicialmente, através da leitura do título, seguido da leitura do resumo e posterior leitura integral das publicações. 19 artigos foram considerados para a composição desta narrativa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a COVID-19 como uma emergência internacional, tendo, ao longo de dois anos, afetado países em proporções variadas. Com altas taxas de transmissibilidade e índices de mortalidade, a pandemia de coronavírus repercutiu fragilidades e resiliências dos sistemas públicos de saúde no mundo inteiro (MASSUDA, 2021).

Em populações específicas, o impacto da COVID-19 foi acentuado no que se refere ao contágio, uma vez que o isolamento social evidenciou a violência doméstica (principalmente em mulheres e crianças), a inviabilidade do distanciamento social à moradores da periferia (residentes em habitações com espaço restrito), além de expor situações controversas de exigência trabalhista (geralmente relacionadas à diaristas e trabalhadores da indústria) (SILVA & RUIZ, 2020).

O Sistema Único de Saúde foi afetado em diversas dimensões, onde algumas das principais consequências observadas trata-se da superlotação de hospitais, alta procura por leitos, demandas elevadas de atendimento à pacientes com doenças crônicas e progressão repentina das consultas de urgência – inclusive na atenção básica (AVELAR *et al.*, 2021).

3.1 O SETOR DE REGULAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E OS ENFRENTAMENTOS EMERGENCIAIS DURANTE A PANDEMIA

O termo “Regulação” tem sido utilizado em referência à organização ou moderação de serviços que funcionam sob a concessão do Estado para suprir determinadas necessidades da população. Quando bem empregada e fundamentada em dados epidemiológicos, visa garantir a orientação de fluxos assistenciais, a sistematização da priorização ao atendimento, e suprir – de forma rápida e qualificada – as demandas do sistema de saúde (VILARINS, 2010).

A Regulação do Acesso à Assistência (RAA) é centralizada na organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso, tendo como figuras principais de atuação os gestores e o corpo assistencial de funcionários da saúde – e suas principais funções estão relacionadas à contratação, controle e regulação do acesso aos serviços (VILARINS *et al.*, 2012).

Neste sentido, o suporte fornecido à Atenção Primária à Saúde (APS) e à atenção especializada e hospitalar é intimamente dependente, não só de recursos financeiros para o seu bom funcionamento, mas também de uma boa atuação destes agentes afim de proporcionar subsídios à perpetuação da integralidade na assistência (MELO *et al.*, 2021).

Entretanto, o enfrentamento do Estado frente a pandemia do novo coronavírus tem se estabelecido em pilares com inúmeras fragilidades, uma vez que a defesa de interesses coletivos tem sido negligenciada no que se refere à garantia do acesso ao cuidado bem conduzido, o que influenciou, diretamente, na oferta de leitos, medicamentos e oxigênio à população (BOUSQUAT *et al.*, 2021).

O atual contexto pandêmico também influenciou na oferta de ferramentas de regulação, uma vez que ocasionou estagnação na agenda de consultas e exames, flexibilizou protocolos de encaminhamento entre os níveis de atenção, além de ter promovido extensas listas de espera à procedimentos eletivos devido a priorização do auxílio para casos mais graves. Neste cenário, ferramentas de regulação já destacadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 mostraram-se como uma saída possível à administração de fluxos sob a perspectiva emergencial, tal qual a utilização de prontuários eletrônicos para a discussão e análise de casos complexos, assim como a utilização do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) para auxiliar na tomada de decisões por parte da gestão (MELO *et al.*, 2021).

Suporte e treinamento de profissionais do SUS, utilização da Telessaúde no aumento do escopo do trabalho e a troca de experiências visando o fortalecimento de rotinas assistenciais foram algumas das principais ações tomadas neste período. Contudo, tais atividades deram-se de forma isolada e fragmentada, o que – de certa forma – inviabilizou a sistematização destas ações à longo prazo (LOPES & BARROS, 2022).

Muito da assistência individual foi afetada neste novo contexto, sendo que um

dos maiores desafios impostos ao sistema público foi o gerenciamento de filas para o provimento de assistência emergencial. Um acúmulo de entraves estruturais proporcionou o colapso da saúde em estados brasileiros – principalmente no que se refere à disponibilidade de tratamentos de alta complexidade no pico de novos casos –, uma vez que aspectos como a necessidade de profissionais altamente especializados, o afastamento de funcionários acometidos pela doença, a frequente admissão de novos casos, assim como a falta de leitos e equipamentos, proporcionou o crescimento de índices de morte oriundos da COVID-19 (PONCE, 2020; KUBO *et al.*, 2020).

