



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**



**FANNY ALMEIDA WU**

**LEGADOS DA PANDEMIA DA COVID-19 AO PLANEJAMENTO DA  
ATENÇÃO HOSPITALAR: análise da contingência no âmbito da Secretaria  
da Saúde do Estado da Bahia**

Salvador

2024

**FANNY ALMEIDA WU**

**LEGADOS DA PANDEMIA DA COVID-19 AO PLANEJAMENTO DA  
ATENÇÃO HOSPITALAR: análise da contingência no âmbito da Secretaria  
da Saúde do Estado da Bahia**

Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva apresentado como requisito avaliativo para obtenção de grau de Mestre, linha de pesquisa: Gestão do trabalho, políticas e formação na saúde.

**Orientador:** Prof. Dr. Thadeu Borges Souza Santos.

Salvador

2024

# FOLHA DE APROVAÇÃO

## "LEGADOS DA PANDEMIA DA COVID-19 AO PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO HOSPITALAR: ANÁLISE DA CONTINGÊNCIA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA"

**FANNY ALMEIDA WU**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA – MEPISCO, em 1 de abril de 2024, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado da Bahia, conforme avaliação da Banca Examinadora:

Professor(a) Dr.(a) THADEU BORGES SOUZA SANTOS

UNEB

Doutorado em Doutorado em Saúde Coletiva

Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

Documento assinado digitalmente



THADEU BORGES SOUZA SANTOS

Data: 05/04/2024 08:38:19-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Professor(a) Dr.(a) ANA PAULA CHANCHARULO DE MORAIS PEREIRA

UNEB

Doutorado em Medicina (Medicina Preventiva)

Universidade de São Paulo

Documento assinado digitalmente



ANA PAULA CHANCHARULO DE MORAIS PEREIRA

Data: 02/04/2024 21:11:36-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Professor(a) Dr.(a) LAÍSE REZENDE DE ANDRADE

Ufba - UFBA

Doutorado em Doutorado em Saúde Pública

Instituto de Saúde Coletiva

Documento assinado digitalmente



LAÍSE REZENDE DE ANDRADE

Data: 05/04/2024 14:16:41-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

FICHA CATALOGRÁFICA  
Sistema de Bibliotecas da UNEB

A447

Wu, Fanny Almeida

LEGADOS DA PANDEMIA DA COVID-19 AO PLANEJAMENTO DA  
ATENÇÃO HOSPITALAR: ANÁLISE DA CONTINGÊNCIA NO ÂMBITO  
DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA / Fanny Almeida

Wu. - Salvador, 2024.

91 fls : il.

Orientador(a): Prof. Dr. Thadeu Borges Souza Santos.  
Inclui Referências

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade do Estado da  
Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Programa de Pós Graduação  
em Saúde Coletiva - MEPISCO, Campus I. 2024.

CDD: 001

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos que me dão suporte e se aventuram comigo na vida.

## AGRADECIMENTOS

A **minha mãe**, Rita Almeida, que cuida de mim desde que nasci, me incentiva e me dá ferramentas para estudar, aprender e ser melhor.

Aos **meus irmãos**, em especial, Vivian, Thiago e Priscila que estão sempre por perto me dando apoio e estímulo a continuar crescendo. Sobretudo Priscila, que me ensinou a ler e escrever.

Ao **meu orientador**, Thadeu Borges, que faz parte da minha trajetória acadêmica desde a graduação em Enfermagem na UNEB, quando me convidou a participar do grupo de pesquisa sobre Gestão Hospitalar que culminou na pesquisa de TCC, também como meu orientador, sendo a pessoa que mais me impulsiona a crescer academicamente e profissionalmente, sempre com muita gentileza.

Ao **Grupo de Pesquisa Educação, Trabalho e Gestão em Saúde** do Observatório de Política e Planejamento em Saúde (OAPS) do ISC/UFBA, que através do Eixinho de Gestão Hospitalar no SUS me acolheu, pela amizade dos colegas e professores que o compõem, pelas discussões que me fizeram refletir de maneira diferente, por todas as oportunidades, e por promover que eu me insira em espaços importantes de crescimento e aprendizado.

Aos Projetos financiados pelo CNPq, **Observatório de Análise Política e Saúde (OAPS) e Observa Covid-19**, no qual fui pesquisadora bolsista na análise dos modelos e estratégias de vigilância em saúde na pandemia de Covid-19, experiência que proporcionou crescimento enquanto pesquisadora.

A todos os meus **colegas que conheci na SESAB**, em especial Zaine Lima e Juliana Oliveira, amigas que me ensinaram muito sobre a Atenção Hospitalar e contribuíram com sugestões para o produto técnico. Além de Joseane Duarte, que gentilmente fez várias sugestões ao estudo.

Aos **colegas do MEPISCO/UNEB**, Alex, Ariane, Jéssica e Paulo, que durante os anos de mestrado compartilharam experiências, conhecimento, momentos de angústias e muitos de alegrias.

Aos **professores do MEPISCO/UNEB**, que em sua maioria me acompanham desde a graduação na UNEB, sendo responsáveis pelo meu primeiro contato com a Saúde Coletiva, além de oportunizarem discussões riquíssimas que contribuíram muito para a construção desta pesquisa.

Às **professoras da Banca Examinadora** pela disponibilidade e interesse pela leitura e avaliação da dissertação.

Aos **entrevistados**, que aceitaram participar desta pesquisa e gentilmente disponibilizaram o seu tempo.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APG	Assessoria de Planejamento e Gestão
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR.	Comissão Intergestores Regional
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COE	Centro de Operações em Emergência
COES	Centro de Operações de Emergência em Saúde
COMASUP	Coordenação de Monitoramento e Avaliação das Prestações de Serviços das Unidades Próprias
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COPLAN	Coordenação de Planejamento
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
DAE	Diretoria de Atenção Especializada
DIVEP	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DMA	Diretoria de Modernização Administrativa
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESPII	Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GT	Grupo de Trabalho
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PCE	Plano de Contingência Estadual
PCN	Plano de Contingência Nacional
PES	Planejamento Estratégico Situacional, Plano Estadual de Saúde
PPA	Plano Plurianual

RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAIS	Superintendência de Atenção Integral à Saúde
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SPGS	Sistema de Planejamento e Gestão da Saúde
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUREGS	Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVISA	Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde
SVS/MS	Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1.** Linha do tempo da publicação dos dados documentais referentes ao enfrentamento da Covid-19 na atenção hospitalar.
- Quadro 2.** Trechos de falas de entrevistados acerca do momento explicativo do PES.
- Quadro 3.** Trechos de falas de entrevistados acerca do momento normativo do PES.
- Quadro 4.** Ações referentes à atenção hospitalar preconizadas nas quatro versões do Plano Estadual de Contingência para o Enfrentamento da Covid-19.
- Quadro 5.** Resoluções CIB BA que tratam sobre a Covid-19 na Atenção Hospitalar, 2020-2022.
- Quadro 6.** Trechos de falas de entrevistados acerca do momento estratégico do PES.
- Quadro 7.** Trechos de falas de entrevistados acerca do momento tático-operacional do PES.

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 ARTIGO.....</b>	<b>13</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>14</b>
<b>Método.....</b>	<b>19</b>
<b>Resultados e discussão .....</b>	<b>21</b>
<b>Considerações finais.....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE TRATAMENTO DAS ENTREVISTAS.....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE TRATAMENTO DOCUMENTAL.....</b>	<b>57</b>
<b>APENDICE D – PRODUTO TÉCNICO.....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>88</b>

## 1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo, além de suas contribuições à literatura científica, representa a aproximação da pesquisadora com a temática do Planejamento em Saúde, mais especificamente à Atenção Hospitalar no SUS. Desde a graduação em Enfermagem, busquei aproximação com o tema através do grupo de estudo, no qual foi desenvolvida a pesquisa que culminou no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) voltado à análise de Planos Estaduais de Saúde e Plano Nacional de Saúde, intitulada como “Planejamento da Atenção Hospitalar no SUS: direcionalidades nacional e estaduais para 2016-2019”.

Já graduada, mantive atividades na temática com inserção no grupo de pesquisa, mais conhecido como eixinho “Modelos de Gestão Hospitalar no SUS” do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e, no Projeto OBSERVA COVID - Análise de modelos e estratégias em vigilância e saúde da pandemia de Covid-19, no qual fui bolsista pesquisadora. Também assumi função na Diretoria de Atenção Especializada (DAE)/ Coordenação de Atenção Hospitalar (COAH), inserida na Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), entre os anos de 2022 e 2024.

A partir dessa vivência, foi desenvolvido o artigo intitulado “Legados<sup>1</sup> da pandemia da COVID-19 ao planejamento da atenção hospitalar: análise da contingência no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia”, pesquisa com objetivo geral de analisar os possíveis legados ao planejamento da atenção hospitalar durante a pandemia de COVID-19 no estado da Bahia.

Este artigo possui os seguintes objetivos específicos: i) identificar e descrever os possíveis legados da pandemia de COVID-19 no planejamento da atenção hospitalar da SESAB; ii) identificar e discutir as prioridades de contingência à pandemia de COVID-19 no planejamento da atenção hospitalar da SESAB; iii) mapear os tomadores de decisões da contingência à pandemia de COVID-19 no planejamento da atenção hospitalar da SESAB; iv)

---

<sup>1</sup> Cabe destacar que quanto a utilização do termo “legado”, entende-se aqui o significado de Ferreira (1961), no qual “legado” é um valor previamente determinado, ou objeto previamente individuado, que alguém deixa a outrem por meio de testamento”. Tendo em vista este significado, nesta pesquisa, a palavra é utilizada para se referir a bens materiais e imateriais, que a instituição SESAB deixa para a população baiana como parte do enfrentamento da pandemia pela Covid-19.

desenvolver guia prático sobre pesquisa de dados do sistema de informação SIA/SIH - *Tabwin*/DATASUS para utilização na Diretoria de Atenção Especializada (DAE) da SESAB.

Para viabilizar tal análise foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco gestores da SESAB, com funções ligadas ao planejamento e atenção hospitalar, no enfrentamento à pandemia de COVID-19. Além disso, foram utilizados dados documentais (Resoluções CIB-BA, Atas das reuniões CIB-BA e Planos Estaduais de Contingência ao Enfrentamento da COVID-19).

Convém frisar a importância em desenvolver pesquisas sobre o planejamento da atenção hospitalar de contingência ao enfrentamento da COVID-19, em específico a experiência do estado da Bahia, em vista da lacuna de conhecimento representada pelo número limitado de exploração da temática na literatura científica nacional.

Ainda, considerando que a comunidade científica aponta para o eventual surgimento de futuras emergências sanitárias de importância para a Saúde Pública, semelhantes ou não à COVID-19, entende-se que a elaboração de estudos que analisam as experiências do planejamento de contingência pode contribuir para subsidiar a tomada de decisão de gestores no enfrentamento de futuros agravos.

Diante disto, é possível constatar a relevância deste estudo, como oportunidade de registrar a experiência da SESAB no enfrentamento à Covid-19, destacando os legados, as ações exitosas e não exitosas no planejamento da atenção hospitalar, bem como a forma que o planejamento foi conduzido no estado.

Ao fim, será apresentado o produto técnico desenvolvido como contrapartida ao *locus* do estudo, onde atuei enquanto Técnica Sanitarista. O guia prático para pesquisa em *Tabwin*/ Sistema de Informação Hospitalar e Ambulatorial do SUS (SIH/SIA-SUS), no âmbito da Diretoria da Atenção Especializada (DAE)/ Coordenação de Atenção Hospitalar (COAH), possui o objetivo de orientar a extração de dados nos principais sistemas de informação em saúde utilizados no cotidiano da COAH.

Devido a aproximação da pesquisadora ao serviço, foi possível identificar a necessidade de apoiar os servidores, principalmente os recém-admitidos, nos procedimentos de busca e análise dos dados, com o propósito de qualificar processos de trabalho e subsidiar decisões a partir de análises técnicas de qualidade. Dessa forma, foi desenvolvido um produto que busca atender as reais necessidades do serviço.

## 2 ARTIGO

### **LEGADOS DA PANDEMIA DA COVID-19 AO PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO HOSPITALAR: análises sobre a experiência de contingência no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.**

#### **RESUMO**

A COVID-19 foi caracterizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como Pandemia em menos de três meses após identificado o SARS-CoV-2. Diante desta emergência em Saúde Global, o Brasil foi um dos países mais afetados pela doença, exigindo planejamento de ações para enfrentamento no âmbito dos três níveis de governo. Esta pesquisa tem como objetivo analisar os possíveis legados ao planejamento da Atenção Hospitalar no SUS, diante da pandemia de COVID-19. Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, cuja técnicas de coleta de dados foram a análise de 03 documentos oficiais (04 Plano Estadual de Contingência, 158 Resoluções e 61 Atas das reuniões da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia publicados de 2020 a 2022) e, 05 entrevistas semiestruturada realizadas com gestores e técnico-administrativos da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, especificamente. O tratamento e análise dos dados se desenvolveu por transcrição das entrevistas na íntegra, leitura em profundidade dos documentos, submissão de ambos a técnica de análise de conteúdo, categorização conforme plano de análise fundamentada nos momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus. Empregou-se a triangulação de métodos para análise qualitativa dos dados coletados, de modo a articular informações das entrevistas, documentos e fundamentação teórica. Este estudo permitiu observar que os momentos do planejamento da Atenção Hospitalar na pandemia foram permeados pela articulação e cooperação entre gestores, órgãos, estado e municípios, priorizando a estratégia de ampliação da capacidade instalada de leitos para atender a alta demanda. Além disso, dada a situação de contingência, foi visto que os momentos do planejamento precisaram ser executados com brevidade, o que exigiu a utilização de ferramentas inovadoras.

**Palavras-chaves:** Pandemia; COVID-19; Planejamento Estratégico; Gestão hospitalar; Saúde Pública.

## ABSTRACT

The Covid-19 was characterized by the WHO as a pandemic in less than three months after SARS-CoV-2 was identified. Faced with this global emergency, Brazil was one of the countries most affected by the disease, requiring planning of actions to combat it within the three levels of government. This research aims to analyze the possible legacies to the planning of hospital care in the SUS, in the face of the Covid-19 pandemic. This is a case study with a qualitative approach, whose data collection techniques were the analysis of 03 official documents (04 State Contingency Plan, 158 Resolutions and 61 Minutes of the meetings of the Bipartite Intermanagers Commission of Bahia published from 2020 to 2022) and, 05 semi-structured interviews carried out with managers and administrative technicians from the State Health Department of Bahia, specifically. The processing and analysis of data was developed by transcribing the interviews in full, in-depth reading of the documents, submitting both to the content analysis technique, categorization according to the analysis plan based on the explanatory, normative, strategic and tactical-operational moments of Planning Situational Strategy by Carlos Matus. Triangulation of methods was used for qualitative analysis of the collected data, in order to articulate information from interviews, documents and theoretical foundations. This study allowed us to observe that the moments of planning hospital care during the pandemic were permeated by coordination and cooperation between managers, agencies, state and municipalities, prioritizing the strategy of expanding the installed capacity of beds to meet high demand. Furthermore, given the contingency situation, it was seen that planning moments needed to be executed quickly, which required the use of innovative tools.

**Keywords:** Pandemic; Covid-19; Planning; Hospital care; Legacy; Public health.

## Introdução

Em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na República Popular da China, havia sido detectado um surto de casos de pneumonia, posteriormente identificado como uma nova cepa do coronavírus (SARS-CoV-2). Em janeiro de 2020, foi declarado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) (Cavalcanti *et al.*, 2020).

No Brasil, os primeiros casos foram notificados em fevereiro de 2020, em São Paulo, a princípio em indivíduos com histórico de viagem internacional (Soares; Menezes, 2021). Em março de 2020 a OMS declara Pandemia e, assim, o número de casos e óbitos seguem aumentando no país e no mundo (OPAS, 2020).

No âmbito do Governo Federal, com vistas ao enfrentamento à pandemia, foi instaurado o Centro de Operações em Emergência (COE), cuja função principal foi coordenar a gestão das respostas aos eventos decorrentes da Emergência de Saúde Pública Nacional em articulação com os gestores do SUS (Santos *et al.*, 2021).

Através do COE, o Ministério da Saúde publicou sua primeira edição do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus Covid-19 (PCN) (Santos *et al.*, 2021), sendo estruturado por três níveis de resposta (alerta, perigo iminente e emergência em saúde pública), compostos por oito medidas de resposta - vigilância, suporte laboratorial, medidas de controle de infecção, assistência, assistência farmacêutica, vigilância sanitária, comunicação de risco e gestão (Brasil, 2021).

No âmbito da Atenção Hospitalar, o Plano de Contingência Nacional buscou definir a rede de urgência e emergência e sensibilizar profissionais para detecção de casos suspeitos (Brasil, 2021). Contudo, segundo Santos *et al.*, (2021) o PCN apresentou lacunas, restringindo-se a formulação de diretrizes para o funcionamento dos serviços e ampliação da rede de atenção. Assim, a formulação dos Planos de Contingência Estaduais (PCE) foi marcada por abordagens e recomendações divergentes, devido à falta de direcionamento do PCN (Santos *et al.*, 2021).

Além do Plano de Contingência Nacional, o Ministério da Saúde, em parceria com o Hospital Sírio Libanês, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), no âmbito no projeto *Lean* nas Emergências, elaborou o Plano de Resposta Hospitalar à COVID-19, a fim de

apoiar os hospitais com base em ferramentas de qualidade para organização da equipe, equipamentos, estrutura e espaço (Brasil, 2020).

Estudos apontam que, as ações de planejamento e a atuação do Governo Federal na pandemia foram insuficientes na direção de políticas públicas para o enfrentamento da COVID-19. Indicam descoordenação, omissão de responsabilidades, estabelecimento de protocolo para disseminação de terapias medicamentosas sem comprovação científica e postura negacionista do próprio Presidente da República e de seus aliados no governo que desencadearam uma crise federativa (Duarte *et al.*, 2021; Borges *et al.*, 2022).

Além disso, a atuação do Governo Federal foi marcada por equívocos, entre eles, a troca de dois Ministros de Estado da Saúde, devido a discordâncias com o Presidente da República quanto ao direcionamento das ações de enfrentamento à pandemia, com posterior posse de um militar sem experiência ou formação em saúde para o cargo de Ministro e falta de transparência do Ministério da Saúde na divulgação dos casos e óbitos (Sodré, 2020).

Frente à lacuna no enfrentamento à COVID-19, a sociedade civil organizada iniciou o movimento Frente pela Vida, responsável pela elaboração do seu próprio Plano Nacional de Enfrentamento à pandemia de COVID-19, o qual, de maneira oposta ao PCN do Ministério da Saúde, trouxe uma análise aprofundada sobre a pandemia no Brasil, incluindo aspectos relacionados a consolidação do SUS, produção de insumos estratégicos, atenção às populações vulneráveis, proteção social e recomendações aos gestores (Frente Pela Vida, 2020).

Organizações de saúde e entidades acadêmicas e científicas, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), OMS, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) também publicaram diversas recomendações técnicas de boas práticas aos gestores, no âmbito da Atenção Hospitalar. Entre elas, é possível citar recomendações para escolha de locais alternativos para atendimento de saúde, atendimento em situação de pico de demanda, alocação de equipes de emergência, emissão de estudos e notas técnicas (OPAS, 2020; Fiocruz, 2020).

Para responder a Emergência de Saúde Pública, as Unidades Federativas protagonizaram o desenvolvimento de estratégias de contingência. No caso do estado da Bahia, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) elaborou seu primeiro Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento à Covid-19 em fevereiro de 2020, seguido de 3 (três) atualizações em março de 2020, junho de 2021 e em julho de 2022 (Bahia, 2020a, 2021b,

2022c). Este protagonismo foi evidenciado também pelo Consórcio Nordeste, composto por nove estados da região Nordeste. Instituído anteriormente à Covid-19, atuou para suscitar a agregação entre estados, de modo a realizar ganhos de escala na contratação de serviços e compra de bens (Borges *et al.*, 2022). Além disso, instituiu um Comitê Científico responsável por direcionar as medidas de combate à Covid-19 com base em evidências científicas disponíveis (Rossi; Silva, 2020).

No âmbito da Atenção Hospitalar, o cenário do país foi de escassez aguda de suprimentos essenciais, tais como insumos, leitos hospitalares e recursos humanos (Fiocruz, 2020). Canabrava e Campos (2020) destacam que diante a COVID-19, o país voltou sua atenção para o componente hospitalar, evidenciando problemas antigos, como a má distribuição geográfica dos hospitais, o subfinanciamento do SUS, estrutura assistencial insuficiente, fragilidades no sistema de regulação e dificuldade de comunicação entre os serviços na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Segundo Andrade *et al.*, (2022), em estudo sobre a disponibilidade de leitos UTI adulto no início da pandemia, conforme dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), foi evidenciado que 90% dos municípios do Brasil não obtinham leitos de UTI adulto e que apenas 421 municípios dispunham de estrutura inicial para prestar atendimento ao paciente de COVID-19 grave, em todo território nacional.

A situação mais alarmante ocorreu na região Norte. No estado do Amapá, nenhum município registrou estrutura capaz de prestar atendimento ao paciente de COVID-19 grave. Nos estados do Amazonas e Roraima, apenas um município de cada Estado apresentou esta capacidade. Em outra perspectiva, os municípios da região Sul e Sudeste apresentaram maior disponibilidade de leitos UTI e recursos hospitalares complexos (Andrade *et al.*, 2022). Este cenário explica a situação de colapso da Atenção Hospitalar enfrentada pela região Norte em momentos de pico da ocorrência dos casos graves, entre os anos de 2020 e 2021 (Barreto *et al.*, 2022).

Para atender a grande demanda gerada pela COVID-19, a partir de março de 2020, foi registrado aumento do quantitativo de leitos destinados a COVID-19 e abertura de Hospitais de Campanha (Andrade *et al.*, 2022). Entre abril e agosto de 2020 foram habilitados pelo Ministério da Saúde (MS) mais de 12 mil leitos de UTI COVID-19 adultos, regulamentados pela Portaria GM/MS nº 568, de 26 de março de 2020. Através da habilitação temporária, o MS passou a remunerar os serviços com o valor de R\$ 1.600,00 por diária, enquanto estima-se

que em hospitais privados a diária de um leito de UTI estava em torno de R\$1.934,00 (Canabrava; Campos, 2020).

Quanto à assistência hospitalar no nível de complexidade intermediário, de acordo com Janotti (2022) a base dessa assistência é a estratificação fidedigna dos pacientes, com vista ao direcionamento correto dos casos moderados. A autora ainda traz que a demanda de leitos de baixa e média complexidade foi significativa na maioria dos entes federados, destacando a importância do planejamento e organização da rede hospitalar para otimizar a gestão desses leitos (Janotti, 2022).

No que se refere ao enfrentamento à COVID-19 na Atenção Hospitalar no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), a primeira notificação de infecção por Covid-19, na Bahia, aconteceu nove dias após o primeiro caso detectado no Brasil (Bahia, 2020). Frente ao aumento crescente de casos, a SESAB desenvolveu o Plano Estadual de Contingências para o Enfrentamento ao Novo Coronavírus (SARS CoV-2), composto por seis eixos, um deles sobre a Atenção Especializada Hospitalar (Bahia, 2020). Paralelo a isto, foi estimada a necessidade de leitos clínicos e de UTI, por macrorregião, com base no modelo de projeção proposto pelo Núcleo de Educação e Saúde Coletiva (NESCON), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com adaptação para a realidade baiana (Boullosa *et al.*, 2021).