Como premissa resolutive à fila de espera por leitos na assistência especializada, existem propostas referentes à adoção de uma fila única geral capaz de organizar os casos de coronavírus através de uma ordenação por gravidade, com um sistema análogo ao já existente no Sistema Nacional de Transplantes (SNT), que utiliza critérios clínicos e epidemiológicos para a definição de prioridades (MARINHO, 2020). Entretanto, há de se considerar que tais processos de regulação estão, frequentemente, atrelados a relações de poder subsidiadas pelo capital dominado por categorias políticas, cabendo ao Estado equacionar tal dinâmica afim de buscar resoluções urgentes à minimização de problemas que, por ventura, possam influenciar na garantia da equidade, integralidade e acessibilidade (QUEVEDO *et al.*, 2016).

3.2 AÇÕES EMERGENCIAIS NA REGIONALIZAÇÃO PARA O ASSEGURAMENTO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

A determinação do Decreto 7508/11 indica a necessidade de o SUS ser formado por uma rede regionalizada e hierarquizada, abrangendo ofertas na Atenção Primária, especializada e hospitalar para a garantia de um cuidado integral. E como ponto de partida à consolidação da regionalização, tem-se a necessidade de identificação de demandas de saúde e estabelecimento de fluxos assistenciais capazes de descentralizar ações e serviços ofertados pelo SUS, sendo que, para a ocorrência de uma consolidação equânime, é necessário considerar os aspectos histórico-culturais dos processos de gestão. No entanto, a pandemia da COVID-19 evidenciou desafios em todos os níveis de atenção, afetando a continuidade do cuidado para o caso de doenças crônicas e emergenciais, exigindo de gestores municipais e estaduais a incorporação de iniciativas que pudessem favorecer populações adstritas à um atendimento apropriado (BRASIL, 2011; CARVALHO *et al.*, 2017).

Frente ao contexto da regionalização no enfrentamento na pandemia, diversas medidas tem sido exploradas afim de garantir um atendimento condizente com a necessidade das macrorregiões, sendo possível observar a necessidade de adequação da demanda para o assentamento de uma coordenação exequível para casos leves e graves da COVID-19. Na Estratégia Saúde da Família (ESF), Alves (2020) observou que a integralidade pode ser mantida a partir de estratégias capazes de preservar o isolamento social, seja através de atendimentos domiciliares ou atendimentos à distância. E no

contexto da APS, a autora reforça que o conhecimento da realidade das comunidades é essencial para a adequação de ações preventivas de inclusão em saúde, principalmente em regiões mais vulneráveis como periferias e favelas.

Outras medidas como teleatendimentos, educação permanente à distância, implantação de *call centers* e entrega de exames e medicamentos em domicílio, também podem ser considerados microprocessos capazes de fomentar a assistência a partir da regionalização, uma vez que proporcionou o desafogamento de atendimentos na APS, sendo de especial importância à idosos e pessoas com dificuldade de deslocamento, o que, em determinados contextos, evitou aglomerações e filas nas Unidades Básicas de Saúde. Entretanto, há de se refletir sobre o abismo de desigualdades evidenciado por esta informatização do atendimento às pessoas inseridas numa realidade de extrema vulnerabilidade socioeconômica, que, na maioria das vezes, não tem acesso a celulares ou aparelhos informatizados, e se o tem, raramente possui acesso internet (SHIMAZAKI, 2021).

Em vista do contexto supracitado, é primordial que nas regiões de suporte haja profissionais suficientes para a manutenção da qualidade do atendimento, a fim de garantir uma integração entre a assistência ambulatorial e hospitalar que respeite a responsabilidade de cada território. Ainda que os processos de regulação do SUS sejam dinâmicos e quase sempre recebam interferências políticas para com a gestão local, é importante que fluxos convencionais sejam preservados, afim de auxiliar na sistematização de dados sobre referência e contrarreferência, e, por conseguinte, viabilizar recursos humanos e insumos necessários à consolidação do atendimento.

A constituição de tecnologias leves como o acolhimento individualizado e o vínculo entre médico-paciente (em constante proximidade ao atendimento humanizado), são proposições fundamentais à determinação de um sistema orientado aos serviços da atenção básica e especializada, ainda que ambientes hospitalares que sofrem sob a pressão de atendimento imediato preconizem a celeridade em serviços de urgência. No entanto, é crucial compreender que situações de demandas atípicas raramente apresentam um cenário propício à atenção digna para usuários e seus acompanhantes, e muito disso tem sido observado em hospitais de campanha cuja demanda recorrente tem posto à prova a habilidade do corpo técnico em garantir a proteção individual de trabalhadores e usuários do serviço de saúde (KALICHMAN & AYRES, 2016).