Nesse sentido, Andrade *et al.*, (2022) ressalta a importância de os gestores utilizarem do estudo/análise situacional para conhecer a capacidade instalada da rede assistencial e dimensionar sua expansão.

Assim, através da análise sobre a distribuição dos leitos SUS no estado da Bahia, no período anterior a pandemia, identificou-se desigualdades regionais na oferta de leitos (Bahia, 2020). A maioria dos leitos de UTI adulto permaneceram concentrados na macrorregião Leste, por possuir a maior população entre as macrorregiões e, a macrorregião Oeste apresentou maior crescimento destes (Boullosa *et al.*, 2021). Devido à falta de estrutura capaz de comportar leitos com maior complexidade tecnológica, algumas macrorregiões continuaram com o quantitativo abaixo da sua necessidade estimada, o que implicou na necessidade de deslocamento de pacientes para obter assistência de maior complexidade em outras regiões de saúde (Boullosa *et al.*, 2021).

Considerando este cenário, entre maio e agosto de 2020 observou-se um aumento de 300% do número de leitos clínicos adultos e, de 312% de leitos UTI adulto voltados a COVID-19 (Boullosa *et al.*, 2021). Cabe mencionar que, conforme havia mudança epidemiológica, os leitos foram mobilizados, desmobilizados e remobilizados, de acordo com a demanda dos casos (Bahia, 2021).

Ainda, no âmbito da SESAB, foram divulgadas diversas Notas Técnicas, em especial pelo Centro de Operações de Emergências em Saúde (COES). Elas abordaram principalmente sobre critérios de encaminhamento para hospitais de referência COVID-19, atualização do contexto hospitalar e orientações sobre o uso de terapias medicamentosas não comprovadas cientificamente e não regulamentadas para o tratamento de COVID-19 (Bahia, 2020,2021).

De acordo com Boullosa *et al.*, (2021), no estado da Bahia, destaca-se a elaboração de estratégias exitosas de gestão voltadas para estimar a necessidade de leitos SUS ativos, e aumentar o seu quantitativo, utilizando inclusive da estruturação de hospitais exclusivos para a COVID-19 como fonte de novos leitos SUS COVID-19.

Passados aproximadamente quatro anos do início da pandemia, com sinais de controle na situação epidemiológica, a condição se prolongou, ganhou novas características e necessidade de readequação de ações após o início da vacinação em janeiro de 2021 (Taborda *et al.*, 2022). O número de infectados, internações hospitalares e óbitos recuaram consideravelmente. Em contrapartida, houve preocupações com indivíduos não vacinados (Bahia, 2022). Ainda, em maio de 2023 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o fim da Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à COVID-19 (OPAS, 2023).

Diante deste contexto, questiona-se: quais os legados da pandemia de COVID-19 no planejamento de contingência da Atenção Hospitalar no âmbito da SESAB, de modo a compreender o seu desenvolvimento? Assim, pretende-se analisar os possíveis legados ao planejamento da Atenção Hospitalar durante a pandemia de COVID-19 no estado da Bahia.

## **Método**

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, com duas técnicas selecionadas para a coleta de dados, a saber: análise documental e entrevista semiestruturada (Creswell,

2021). O cenário da pesquisa é a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), em especial a Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS) e o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES).

Como fontes de dados (Marconi; Lakatos, 2022), foram incluídas 04 versões do Plano Estadual de Contingência para enfrentamento da COVID-19 no estado da Bahia, 158 Resoluções CIB-BA que tratam sobre a Atenção Hospitalar na COVID-19 publicadas de 2020 a 2022, e 61 atas das reuniões CIB-BA do mesmo período. Os dados foram coletados, respectivamente, através do *site* eletrônico da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB), ambos de livre acesso na internet.

Também foram realizadas cinco entrevistas semiestruturadas (Duarte, 2008), presencial e individualmente com 05 gestores da SESAB, a partir de um roteiro guia (APÊNDICE B). O roteiro contém dez questões abertas acerca do planejamento da Atenção Hospitalar vinculados aos momentos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus - explicativo, normativo estratégico e tático operacional. Foram respeitados os princípios éticos, com autorização dos sujeitos entrevistados através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Os participantes das entrevistas atuaram no enfrentamento à pandemia de Covid-19 com funções ligadas ao planejamento e Atenção Hospitalar, vinculados à SESAB. Destes, 04 (quatro) são gestores a nível central, com funções de Diretor Geral da Rede Própria, Diretor de Atenção Especializada, Assessor de Planejamento e Gestão e Secretário Executivo da CIB/BA e, 01 (um) assumiu função de Coordenador do Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES). Para a seleção dos entrevistados, foi utilizada a técnica de *Snowball Sampling* ou Bola de Neve.

Os critérios de inclusão foram: ter assumido funções de enfrentamento à Covid-19 no âmbito da Atenção Hospitalar e ter formação na área da saúde. Os critérios de exclusão foram: trabalhadores em licença ou férias durante os anos de 2020 a 2022.

Para registro dos dados da entrevista foi utilizado um gravador de áudio e transcrição das falas. Para tratamento foi realizada leitura completa e crítica da transcrição, submetendo-as à análise de conteúdo (Bardin, 1977), através da identificação e seleção de trechos correspondentes a categoria analítica adotada à luz do referencial teórico. As categorias utilizadas referem-se aos quatro momentos do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus: explicativo; normativo; estratégico; e tático-operacional. Assim, as falas

correspondentes a cada categoria analítica foram agrupadas em planilha no *Microsoft Excel*, conforme apresentado nos quadros 2, 3, 6 e 7.

Quanto ao registro e tratamento dos dados documentais, foi feita leitura completa das quatro versões do Plano Estadual de Contingência para o Enfrentamento da COVID-19 do Estado da Bahia, com seleção das ações programadas no âmbito da Atenção Hospitalar. Utilizou-se a planilha em *Microsoft Excel* para síntese e organização do conteúdo coletado, de modo a agrupar as ações programadas em cada versão do plano, conforme ilustra o quadro 4.

No que se refere às Resoluções CIB-BA, efetuou-se a leitura das ementas de todas as 843 resoluções publicadas de 2020 a 2022, de forma a selecionar 158 resoluções referentes à Atenção Hospitalar no enfrentamento à COVID-19 e, agrupá-las por ano de publicação em planilha no *Microsoft Excel*, ilustrado no quadro 5.

Em relação às atas das reuniões CIB-BA ocorridas de 2020 a 2022, foi realizada leitura flutuante de 61 atas ao total, destas 09, 41 e 11 atas, foram referentes respectivamente aos anos de 2020, 2021 e 2022. Destacou-se frases e elementos referentes ao planejamento da Atenção Hospitalar no enfrentamento à COVID-19.

Frente ao exposto, empregou-se a triangulação de métodos para análise qualitativa dos dados coletados, de modo a articular informações das entrevistas, documentos e fundamentação teórica. Esta pesquisa possui fundamentação teórica no Planejamento Estratégico Situacional (PES), produzido pela economista chileno, Carlos Matus.

O referido projeto de pesquisa é vinculado ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia (MEPISCO/UNEB) e apresentado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia com Parecer CAAE nº 9845523.8.0000.0057

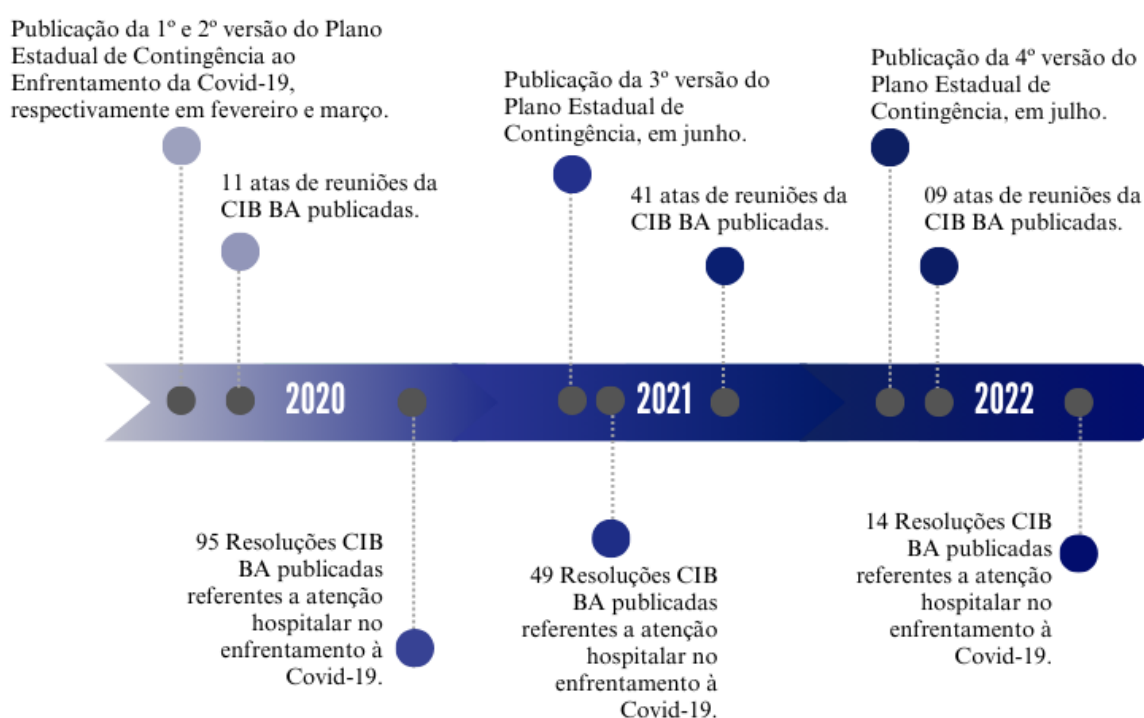
Por fim, cabe destacar que a pesquisa respeitou os princípios éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 466/2012 ao serem realizadas entrevistas com os (as) entrevistados (as), de forma a assegurar a preservação das suas respectivas identidades, respeitar os direitos, as necessidades e os valores dos(as) informantes, além de envio, por meio digital (e-mail) dos resultados da pesquisa (Creswell, 2021).

## **Resultados e discussão**

A análise dos dados documentais e das entrevistas semiestruturadas fundamentaram-se no referencial teórico de Carlos Matus, o Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Assim, foi possível analisar os aspectos relacionados ao planejamento da Atenção Hospitalar na pandemia de COVID-19, no estado da Bahia, à luz dos quatro momentos que compõem o PES: explicativo, referente ao momento de identificação, descrição e explicação dos problemas; normativo, momento de definição de situação-objetivo; estratégico, análise de viabilidade, decisão, operação; e, tático-operacional, relacionado a gerência das operações, monitoramento e avaliação.

**Quadro 1.** Linha do tempo da publicação dos dados documentais referentes ao enfrentamento da Covid-19 na atenção hospitalar.



Fonte: Elaboração própria (2024).

### Momento Explicativo

A primeira categoria analítica buscou identificar como e, se foi realizada, a análise da situação e de problemas durante o processo de planejamento da Atenção Hospitalar, no período de 2020 a 2022.

A partir da análise dos dados documentais e das entrevistas, foi observado que o diagnóstico situacional, com identificação, descrição e seleção dos problemas, seguido de uma profunda explicação de suas causas (Rivera *et al.*, 1989), não foi realizado de forma aprofundada.

Na primeira reunião da CIB-BA do ano, em fevereiro de 2020, foram apresentados pela Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA) e Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP) informações gerais sobre a COVID-19, ainda conhecida como Coronavírus. Tratou-se sobre Boletins Epidemiológicos da Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), Notas Técnicas do Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN/BA) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a construção do Plano Estadual de Contingências para Enfrentamento do Novo Coronavírus, cenário epidemiológico nacional e internacional, protocolo de tratamento, definição de casos, coleta e encaminhamento de amostras, tratamento, assistência hospitalar e medidas de prevenção e controle.

O primeiro Plano Estadual de Contingência para o enfrentamento do novo Coronavírus da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), após aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), foi publicado em fevereiro de 2020, formulado em sete eixos temáticos: Vigilância em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada Hospitalar, Regulação de Leitos, Gestão, Comunicação e Infraestrutura.

Este instrumento de planejamento foi desenvolvido com base nas informações e recomendações disponibilizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS), bem como tomou como referência planos de outros agravos com características semelhantes à COVID-19, no que tange ao caráter de emergência em saúde pública.

Em uma análise da Rede Hospitalar SUS Bahia, o plano trouxe a capacidade instalada de unidades de atenção especializada hospitalar de referência secundária e terciária, por região de saúde e macrorregião de saúde.

A SESAB apontou disponibilidade de 25 hospitais de referência secundária, com leitos de terapia intensiva e acesso via demanda espontânea e/ou regulada pela Central de Regulação. Quanto aos hospitais de referência terciária, que possuíam maior aparato tecnológico e capacidade de atender casos mais graves da doença, o Instituto Couto Maia (ICOM) foi apontado como única referência terciária do estado. No âmbito do levantamento de problemas, foi evidenciado que, até então, não havia disponibilidade de leitos de terapia intensiva em oito regiões de saúde.

Em relação às informações utilizadas para análise da situação e levantamento de problemas, verificou-se que foram empregados dados da própria SESAB, sendo eles dados epidemiológicos, da rede hospitalar, e dados de projeções nacionais. Houve destaque para a atuação do LACEN/BA que, aumentou sua capacidade de realização de RT-PCR, permitindo

o aumento da capacidade de detecção e monitoramento do vírus no estado.

Vale mencionar que, principalmente no início da pandemia da COVID-19, devido ao desconhecimento da doença e a quantidade incipiente de estudos, em destaque aos brasileiros, houve escassez de informações sobre a COVID-19 e suas características. Em certa medida, este foi um dos fatores apresentados como obstáculo para o desenvolvimento de uma análise situacional aprofundada.

Na Sala de Situação da SESAB, voltada para a COVID-19, foram desenvolvidas análises sistemáticas das informações em saúde. Isto significa que, a Sala de Situação foi responsável por analisar e monitorar dados epidemiológicos, incluindo incidência, prevalência de casos, taxa de ocupação de leitos, leitos disponíveis, casos recuperados e óbitos por município, região e macrorregião de saúde, de modo a emitir Notas Técnicas, recomendações, identificar lacunas e possíveis soluções em articulação com diretores, superintendentes, secretário de saúde e governador do Estado.

Diante disso, percebe-se a importância da Sala de Situação para o diagnóstico da planificação e, em consequência, para identificar oportunidades de ações que implicam na tomada de decisão. A partir do monitoramento diário dos dados, a equipe técnica foi capaz de contrastar informações epidemiológicas, com capacidade instalada de unidades, disponibilidade e oferta de serviços, insumos e força de trabalho e informações da Central de Regulação, relacionadas ao cenário da Rede de Urgência e Emergência (RUE).

Devido a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), aliado a imperativa necessidade da SESAB em oferecer respostas rápidas para operacionalizar ações de prevenção, controle e contenção de danos, observou-se que no processo de planejamento, o momento explicativo limitou-se ao levantamento de problemas, sem que houvesse uma descrição profunda de suas causas e implicações.

Assim, explicou um dos entrevistados na seguinte frase: “A análise situacional teve que ser feita de forma muito tempestiva. A gente não tinha o tempo necessário para se analisar e fazer uma real descrição da situação a fim de ter um planejamento totalmente adequado para aquilo”.

**Quadro 2.** Trechos de falas de entrevistados acerca do momento explicativo do PES.

Categoria Analítica	Unidade de Registro
Explicativo	Era o grande grosso das nossas reuniões, o que fazer com a rede hospitalar. Porque quando a gente tentava ir pra literatura, ainda era muito incipiente.
	Naquele primeiro momento, a gente tinha alguns embasamentos da literatura de outros países que também estavam sofrendo com a pandemia. Ainda muito raso.
	A gente ia mostrando as ondas anteriores, o comportamento do vírus, tanto fora do país quanto aqui.
	A gente fazia esse conglomerado de informações (número de solicitações no Sistema de Regulação, número de pacientes que estavam morrendo na tela de regulação, sem regular) e apresentava isso nessas reuniões.
	Todas as informações a gente trazia para analisar ali a tomada de decisão, sobretudo da abertura de leitos.
	Então a gente olhava a taxa de incidência da região como um todo, de alguns municípios, do perfil, de ocupação daqueles leitos, e então a gente fazia a análise.
	A sala de situação ficava o tempo todo fazendo essa análise situacional, munindo dessas informações pra gente ir enxergando uma lacuna, enxergando também o qual é a solução para aquilo.
	A gente mapeou todas as UPA existentes no estado.
	Essa prática da gente fazer esse fluxo, de ter um estudo para subsidiar a tomada de decisão, não foi do dia para noite.
	Um dos pilares que pesavam era a incidência da doença naquela região de saúde, a minha capacidade instalada, e os prestadores que eu tenho naquela região de saúde, que, às vezes, é uma região que eu tenho poucos prestadores e pouca oferta.
	A gente alimentava esse SBI, que está, desde então, no portal da transparência. Aquela informação de leitos no portal da transparência é esse SBI.
	A central de regulação balizava muito, porque a central recebe esse calor, ela sente esse calor do que está acontecendo de fato, na ponta, é o nosso grande termômetro do que está acontecendo nas unidades de porta de entrada.
	Então, a sala de situação munia de indicador epidemiológico.
	A gente chegava com informações e isso criou um grupo coeso, um grupo que deu muito certo.
	A sala de situação olha para a realidade que está posta.
	A análise situacional teve que ser feita de forma muito tempestiva. A gente não tinha o tempo necessário para se analisar e fazer uma real descrição da situação a fim de ter um planejamento totalmente adequado para aquilo.
	A análise foi posta do seguinte: eu tenho pessoas, eu tenho uma doença acometendo pessoas, que grande parte vão morrer se não tiver assistência. Eu preciso ter leitos novos. Eu preciso dizer onde serão esses leitos novos e eu preciso de equipamento, insumo e pessoal.
	A análise era com base nos dados e projeções nacionais, e no ainda embrionário Comitê de Operação de Emergência em Saúde Pública (COES).
	A análise de situação foi mais ou menos por aí, muito ligado com a urgência e emergência.
	Já sabíamos naquela oportunidade que a gente tinha um déficit de leitos de UTI. Porque era histórico, principalmente no interior do estado.
	Porque a gente fazia o cálculo por mil habitantes, por cada região de saúde todos os dias. Então a gente sabia onde estava a maior incidência de casos.
	Ajudou muito a dimensionar o tamanho da pandemia o fortalecimento do LACEN.
	Era onde a gente monitorava nos painéis todas as informações da COVID (sala de situação).
A gente tinha pouco arsenal teórico, não tinha informação muita.	
A primeira reunião que a gente teve para fazer o plano de contingência, foi no final de janeiro de 2019.	
O plano foi feito a partir de um diagnóstico.	
O planejamento foi feito a partir de um cenário epidemiológico, de uma análise de situação.	
Fizemos o plano de contingência da dengue, da zika, do ebola. Então, sempre que a OMS sinalizava algum problema desse tipo, a gente se antecipava aqui, sempre coordenado pela superintendência de vigilância.	
O LACEN Bahia quadruplicou a capacidade de resultado. Então a gente sabia muito mais rápido onde a pandemia estava caminhando.	
O escopo de ações, ele vai sendo estruturado a partir desse cenário.	

Fonte: Elaboração própria (2024).

Ainda assim, a Secretaria de Saúde demonstrou capacidade de enfrentamento quando utilizou como ferramenta de planejamento as informações baseadas em estudos científicos. Sabe-se que devido a uma liderança federal centralizadora, negacionista e que se apoiava em estratégias de cunho não científico, direcionar as ações com base em critérios técnicos científicos foi decisivo para obtenção de resultados de sucesso (Viana *et. al.*, 2023).

### **Momento Normativo**

O momento normativo, segunda categoria analítica, consiste na instância do desenho de como deve ser a realidade, representa o momento de direcionar ações para alcançar a situação-objetivo (Riveira *et al.*, 1989).

Em função disso, verificou-se que principalmente devido ao caráter emergencial da situação, o desenho das ações foi desenvolvido, deliberado, as ações foram executadas, e só então foram inseridas no Plano de Contingência (PC). Portanto, entende-se que no caso do estado da Bahia, o PC foi principalmente utilizado como uma ferramenta de documentação e registro das ações já realizadas ou em fase de execução.

O Centro de Operações de Emergência em Saúde da Bahia (COES-BA), instância deliberativa, responsável por coordenar e articular as respostas de Emergência em Saúde Pública, fomentou paulatinamente reuniões com os atores envolvidos, com vistas a pautar o direcionamento, dialogar e pactuar ações.

Convém salientar que o COES-BA, articulou discussões através de diferentes atores, entre eles o Governador do Estado da Bahia; a Subsecretária de Saúde, Secretários de Segurança Pública, Educação, entre outros; e Presidente do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/BA).

Em análise aos dados coletados, observou-se que o desenho das operações foi elaborado conforme as recomendações do MS, OMS, evidências científicas e das informações oriundas das áreas técnicas e da Sala de Situação, sobretudo, os dados epidemiológicos, que representaram o cenário da situação de saúde.

Contudo, segundo relatos, a atuação do Ministério da Saúde como orientador no enfrentamento à pandemia foi marcada pela insuficiência e adoção de medidas opostas as evidências científicas: “Mesmo sem um direcionamento federal, mesmo sem um bom Ministério da Saúde, até então bastante omissos, era muito claro do ponto de vista científico, o que tinha que ser feito”.

Além disso, com base no modelo de projeção do Núcleo de Educação e Saúde Coletiva (NESCON/UFMG), com adaptações para a dada realidade, foi realizado o cálculo da estimativa de leitos necessários, que estabeleceu parâmetros e evidenciou o déficit de leitos histórico no estado da Bahia. Aliado a isto, houve o crescimento vertiginoso do quantitativo de casos e óbitos.

Frente a este cenário, foi apontado como prioridade a ampliação da rede hospitalar, com maior equilíbrio da distribuição geográfica dos leitos, principalmente os de maior densidade tecnológica, em busca de reduzir os vazios assistenciais e fortalecer a regionalização. Também foram estabelecidos parâmetros, como a taxa de ocupação hospitalar de no máximo 70%.

O movimento de ampliação da rede hospitalar foi observado em todo o país, tendo em vista que os problemas de insuficiência e má distribuição de leitos, em especial os de maior complexidade, tais problemas não se restringem ao estado da Bahia (Campos; Canabrava, 2020). Nessa perspectiva, foram propostos diversos modelos de cálculo para previsão da necessidade de leitos durante a pandemia (Campos; Canabrava, 2020). Entretanto, foi visto que na experiência da SESAB a estratégia de estimar a necessidade de leitos não vigorou. Conforme relatado, a dificuldade em estimar partiu do cenário instável da pandemia. Ou seja, o cenário epidemiológico mudava em questão de dias, logo o cálculo também seria alterado. Assim, a orientação foi de ampliar o máximo possível a capacidade instalada de leitos COVID-19 no estado.

No que se refere ao Plano Estadual de Contingência ao Enfrentamento da COVID-19, ressalta-se que foram publicadas quatro versões entre 2020 a 2022. Em sua primeira versão, em específico à Atenção Hospitalar, foram preconizadas sete ações para o enfrentamento da pandemia. Estas referem-se a organização da rede de atenção para atender os casos de COVID-19, conforme o nível de complexidade; definição de hospitais de referência com leitos UTI; implantação de Protocolo de Manejo Clínico para todos os três níveis de atenção; bem como, implantação de acolhimento com classificação de risco, com base nos protocolos de Influenza; elaboração de fluxos regulatórios intra hospitalares para casos suspeitos ou confirmados; disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI); e integração com o sistema de regulação para adequada transferência dos pacientes.