Assegurar esse tipo de efetivação no plano de atenção não é uma tarefa fácil, contudo, a perpetuação da implantação de Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) pode ser uma das vias de alcance ao sucesso, uma vez que – segundo a Portaria GM/MS nº 4279/10 – estas são caracterizadas por “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”.

Nota-se que grande parte da construção normativa da regionalização do SUS está construída numa estrutura técnico-administrativa, apresentando significativa dificuldade em articular-se com conformações políticas e noções mais aprofundadas sobre a temática – ainda que seja de vital importância o domínio de tais reflexões para reformas apropriadas. Considerando que não é ideal encarar estes debates sob perspectivas amenizadas, faz-se necessário que ocorram debates e reflexões capazes de considerar articulações propícias ao impacto no serviço, na demanda e nos perfis epidemiológicos – ainda mais no que se refere ao protagonismo municipal, uma vez que os estados costumam apresentar características mais centralizadoras (MENDES & LOUVISON, 2015).

3.3 NECROPOLÍTICA COMO AMEAÇA AO SISTEMA DE SAÚDE

O comportamento negacionista de lideranças políticas também influenciou diretamente na tomada de decisões capazes de garantir a assistência em saúde no contexto transpandêmico, posto que muitos discursos enfatizaram a relativização da vida a partir de ideias que reduzem o cidadão à um mero sujeito descartável, passivo frente as iniquidades perpetuadas no cenário político. E é sobre esse mesmo uso inapropriado de poder, que jaz a noção de influência sobre processos cruciais à consolidação de uma gestão efetiva em saúde, a citar o uso de títulos ou cargos políticos para a aquisição de vantagens inapropriadas e prejudiciais à saúde pública. Casos específicos de benefícios regidos por interesse próprio foram temas de amplas discussões na mídia ao explorar investigações acerca dos “fura fila” da vacina, de casos de facilitação indevida de consultas ou assistência hospitalar de alta complexidade, e, até mesmo, de contratação de serviços superfaturados e equipamentos inapropriados à assistência (DE MOURA SOUSA, 2021).

Um ponto em comum a todas estas situações – e que deve ser enfatizado para reflexões mais precisas – é o envolvimento de gestores na tomada de decisões baseadas não exclusivamente em atributos ou dados científicos, mas também em interesses político-partidários, uma vez que estes encontraram a oportunidade de tomar proveito das vulnerabilidades da pandemia para melhorar sua imagem social em prol das eleições vindouras. A interferência nos critérios de elegibilidade à vacina, por exemplo, influenciou diretamente na imunização de profissionais atuantes na linha de frente ao combate do vírus, uma vez que muitos profissionais não-atuantes neste período utilizaram seus registros em conselhos profissionais para serem enquadrados em grupos de prioridade.

Casos mais graves de corrupção também foram recorrentes nos noticiários. Orçamentos fraudados, contratações de empresas sem licitações, discrepâncias na aquisição de máscaras, respiradores e insumos hospitalares, foram os maiores causadores de investigações e exonerações de ministros e secretários de saúde, o que desestabilizou a estrutura de equipes governamentais, dando espaço para a inserção de personagens com convicções prejudiciais à garantia do direito à saúde, não sendo incomum juízos pautados