Em contrapartida, a segunda e terceira versão do plano, estabelecem prioridades divergentes ao primeiro plano, de modo a priorizar a suspensão dos procedimentos cirúrgicos de caráter eletivo na rede hospitalar de referência secundária e terciária; reativar leitos

hospitalares bloqueados na Rede Própria Estadual; ampliar o número de leitos de retaguarda e UTI em unidades hospitalares da Rede Própria Estadual sob gestão direta ou indireta; contratualizar leitos de retaguarda e leitos de UTI em unidades públicas e/ou privadas; ampliar o programa de desospitalização; apoiar a elaboração/revisão de planos de contingência das unidades hospitalares de referência secundária a COVID-19; e apoiar e contratualizar as Santas Casas e hospitais filantrópicos para atuação no controle da pandemia – caso apresentassem planos de aplicação de recursos.

Além das ações comuns à segunda e terceira versão do plano, conforme o parágrafo anterior, apenas na segunda versão foi preconizado requisitar judicialmente estruturas privadas que possam ser adequadas para ampliação de leitos hospitalares; e publicizar, no site da SESAB, a planilha das Santas Casas e hospitais filantrópicos que tiveram seus planos aprovados pela gestão municipal ou estadual para atuação no controle da pandemia.

A terceira versão do Plano Estadual de Contingência, publicada em junho de 2021, para além das ações em comum ao segundo plano, buscou priorizar a gestão dos processos de habilitação/autorização de leitos de UTI e Suporte Ventilatório Pulmonar (SVP), junto às unidades de referência, à CIB e Ministério da Saúde. Também apontou a necessidade de ofertar apoio aos municípios na organização do componente hospitalar para enfrentamento da COVID-19, de acordo com a modelagem da rede.

Na quarta e última versão do Plano Estadual de Contingência, publicado em julho de 2022, em comum com as duas versões anteriores, foi preconizado reativar leitos bloqueados, ampliar e contratualizar os leitos de retaguarda e UTI, ampliar o programa de desospitalização e apoiar a elaboração/revisão dos Planos de Contingência das unidades de referência secundária. Esta é a única versão do plano que, traz como ação a readequação dos fluxos de procedimento cirúrgicos eletivos de referência secundária e terciária, não mais a sua suspensão, como foi proposto na segunda e terceira versão do plano. A medida de suspender as cirurgias eletivas foi recomendada por meio de notas técnicas por órgãos como a ANVISA, MS, CONASS e CONASEMS como forma de prevenir a contaminação e liberar leitos para COVID-19. Essa versão também foi a única a trazer o monitoramento e avaliação da implantação, disponibilização e ocupação dos leitos da rede como estratégia.

Foi observado como elemento comum em todas as versões dos planos de contingência, o direcionamento para estabelecer/organizar a rede hospitalar de referência secundária /terciária e para definir os hospitais de referência com leitos de UTI.

Em razão da publicação de quatro versões do Plano de Contingência ao longo da

pandemia, foi visto que o estado da Bahia não foi o único a atualizar suas versões. De acordo com Santos et al., (2021), muitas Secretarias Estaduais de Saúde reformularam seus planos conforme a situação epidemiológica se modificava. Esta medida foi assertiva e necessária para possibilitar que as ações de enfrentamento acompanhassem a evolução das características epidemiológicas e das orientações das autoridades sanitárias e da comunidade científica (Santos *et al.*, 2021).

Ainda sobre o desenho das ações, vale mencionar que foi desenvolvido o Plano Estadual de Contingência para o Manejo de Óbitos por COVID-19, com o propósito de definir competências e responsabilidades legais e operacionais, entre municípios e estado, em caso de óbito por COVID-19. Além de propor estratégias de ampliação dos serviços, protocolos e fluxos (Cunha *et al.*, 2021).

**Quadro 3.** Trechos de falas de entrevistados acerca do momento normativo do PES.

Categoria Analítica	Unidade de Registro
Normativo	As prioridades na atenção hospitalar foram ver a necessidade de leitos e necessidade de regionalizar.
	Não era o plano que norteava, o que norteava a gente era a máxima de que eu preciso do maior número de leitos dedicados ao COVID, no menor tempo possível.
	Foi prioridade a abertura de leitos o máximo possível e no menor tempo possível.
	Tivemos uma virulência que levou a necessidade de leitos com perfil mais respiratório.
	A rede teve como prioridade, sobretudo, a oferta de leitos para as regiões de saúde.
	A gente fazia a curva do número de leito, com as nossas internações e, a partir disso chegamos num parâmetro de que o meu percentual aqui, que eu posso aceitar de ocupação de leitos é de 70%.
	A gente não tinha a época quantos leitos precisaríamos. Trabalhamos com o máximo possível e em um determinado momento ainda foi insuficiente.
	Então a gente usou o cálculo da estimativa de leitos num primeiro momento, no plano de contingência, para estimar qual seria sua necessidade máxima.
	Nós fizemos o cálculo em cima de uma situação mais tranquila, só que na verdade, a gente teve o máximo de pandemia.
	Esse planejamento foi em cima de uma avaliação que não correspondeu à realidade, e a partir daí foi muito da prática mesmo.
	O plano de contingência, foi muito uma tradução do que já estava sendo feito.
	Após ocorrido as questões, deliberadas e ocorridas, a gente começou a colocar no plano.
	A verdade é que o plano de contingência foi feito em meio às ações já feitas, já sendo executadas.
	O plano de contingência não trouxe muitas coisas a médio prazo. Ele condensou o que tinha que ser feito de forma imediata, e era o que já estava sendo feito.
	O planejamento documental, nesse período, ficou de fato, como segundo plano.
	Enquanto o plano estava sendo elaborado, nós já estávamos fazendo, executando.
	Foi um tipo de situação, tipo de problema que não nos permitiu seguir as etapas de um planejamento estratégico.
	A elaboração do plano de contingência permitiu entender melhor a doença.
	O processo foi alinhado com o plano de contingência, porque havia um certo padrão das ações.
	Mesmo sem um direcionamento federal, mesmo sem um bom Ministério da Saúde, até então bastante omissos, era muito claro do ponto de vista científico, o que tinha que ser feito.
	A elaboração das ações de enfrentamento partiu dessa análise dessa situação epidemiológica que estava sendo vertiginosamente importante, pro estado e demandava um conjunto de ações
	Então, efetivamente, esse desenho, eu acho que vai sendo montado a partir da realidade.
	As ações e as diretrizes, como eu falei, vão sendo desenhadas a partir do que se colocava.
	A sala de situação pensava, via a realidade, do ponto de vista epidemiológico, pensava na ampliação de rede.
	Existia uma comunicação mundial, que trazia as ações que eram necessárias.
	Enxergar exatamente qual a região que eu posso ter o maior aglomerado de unidades e outros que posso ter vazios assistenciais.
	O plano foi criado naquele momento para uma resposta, a gente precisava dizer qual era a rede e a rede laboratorial que a gente ia ter.
	O grupo de trabalho, a partir das informações sobre a pandemia, como estava atingindo a população [...] que foi-se desenhando linhas de ação.
	A pandemia trouxe um contexto socioeconômico muito grave.
	Precisou ser feito uma contingência que ia para além da saúde.
A gente teve que pensar a educação permanente na saúde à distância.	
A gente precisava orientar.	
Chegava muita coisa pra sala de situação, gente não desrespeitava nenhuma informação.	
Chegou à CIB um plano de contingência que trazia os eixos, e trazia um pouco do cenário pra priorizar aqueles eixos.	
Se percebia o número de casos e o avanço desse crescimento, desse número de casos e, a necessidade de estruturação de uma rede para proteger a saúde da população.	
Foram estabelecidos (no plano de contingência) determinados eixos, para dar conta daquela problemática que estava se desenhando no estado, que era a pandemia da Covid-19.	
Acredito que tenha sido levado em consideração o cenário epidemiológico e a organização da rede e das ações de saúde para responder a pandemia.	

Resgatou-se planos de contingência que já vinham de outros estados ou que vinha do governo federal e elaborou-se (o plano de contingência) dentro do que se tinha de informação sobre a pandemia, do que já vinha sendo alarmado pela organização mundial de saúde - OMS.
Não dava tempo, a gente primeiro dialogava e dedicava as necessidades nas reuniões do COES, dialogava, pactuava e [...] a partir das atualizações do plano, a gente foi lembrando e colocando.
A gente leva informação para a reunião do COES.
As reuniões aconteciam 2 vezes num dia, todos os dias. Uma reunião 7h da manhã e outra 20h da noite.
A planilha do quantitativo de leitos, a gente usou muito para embasar numa nota, num plano que a gente fez de desmobilização da rede.

Fonte: Elaboração própria (2024).

**Quadro 4.** Ações referentes à Atenção Hospitalar preconizadas nas quatro versões do Plano Estadual de Contingência para o Enfrentamento da COVID-19.

1º versão	2º versão	3º versão	4º versão
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ordenar a rede de atenção para atendimento aos casos de COVID-19, de acordo com nível de complexidade apresentada;</li> <li>- Definição de hospitais de referência com leitos de UTI para atendimento dos casos graves;</li> <li>- Implantação ou implementação de protocolo de Manejo Clínico na rede de atenção à saúde (primária, secundária e terciária);</li> <li>- Implantação/Implementação de Acolhimento com Classificação de Risco para atendimento de casos do vírus COVID-19, considerando os protocolos de Influenza;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecer a rede hospitalar de referência secundária e terciária para casos confirmados de acordo com a estratificação de risco;</li> <li>- Suspender os procedimentos cirúrgicos de caráter eletivo na Rede Hospitalar de Referência Secundária e Terciária;</li> <li>- Reativar leitos hospitalares bloqueados na Rede Própria Estadual;</li> <li>- Ampliar o número de leitos de retaguarda e UTI em Unidades Hospitalares da Rede Própria Estadual sob gestão direta ou indireta;</li> <li>- Contratualizar leitos de retaguarda e leitos de UTI em Unidades da Rede Públicas e/ou Privadas;</li> <li>- Ampliar o Programa de Desospitalização da SESAB;</li> <li>- Definir os hospitais de referência com leitos de UTI para atendimento dos casos graves;</li> <li>- Apoiar a elaboração/revisão de planos de contingência das unidades hospitalares de referência secundária ao Covid-19;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecer a rede hospitalar de referência secundária e terciária para casos confirmados de acordo com a estratificação de risco;</li> <li>- Readequar fluxos de procedimentos cirúrgicos de caráter eletivo na Rede Hospitalar de Referência Secundária e Terciária;</li> <li>- Reativar leitos hospitalares bloqueados na Rede Própria Estadual;</li> <li>- Ampliar o número de leitos de retaguarda e UTI em Unidades Hospitalares da Rede Própria Estadual sob gestão direta ou indireta;</li> <li>- Contratualizar leitos de retaguarda e leitos de UTI em Unidades da Rede Públicas e/ou Privadas;</li> <li>- Ampliar o Programa de Desospitalização da SESAB;</li> <li>- Definir os hospitais de referência com leitos de UTI para atendimento dos casos graves;</li> <li>- Apoiar a elaboração/revisão de planos de contingência das unidades hospitalares de referência secundária ao Covid-19;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecer a rede hospitalar de referência secundária e terciária para casos confirmados de acordo com a estratificação de risco;</li> <li>- Readequar fluxos de procedimentos cirúrgicos de caráter eletivo na Rede Hospitalar de Referência Secundária e Terciária;</li> <li>- Reativar leitos hospitalares bloqueados na Rede Própria Estadual;</li> <li>- Ampliar o número de leitos de retaguarda e UTI em Unidades Hospitalares da Rede Própria Estadual sob gestão direta ou indireta;</li> </ul>

<p>-Elaboração e implantação de fluxos intra hospitalares para o itinerário do paciente suspeitos ou confirmados;</p> <p>- Disponibilização de Equipamentos de Proteção individual (EPI) nos serviços de saúde;</p> <p>- Ação integrada com o sistema de regulação da atenção à saúde, com vistas à adequada e oportuna transferência dos pacientes, de acordo com o nível de complexidade do caso.</p>	<p>- Requisitar judicialmente estruturas privadas que possam ser adequadas para ampliação de leitos hospitalares;</p> <p>- Apoiar as Santas Casas e Hospitais filantrópicos sem fins lucrativos para atuação de forma coordenada no controle de avanço da pandemia da Covid19;</p> <p>- Contratualizar as Santas Casas e Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos que apresentarem os Planos de Aplicação de recursos;</p> <p>- Publicizar, no site da SESAB, no link do Coronavírus, a Planilha das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos que tiveram seus Planos aprovados pela gestão municipal ou estadual para atuação de forma coordenada no controle do avanço da pandemia da Covid-19.</p>	<p>- Gestão dos processos de habilitação/autorização de Leitos UTI e de SVP exclusivos para atendimento a pacientes COVID-19, junto às unidades de referência, à CIB e MS;</p> <p>- Apoiar as Santas Casas e Hospitais filantrópicos sem fins lucrativos para atuação de forma coordenada no controle de avanço da pandemia da Covid19;</p> <p>- Contratualizar as Santas Casas e Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos que apresentarem os Planos de Aplicação de recursos;</p> <p>- Publicizar, no site da SESAB, no link do Coronavírus, a Planilha das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos que tiveram seus Planos aprovados pela gestão municipal ou estadual para atuação de forma coordenada no controle do avanço da pandemia da Covid-19.</p>	<p>- Contratualizar leitos de retaguarda e leitos de UTI em Unidades da Rede Públicas e/ou Privadas;</p> <p>- Ampliar o Programa de Desospitalização da SESAB;</p> <p>- Definir os hospitais de referência com leitos de UTI para atendimento dos casos graves;</p> <p>- Apoiar a elaboração/revisão de planos de contingência das unidades hospitalares de referência secundária ao Covid-19;</p> <p>- Monitorar e avaliar a implantação, disponibilização e ocupação dos leitos da rede.</p>
---	--	---	--

Fonte: Elaboração própria (2024).

## **Momento Estratégico**

Esta categoria analítica procurou investigar sobre a análise de viabilidade dentro do planejamento da Atenção Hospitalar no enfrentamento a COVID-19. Nesse sentido, foi possível verificar que a análise de viabilidade das operações ocorreu principalmente nas reuniões do COES, do Grupo de Trabalho (GT) de enfrentamento a pandemia da COVID-19 e em reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com pactuação entre os seus membros.

Vale ressaltar que, a CIB-BA é uma instância de caráter deliberativo, de negociação de operações e que através de decisões consensuais, busca pactuar a estruturação das ações e serviços de saúde (Brasil, 1996).

Em leitura das atas das reuniões da CIB-BA, notou-se que foram realizadas onze reuniões em 2020, sendo duas extraordinárias. Em 2021, houve registro de quarenta e uma reuniões, destas, trinta e uma foram extraordinárias. Justifica-se o aumento de reuniões extraordinárias devido ao início da vacinação contra COVID-19, que foi pauta única da maioria dessas reuniões. Em 2022, foram registradas em ata nove reuniões, todas ordinárias. Contudo, em acesso às pautas das reuniões ocorridas em 2022, verificou-se registro de 04 reuniões extraordinárias com as seguintes pautas referentes à COVID-19: vacinação, regulação, leitos COVID-19 e teste rápido.

Em reuniões extraordinárias foram conduzidas discussões específicas aos leitos COVID-19, chegando a denominar tais reuniões como “CIB de leitos”. A periodicidade das reuniões foi alinhada à gravidade do cenário epidemiológico, com maior frequência em momentos de pico de casos e menor frequência em momentos de diminuição. Nestas “CIB de leitos” foi discutido sobre a ampliação de leitos, habilitação por meio de custeio do Ministério da Saúde, credenciamento de serviços, em momento de abrandamento da pandemia, a desmobilização de leitos, além de avaliação de leitos de UTI que deveriam permanecer na rede hospitalar devido aos vazios assistenciais em algumas regiões de saúde.

Quanto ao Grupo de Trabalho (GT) de enfrentamento à pandemia da COVID-19, segundo as atas de reuniões da CIB, este GT foi composto por membros da CIB-BA e do COSEMS/BA, com participação de secretários de saúde interessados em discutir alguma pauta específica ao seu município. As reuniões ocorriam às segundas, quartas e sextas e, em alguns períodos, passaram a ocorrer uma vez por semana.

Sobre as reuniões, é relevante frisar que, havia sempre a apresentação do cenário

epidemiológico e da ocupação dos leitos no momento, que norteava o desenho e a tomada de decisão. Em específico às reuniões da CIB, além da pauta COVID-19 foram, também, abordadas outras questões referentes a serviços do SUS-BA que permaneciam em funcionamento. Logo, neste momento de discussão da análise de viabilidade havia a necessidade de equilibrar o diálogo da pauta COVID-19 e não COVID-19.

Nesses espaços de diálogo, foram empreendidas discussões e reflexões sobre ações referentes à atenção especializada. Contudo, dada a situação de pandemia, tornou-se claro que as decisões relacionadas à COVID-19 precisavam ser tomadas rapidamente, de modo concomitante à manutenção das ações e serviços do SUS-BA. Em vista disto, foi relatado que: “[...] num quadro natural, você faz uma análise de viabilidade com mais calma, com mais tranquilidade e você consegue identificar todos os entraves e se consegue viabilizar esse processo de planejamento mais efetivo”.

Ademais, foram apontados como forte presença na tomada de decisão, o então secretário de saúde e o governador do Estado que, conforme relatado em entrevista, indicou estratégias, a exemplo da solicitação de requisição administrativa do Hospital Espanhol, devido a necessidade de ampliação de leitos.

Em investigação às Resoluções CIB-BA publicadas no período de 2020 a 2022, notou-se que, no ano de 2020, foram publicadas noventa e cinco (95) resoluções sobre o enfrentamento da COVID-19 na Atenção Hospitalar. No ano de 2021, foram quarenta e nove (49) e, em 2022, encontrou-se registro de catorze (14) resoluções acerca do referido tema. Assim, foi possível observar um número decrescente de resoluções publicadas ao longo do referido período, associado ao abrandamento da pandemia após o início da vacinação.

**Quadro 5.** Resoluções CIB BA que tratam sobre a COVID-19 na Atenção Hospitalar, 2020-2022.

<b>Conteúdo da Resolução</b>	<b>Quantidade</b>
<b>2020</b>	
Aprova o Plano Estadual de Contingência ao enfrentamento à COVID-19 e o de Manejo de Óbitos por COVID-19	1
Integra leitos de UTI à rede hospitalar	1
Habilita leitos de UTI Adulto Tipo II	1
Aprova as condicionalidades e fluxo de atendimento do auxílio emergencial aos hospitais filantrópicos	1
Aprova critérios de distribuição dos medicamentos do "kit Intubação" para leitos de UTI	1
Financiamento	2
Aquisição de equipamentos via Emenda Parlamentar	4
Inclusão de itens no Plano Estadual de Contingência	4
Atualiza a relação dos leitos de unidades de referência, retaguarda e leitos de SVP à Covid-19	79
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>
<b>2021</b>	
Integra leitos de UTI à rede	1
Aprova critérios de distribuição dos medicamentos do "kit Intubação" para leitos de UTI	1
Financiamento	1

Atualiza a relação dos leitos de unidades de referência, retaguarda e leitos de SVP à Covid-19	46
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>
<b>2022</b>	
Integra leitos de UTI à rede	1
Atualização da relação dos leitos de unidades de referência, retaguarda e leitos de SVP à Covid-19	2
Atualiza a lista das unidades que atuam como referência e retaguarda à Covid-19	11
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>

Fonte: Elaboração própria (2024).

As resoluções relacionadas a atualização da relação dos leitos COVID-19 prevaleceram em quantidade nos anos de 2020 e 2021, o que aponta para a principal estratégia de enfrentamento à pandemia na Atenção Hospitalar da SESAB, a abertura de leitos.

Convém mencionar que, os leitos COVID-19 referem-se a leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar (SVP), leitos clínicos adultos/pediátricos COVID-19 ativos, leitos de UTI adultos/pediátricos COVID-19 ativos, em unidades de referência e retaguarda à COVID-19.

A predominância de resoluções acerca da atualização da relação dos leitos COVID-19 está ligada ao movimento constante de mudanças na rede hospitalar, com aumento da abertura de leitos em momentos de pico da doença e, desmobilização de leitos em situações de abrandamento do número de casos. Em suma, as atualizações trazem a relação de leitos ampliados, remobilizados e desmobilizados, conforme as necessidades decorrentes das mudanças no cenário epidemiológico.

Campos & Canabrava (2020), bem como Viana *et al.*, (2023) apontam para o protagonismo dos estados e municípios no processo de organização da rede hospitalar e criação emergencial de leitos destinados à COVID-19. Esse movimento foi evidente no estado da Bahia, aliado ao movimento federal de habilitar leitos. Entende-se que devido a função de ordenador das políticas públicas, principalmente em situação de emergência da saúde pública nacional, o Ministério da Saúde é uma instância imprescindível no enfrentamento a pandemia (Campos; Canabrava, 2020).

Por fim, é importante pontuar que as aprovações de todas as resoluções foram negociadas e consensuadas em CIB-BA, sendo neste cenário o momento da análise de viabilidade política das operações.