em preconceitos e ideologias fascistas. Neste sentido, Firpo *et al.*, (2015) especifica a necessidade em se reconhecer o combate ao racismo, ao sexismo e à intolerância como sendo uma estratégia necessária ao fortalecimento de uma sociedade justa, saudável e democrática, já que os princípios do SUS – quando garantidos – evitam mortes por causas injustas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se que tanto aspectos da regionalização quanto da regulação no sistema público de saúde sofreram impactos no período crítico de enfrentamento à COVID-19. Estagnação na agenda de consultas e exames, flexibilização no encaminhamento entre os níveis de atenção e extensas listas de espera para procedimentos eletivos foram as principais fragilidades identificadas para a regulação, enquanto que a coordenação gerencial de casos leves e graves (através da oferta de leitos, medicamentos e oxigênio), a garantia da integralidade do cuidado preservando o distanciamento social, e o conhecimento da realidade em comunidades vulneráveis estiveram atrelados aos desafios da regionalização na assistência. Entretanto, como meio de superação a estes – e outros – desafios impostos pela pandemia, o SUS implementou ações de teleatendimento, educação continuada mediada por tecnologias à profissionais de saúde, utilização de prontuários eletrônicos, e troca de experiências entre profissionais. Apesar de muitas destas ações demonstrarem estruturas frágeis para perpetuação à longo prazo, acredita-se que a ênfase em políticas públicas que valorizam a integralidade possa viabilizar ações efetivas à perpetuação de boas práticas relacionadas à regulação e regionalização do SUS.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. *et al.* A pandemia e seus impactos no Brasil. **Middle Atlantic Review of Latin American Studies**, v. 4, n. 1, p. 20-25, 2020.
- ALMEIDA-FILHO, N. Pandemia de Covid-19 no Brasil: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista. **Principais elementos**, p. 214-225, 2021.
- ALVES, M. T. G. Reflexões sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2496-2496, 2020.
- AVELAR, F. G. *et al.* Complicações da Covid-19: desdobramentos para o Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n.1., p. e310133, 2021.
- BOUSQUAT, A. *et al.* Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista USP**, n. 128, p. 13-26, 2021.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Regionalização da saúde: posicionamento e orientações**. Brasília, 2019.
- BRASIL. **Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010.
- BRASIL; **Decreto nº 7.508, de 28 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. Diário Oficial da União, 2011.
- CARVALHO, A. L. B. *et al.* Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.4, p. 1155-1164, 2017.
- COSTA, A. M. *et al.* Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 125, p. 289-296, 2020.
- DE MOURA SOUSA, C. R. A pandemia da COVID-19 e a necropolítica à brasileira. **Revista de Direito**, v. 13, n. 01, p. 01-27, 2021.
- FIRPO, M. *et al.* Para defender o SUS e sua integralidade: desafios para a Vigilância e a Promoção da Saúde. **Ensaios e Diálogos em Saúde Coletiva**, v. 1, p. 24-34, 2015.
- KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n.8, p. e00183415, 2016.
- KUBO, H. K. L. *et al.* Impacto da pandemia do covid-19 no serviço de saúde: uma revisão de literatura. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 3, p.:e202003046, 2020.
- LOPES, L. T.; BARROS, F. P. C. Gestão de recursos humanos do SUS na pandemia: fragilidades nas iniciativas do Ministério da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 46, n.133, p. 277-289, 2022.
- MARINHO, A. **A proposta de adoção de fila única nas unidades de terapia intensiva e nas demais internações hospitalares, durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: considerações teóricas do campo da economia da saúde sobre as alternativas disponíveis**. Brasília; IPEA; 20200500. 20 p. (Nota Técnica / IPEA. Diset, 65). 2020.
- MASSUDA, A. *et al.* A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à Covid-19. **Cadernos EBAPE. BR**, v. 19, n.spe, p. 735-744, 2021.
- MELO, E. A. *et al.* A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n.01, p. e310109, 2021.

MENDES, A; LOUVISON, M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n.02, p. 393-402, 2015.

MENDES, E. V. A atenção primária à saúde no SUS. In: **A atenção primária à saúde no SUS**. 2002. p. 89-89.

NASCIMENTO, F. L.; PACHECO, A. E. S. D. Sistema de saúde público no Brasil e a pandemia do novo coronavírus. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, v. 2, n. 5, p. 63-72, 2020.

PONCE, D. The impact of coronavirus in Brazil: politics and the pandemic. **Nature Reviews Nephrology**, v. 16, n. 9, p. 483-483, 2020.

QUEVEDO, A. L. A. *et al.* Direito à saúde, acesso e integralidade: análise a partir de uma unidade saúde da família. **Revista de APS: atenção primária à saúde**, Juiz de Fora. Vol. 19, n. 1, p. 47-57, 2016.

SHIMAZAKI, M. E. O Impacto da Regionalização na resposta à Pandemia da Covid-19. **Planejamento e Gestão**, v. 2, p. 66, 2021.

SHIMIZU, H. E. *et al.* Regionalização e crise federativa no contexto da pandemia da Covid-19: impasses e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 45, n.131, p. 945-957, 2021.

SILVA, W. M. F.; RUIZ, J. L. S. A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n.03, p. e300302, 2020.

TEIXEIRA, M. G. *et al.* Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n.4, p. e2020494, 2020.

VILARINS, G. C. M. Regulação do acesso à assistência: conceitos e desafios. **Comun. ciênc. saúde**, v.21, n.1, p. 81-84, 2010.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, v. 36, n.95, p. 640-647, 2012.