**Quadro 6.** Trechos de falas de entrevistados acerca do momento estratégico do PES.

Categoria Analítica	Unidade de Registro
Estratégico	A rede foi se expandindo à medida sempre da necessidade.
	Foi a governança entre Município e Estado buscando os leitos, analisando as estratégias e buscando novas estratégias.
	A gestão estadual entrou com capacitação.
	Foram várias rodadas de capacitação com as equipes médicas.
	Foram várias estratégias, de governança, de ampliação de rede, de capacitação e de processos de cuidado.
	A SESAB fez várias parcerias, e conseguiu instalar usinas de oxigênio em vários hospitais, os maiores todos tinham usina.
	Havia um hospital que chamamos de pulmão, que era o Hospital Metropolitano, que estava pronto para ser outra coisa, mas quando veio a COVID, a gente até tentou segurar um pouco, mas com 6/5 meses da COVID, abriu exclusivo para COVID.
	O Hospital Espanhol, que [...] estava fechado, e logo no início, quando a gente viu que o Instituto Couto Maia não ia dar conta, foi feita a requisição administrativa.
	A avaliação da prática era muito da intuição.
	As ferramentas que a gente tinha na mão, a gente não tinha muita, não houve tempo para grandes estudos.
	Os hospitais de campanha foram absolutamente relacionados com necessidade.
	Não deixou de haver análise de viabilidade, só não com o tempo necessário e debruçado sobre.
	Inicialmente, identificou-se as unidades da rede própria da SESAB, onde seria possível a abertura dos leitos.
	A primeira estratégia foi essa, a gente se debruçou sobre o ICOM, e de forma muito clara e rápida o ICOM ficou insuficiente.
	A estratégia de abrir dedicação de leitos COVID em todos os hospitais, nas 9 macrorregiões.
	Do ponto de vista de análise da viabilidade, era o que era possível, de espaço e disponibilidade.
	Surgiu a possibilidade do Hospital Espanhol, e de forma imediata, o governador da época, Rui Costa, pediu que a gente fizesse essa análise de viabilidade do Hospital Espanhol.
	Quando a gente fala de viabilidade, inclui uma viabilidade técnica, financeira. Então é vantagem eu abrir o H. Espanhol do ponto de vista financeiro? Logística? De investimento? Ser em Salvador ou era mais estratégico ser em outra região? Essa análise de viabilidade não foi feita, nesse caso.
	A máxima era: precisamos abrir o maior número de leitos possíveis no menor tempo possível. Então, sem dúvida, como eu disse, todas as etapas do planejamento estratégico foram comprometidas na implantação e abertura de leitos.
	Se pensava estrategicamente, onde eu precisava fazer e como eu podia fazer de forma articulada com o município, pensando na perspectiva de serviços já existentes.
	À medida que eu estudo melhor onde eu devo ampliar, como eu devo ampliar, em que medida eu posso ampliar, de acordo com o orçamento que eu disponho, para mim, isso é uma análise de viabilidade.
	Eu acho que houve uma análise de viabilidade, principalmente, pela atenção especializada, pela atenção hospitalar e pela própria regulação.
	Vai se ampliando paulatinamente, de acordo com a necessidade, de acordo com a oportunidade, a possibilidade, a viabilidade de ampliação, com base no recurso que você dispunha.
	Embora tenha-se feito a análise, foi um problema de saúde que o crescimento foi vertiginoso, então, efetivamente, não tinha como ter a análise tão aperfeiçoada como num quadro normal.
	Então, num quadro natural, você faz uma análise de viabilidade com mais calma, com mais tranquilidade e você consegue identificar todos os entraves e se consegue viabilizar esse processo de planejamento mais efetivo.
	Mas, de certa forma, foi feita alguma análise de viabilidade.
	Se é feita uma análise de viabilidade mínima, né? Ainda que não a ideal, talvez.
	Houveram algumas estratégias, uma delas foi a do Fazendão [...] leitos para aqueles pacientes que não eram pacientes COVID, mas eram pacientes estáveis nas unidades, mas que, por outras razões, até sociais, praticamente moravam dentro da unidade hospitalar.
Fazendão foi uma estratégia, mas [...] que por si só, já nasceu truncada, e não foi tão bem-sucedida. Então logo no finalzinho da primeira onda da COVID já foi desfeita.	
Trabalho de expandir a rede nesses grandes hospitais.	
O ICOM depois se transformou em unidade especializada, devotada para a Covid-19.	
Em outros hospitais, o Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), a gente entendeu que, na prática, a gente não iria conseguir fazer isso, devotar todos os leitos para Covid-19.	
A PGE entendeu que poderia se utilizar aquele prédio com a justificativa da situação de emergência em saúde. Então, começou a se usar os leitos do Hospital Espanhol.	

Precisava-se das unidades de referência, mas a gente precisava também fazer um cinturão de UPAS pelo estado.
A sala de situação, começou a criar um fluxo de mostrar os indicadores epidemiológicos para que a decisão fosse uma decisão consensual.
O cinturão das UPAS [...] foi por fechar a porta de entrada de hospitais.
Fortalecer as UPA, porque é a nossa porta de entrada [...] desse usuário não Covid-19.
Fez-se um pedido para a Petrobras [...] doação de cilindros da Petrobras.
O poder da sala de situação, subordinado diretamente ao gabinete, eu acho que facilitou muito. Porque não tinha esse caminho muito burocrático, que às vezes atrapalha, de mandar uma Comunicação Interna (CI) pro meu diretor assinar, que tem que passar para tal. Não tinha isso. Era direta a ligação.
A gente não esperava o gestor tá presente para tomada de decisão, de algumas coisas que a gente podia se mexer, na nossa competência.
A análise aconteceu, não de forma tão sistemática, mas elas aconteciam nas reuniões.
Tudo era dialogado e pactuado. Era assim, análise, avaliação, implementação, monitoramento, tudo nas reuniões, do COES.
Quando a crise estava bem instalada e, a gente sabia que estava no pico da onda, as reuniões aconteciam de formas extraordinárias também.
Pouca oferta, também, de profissionais. Então tudo isso a gente pesava para planejar.
Sentimos falta de uma pessoa representando a SAIS, que tivesse expertise de planejamento da rede hospitalar, ao mesmo tempo de interlocução melhor com a rede hospitalar, para compor a equipe da sala de situação.
Doutor Fábio (secretário de saúde) criou um grupo de trabalho, intermediado pela SAIS.
Hospitais de Campanha [...] foram um ponto forte, importante.
Os hospitais de campanha foram bacanas, mas tinham as limitações do próprio hospital em si, às vezes, um paciente diabético, vascular, hipertenso, que também estava com COVID [...] não conseguia ser atendido na sua plenitude nesses hospitais.
A estratégia foi de reabertura do Hospital Espanhol, porque mesmo como hospital de campanha, conseguia ter oferta de alguns outros insumos, aparato tecnológico. Depois ele ficou como um hospital de referência, não mais de campanha.
As pactuações que ocorriam [...] eram sempre pactuadas em CIB.
Às vezes, a expansão tinha que acontecer até antes dessa pactuação, a ponto, inclusive, da gente ter uma agenda toda a semana só de CIB de leitos.
A gente tinha a CIB normal, ordinária, e as CIB extraordinárias de leitos.
Quando se trata da atenção hospitalar, ficou muito a cargo da SAIS.
Estamos buscando estratégias naquele território.
A estratégia de acolher, de dar suporte à vida naquele momento, naquele lugar.
Porque às vezes o paciente agravava, não era por falta do leito, o leito existia, mas era o tempo do transporte. Então tudo isso tinha que ser mapeado rapidamente.
O planejamento estratégico foi totalmente comprometido durante a pandemia. No sentido do planejamento estratégico que estava posto, como guia do estado, e que foi atropelado, interrompido por uma emergência de saúde pública que foi a pandemia.
O olhar técnico que guiava, mas todas as decisões tinham o crivo do então governador. E essas decisões técnicas aqui na Secretaria, elas se representaram através do COES.
A gente se reunia, e todas as decisões, eram, ou tomadas, ou canceladas ali nessas reuniões.
Entende-se que existem pontos de atenção e que você precisa pensar na perspectiva no quantitativo de casos que estavam sendo vislumbrados na estimativa.
Precisava organizar a rede para dar conta de responder a essa estimativa de casos que estavam surgindo.
Um indicador muito importante e preciso é o número de pacientes que morrem em tela. O número de óbitos que chega em tela, do paciente que não consegue ser regulado.
O COES muniam de informação para a tomada de decisão.
Foi muito da governança, da atitude do gestor. Ele era uma pessoa muito experiente nisso. Então ele foi junto com a sala de situação, com os dados.
Eu dizia que hoje as regiões prioritárias são essas daqui [...] a prioritária hoje, é quem estava amarelo ontem e virou vermelho hoje.
Instituímos um comitê de governança, que era o grupo condutor estadual de redes, que se reunia toda semana, via web, e aprovávamos todas as solicitações de habilitação do Ministério da Saúde.
A gente fez um gabinete de crise, tinha reunião 3 vezes por semana, e tinha reunião da COVID interna da SESAB, com todas as áreas e com o COSEMS toda semana.
Nas reuniões da CIB, davam todos os informes dos leitos de suporte ventilatório que foram habilitados ou não, de todas as unidades de referência, e tudo o que a gente conseguiu fazer naquela semana.

## **Momento Tático-operacional**

A categoria analítica tático-operacional, se trata do momento da ação concreta, em que o cálculo dos momentos anteriores culmina na operação, além do seu monitoramento e avaliação (Rivera *et al.*, 1989).

O planejamento da Atenção Hospitalar da SESAB revelou que algumas ações precisaram ser repensadas, havendo em algumas situações de mudança do direcionamento da ação ou cancelamento.

Através da análise dos dados, foi visto que, além da estratégia de ampliação de leitos em todas as regiões de saúde, que envolvia a contratualização de leitos da rede complementar, houve outras estratégias e operações.

Nesse sentido, podemos destacar a execução das estratégias dos pronto-atendimentos, denominados de PA COVID, que foram credenciados pela Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde (SUREGS/SESAB), com a intenção de utilizar unidades que não estavam em funcionamento para realizar triagem de sintomáticos respiratórios com leitos de estabilização e observação até regulação; a organização do repasse para municípios e unidades hospitalares de recursos oriundos da gestão estadual e federal, incluindo EPI, testes rápidos e medicações; a descentralização do LACEN/BA; o matriciamento via teleconsultoria; a ampliação dos pontos de atenção para reabilitação multiprofissional pós COVID; ampliação do transporte sanitário; e, entre outros.

Em análise as resoluções CIB-BA, observou-se que de acordo com as Portarias Ministeriais nº 1.393, de 21 de maio de 2020, e nº 1.448, de 29 de maio de 2020 que, tratam sobre o auxílio financeiro emergencial às Santas Casas e aos Hospitais Filantrópicos Sem Fins Lucrativos que participam de forma complementar do SUS, foram aprovadas em CIB as condicionalidades e fluxo de atendimento acerca do auxílio emergencial às Santas Casas e Hospitais Filantrópicos para atuação na pandemia. Ao todo, foram listadas 27 unidades hospitalares, e destas, 13 estão localizadas no município de Salvador, inserido na macrorregião Leste, onde há maior concentração de leitos no estado da Bahia.

Ainda, foi visto que no processo de monitoramento, havia uma intensa comunicação entre a SESAB, os municípios e as unidades de saúde, principalmente através do COES. Apesar disto, os dados revelam que as operações não passaram por um processo de monitoramento e avaliação estruturado e sistematizado, sendo realizado em sua maioria de forma intuitiva, com mudança de estratégia quando visto resultados insatisfatórios. Nesse

sentido, foi registrado o seguinte relato: “*Não ocorreu o monitoramento. Era como eu tô falando pra você, não existia dessa forma tão sistematizada. Era em cima de tentativa, erro, acerto, avaliado diariamente, avaliado às vezes pela secretária junto com a coordenadora da Sala de Situação*”.

No que se refere ao monitoramento do Plano Estadual de Contingência, com o objetivo de monitorar as ações programadas, foi criado o Sistema de Planejamento e Gestão da Saúde (SPGS) pela Assessoria de Planejamento e Gestão (APG), através da Coordenação de Planejamento (COPLAN), com o apoio da Diretoria de Modernização Administrativa (DMA).

Por meio deste sistema, foram registradas as ações do Plano de Contingência, por eixo temático, bem como houve o monitoramento do quantitativo de ações executadas, o período e orçamento. Ademais, o sistema permitia a elaboração de gráficos referente ao percentual de ações executadas. As áreas técnicas foram responsáveis pela alimentação do monitoramento do plano. Portanto, as áreas técnicas possuíam acesso ao SPGS e registraram a situação das ações correspondentes ao escopo de cada diretoria/coordenação, no período de 2020 a 2022. A quarta e última versão do Plano de Contingência ao Enfrentamento da Covid-19 desenvolvida pela SESAB foi publicada em julho de 2022.

Cabe mencionar que, a estruturação do Plano Estadual de Contingência alinhou-se aos instrumentos de gestão vigentes, a saber: o Plano Estadual de Saúde (PES 2020-2023), Programação Anual de Saúde (PAS) e Plano Plurianual (PPA 2020-2023). Assim, houve adequação destes instrumentos por meio da inclusão de metas e ações referentes ao enfrentamento da Covid-19.

Estes instrumentos de planejamento do SUS precisam estar conectados, com ações integradas e coerentes. Contudo, o PES, PPA e PAS foram elaborados anteriormente a declaração de ESPII em decorrência da pandemia de Covid-19. Nesse sentido, com vistas a atender aos princípios e diretrizes que norteiam o planejamento no SUS, foi necessário fazer a readequação desses instrumentos com mudança do direcionamento das ações, metas e objetivos para atender as demandas da pandemia, bem como conectar-se ao Plano Estadual de Contingência (Santos *et al.*, 2021).

**Quadro 7.** Trechos de falas de entrevistados acerca do momento tático-operacional do PES.

Categoria Analítica	Unidade de Registro
Tático-Operacional	A gente foi mudando alguns perfis de hospitais para ir adequando a demanda da COVID.
	Diariamente, todos os hospitais, ou contratados, ou da rede própria, que tinham leitos COVID, passavam a ocupação de leitos, e a gente cruzava com a regulação.
	Acompanhamento diário dessas taxas de ocupação.
	O tempo de espera da regulação era todo monitorado.
	Na segunda onda, foi oxigênio. A SESAB, sempre se antecipou ao problema, então a gente já tinha ideia, porque já havia sinalização de que os fornecedores de oxigênio não iam dar conta.
	Então era muito no dia a dia, era um dia atrás do outro.
	Se trabalhou de domingo a domingo. Foi um ano de domingo a domingo.
	Todos os dias à noite saíam os dados de todos os estados, né? Quantos óbitos, quantos casos novos. A gente tinha que alimentar diariamente.
	A SAIS tinha um monitoramento de ação próprio.
	O sistema de planejamento e gestão da saúde acompanhou o plano em todos os seus aspectos, nos aspectos de abertura de leitos, de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de vigilância ambiental, de vigilância de saúde do trabalhador, todos os tópicos que o plano de contingência traz.
	A gente alimentava as informações no sistema e disponibilizava.
	A gente tinha uma planilha de disponibilidade de leitos, então a meta da SAIS era abrir x leitos por macrorregião.
	A gente condensava e ia colocando no planejamento, as datas previstas de disponibilidade dos leitos e, era disponível no COES.
	As nossas informações eram requeridas e cobradas diariamente, por exemplo, disponibilidade de leitos, número de pacientes que estavam COVID positivo, e que ainda demandava internamento, mas que já não estavam testando positivo, quantos pacientes em ventilação mecânica, quantos estavam em ar ambiente ou cateter nasal.
	A gente dava as informações por meio de uma planilha em Excel. Depois foi desenvolvido um pequeno é BI pelo DMA.
	Os dados eram apresentados nas nossas reuniões, que eram 2 vezes por semana.
	Os dados eram apresentados basicamente pela sala de situação, que era ligada ao COES e pela superintendência de vigilância em saúde.
	Havia um espaço de monitoramento na sala de situação e nas reuniões do Grupo de Trabalho.
	Entendo que monitoramento existiu do ponto de vista da sala de situação.
	O monitoramento em si, ele era realizado.
	Com a pandemia se tem um movimento de fortalecimento da estruturação da atenção hospitalar.
	A própria CIB, que teve que atuar frente à pandemia, no sentido de fazer seus encaminhamentos, fazer suas discussões.
	Percebemos que algumas coisas precisavam também ser melhor comunicadas para a população. Aquela coisa do fique em casa, só vá pra unidade se você estiver muito ruim [...] na prática, não estava dando certo. As pessoas estavam [...] usando até alguns medicamentos que não estavam prescritos, e só iam quando começava uma dispneia franca, falta de ar franca.
	Nota técnica, [...] comunicação pesada nas redes, dizendo que ao primeiro sinal de complicação, vá para a unidade.
	Março-abril de 2020, foi um período ainda muito da tentativa, do erro e acerto.
	Os médicos daqui não sabem entubar, o que a gente faz? Vamos criar um curso.
A gente ia percebendo algumas coisas na prática.	
Se não tem a procura do paciente, a gente vai atrás.	
Não tem porque manter essa estrutura neste lugar aqui, se a gente não está tendo êxito, vamos mudar a estratégia.	
Fomos mudando as estratégias.	
O sistema de planejamento e gestão da saúde (SPGS), no primeiro momento, não foi usado. Esse sistema foi usado acho que agora, em 2022 para cá, que foi quando a APG criou junto como DMA.	
O Plano de Contingência foi um plano que, de verdade, foi de gaveta. Ele foi pouco operacional.	
Em outros planos que a gente teve, tivemos um tempo maior, uma maturidade, também nesse processo melhor.	

No primeiro momento, a APG não entrou nessa conformação de elaboração do plano de contingência, ficaram com algumas áreas chaves: SAIS, SUREGS, Central de Regulação e a sala de situação, depois é que ficou com a APG. E aí, a APG criou o sistema de acompanhamento das ações.
Não ocorreu, não ocorreu o monitoramento. Era como eu tô falando pra você, não existia dessa forma tão sistematizada. Era em cima de tentativa, erro, acerto, avaliado diariamente, avaliado às vezes pela secretária junto com a coordenadora da sala de situação.
Eu acho que agora ficamos com um olhar de maior vigilância, e uma vigilância para a tomada de decisão. Não aquela vigilância de que eu fico somente monitorando, mas sem uma ação já, programada.
Foi feito um SBI com os leitos covid-19. O que tinha pactuado, quantos pacientes tinham deitados todos os dias? E era com base naquilo que a unidade me informava.
Eu ligava pra unidade me dizer todos os dias, eu ia lá e cadastrava. Não tinha um sistema próprio. Era por ligação ou por e-mail.
As unidades contratualizadas ficavam com a SUREGS; as unidades municipalizadas, que eram de gestão do município, com a DAE; e as unidades de gestão direta ou indireta, ficavam com uma pessoa da SAIS, da DGGUP.
Era difícil para a sala de situação monitorar, porque era um dado que a gente não alimentava. Sobre tudo nos finais de semana, a gente ficava sem informação fidedigna. A gente não sabia ao certo, até que ponto aquela unidade tinha mandado a informação.
A sala de situação passou a executar o papel de monitoramento no SBI. Aí as coisas já ficaram mais fáceis, a gente conseguiu ter um processo de tomada de decisão até melhor.
A gente começou a monitorar e perceber.
Doutor Fábio criou um grupo de trabalho, intermediado pela SAIS, que ia nas unidades para identificar, em loco, se tinha alguma dificuldade daquele doente de ter alta.
Tem uns olhos da SESAB aqui dentro da unidade, está de olho, está monitorando, está de perto.
Passamos a monitorar unidade que tinha muito óbito.
Fazíamos muito isso de ir chamando a responsabilidade, também, pra eles (secretários municipais de saúde).
O sistema de planejamento e gestão da saúde (SPGS), foi elaborado porque o plano de contingência foi feito e a gente precisava trazer uma meta e ação orçamentária, tanto para o PPA, quanto para o plano estadual de saúde.
Esse plano precisava ser monitorado e acompanhado.
Cria-se um sistema de acompanhamento informatizado.
No módulo covid-19 a gente levou todas as ações do plano de contingência para dentro dele e lá todas as áreas técnicas ficavam alimentando meta, alcance de meta e gasto com aquela meta, ao longo daquele ano.
O sistema parou, a gente não dá mais carga no sistema. A gente deu carga até 2022.
Era um sistema alimentado, todo mundo tinha senha das áreas finalísticas que precisava alimentar.
Fica um legado que, por exemplo, a gente sabe que pode desenvolver outros sistemas.
Então, já ficou esse legado, da gente poder usar esse sistema (SPGS) para alimentar com outras informações.
Ficou o aprendizado em você conseguir fazer isso nesse caráter emergencial.
A SESAB, praticamente contratou tudo o que tinha de serviço móvel de ambulância do estado da Bahia.
A COVID estava andando na Bahia, e atrás da COVID tinha que ir os leitos, o oxigênio, a medicação.
Conseguimos abrir um número específico de leitos dedicados a COVID em todas as nossas regiões de saúde.
Existia também um trabalho da superintendência de regulação, a SUREGS, e de contratualizar leitos no setor privado para se somar às nossas ações.
Para a CIB, quando se é apresentado a proposta do plano, se faz esse resgate do ponto de vista da análise de situação de saúde e de serviços de saúde.
Produção de notas técnicas, para orientar, de fato, as unidades.
Fechamos as portas de entrada de praticamente todos os hospitais [...] porque a gente precisava direcionar os leitos.
Algumas unidades que a gente já tinha desmobilizado, a gente precisou remobilizar às pressas.
Conseguimos fazer um elo de comunicação melhor com as unidades, a ponto deles, quando identificavam alguma dificuldade, ligar em.
Prefeitos ligando desesperados, dizendo que estavam sem leito, que os pacientes estavam morrendo.

Fonte: Elaboração própria (2024).

Através do exercício da autonomia, do fortalecimento da regionalização e articulação entre vários atores, a SESAB conseguiu desenvolver diversas estratégias de enfrentamento à COVID-19 no âmbito da Atenção Hospitalar, não só referentes a ampliação de leitos (Viana *et. al.*, 2023). A efetividade dessas ações é evidenciada quando Viana *et. al.*, (2023) observa que, entre as Unidades Federativas (UF) e Distrito Federal apenas cinco apresentaram taxas de mortalidade padronizada de COVID-19 por 100 mil habitantes inferiores a 70% e, apesar do estado da Bahia possuir alta vulnerabilidade social, este foi um dos cinco estados com taxa inferior a 70%.

### **Considerações finais**

Em suma, frente ao momento explicativo, observou-se que a SESAB tomou como referência dados técnicos científicos. Assim, também foram utilizados dados produzidos pela própria Secretaria, advindos da Sala de Situação, Central de Regulação e LACEN-BA. Cabe pontuar que a Análise Situacional não foi realizada de forma profunda, como defende o PES de Carlos Matus, contudo justifica-se esta lacuna devido à situação de emergência, necessidade de respostas rápidas e pouca produção científica disponível no início da pandemia.

Referente ao momento normativo destaca-se que o Plano de Contingência se caracterizou mais como instrumento de registro de ações realizadas. Além disso, foi visto que o COES-BA desempenhou papel de destaque no direcionamento das ações, subsidiando a tomada de decisão. Apesar da insuficiência de direcionamento do governo federal, estado e municípios conseguiram desenhar o planejamento frente às demandas da pandemia, de modo a priorizar a ampliação da capacidade instalada de leitos COVID-19.

O momento estratégico foi caracterizado pela análise de viabilidade em espaços democráticos de negociação. Foi visto protagonismo de discussões em espaços como Grupos de Trabalho voltados ao enfrentamento da COVID-19, reuniões do COES/BA e reuniões da CIB-BA ordinárias e extraordinárias com participação ativa do COSEMS-BA.

Por fim, o momento tático-operacional evidenciou a execução de estratégias envolvendo a ampliação de Pronto Atendimento COVID-19, de pontos de atenção para reabilitação multiprofissional pós COVID-19, matriciamento via teleconsultoria de profissionais da saúde, em sua maioria médicos atuantes em hospitais, entres outras que vão

além da ampliação de leitos COVID-19. Foi observado no processo de monitoramento das ações a criação do Sistema de Planejamento e Gestão da Saúde (SPGS), que permitiu a integração do registro das ações entre as áreas técnicas da Secretaria. Todavia, o SPGS se trata apenas de um sistema de registro de dados, sendo observado que, para além do SPGS o monitoramento e avaliação foram feitos de maneira intuitiva.

Após análise do planejamento de contingência da Atenção Hospitalar na SESAB, observou-se que o principal legado deixado foi relacionado ao aprendizado e a capacidade de articulação intergovernamental entre os gestores. Sabe-se que o Estado da Bahia anteriormente a pandemia já possuía destaque nesse sentido, evidenciado pelo intenso processo de regionalização, articulação através de consórcios entre estados e municípios, bem como articulação na pactuação e deliberação de ações entre o Estado da Bahia e municípios.

Ainda, foi possível apreender que a pandemia da COVID-19 foi uma adversidade com novas variáveis e, que, por se tratar de uma doença pouco conhecida, até então, configurou-se como um grande desafio, exigindo maior capacidade de enfrentamento e articulação. Nesse sentido, houve protagonismo da Atenção Hospitalar e da Vigilância Epidemiológica na gestão de informações para subsidiar a tomada de decisão

Na percepção dos diferentes atores entrevistados, o aprendizado obtido através do processo de planejamento e articulação entre os atores e órgãos foi apontado de forma unânime como o mais evidente legado da pandemia de COVID-19, para o Estado da Bahia.

Além disso, o Sistema de Planejamento e Gestão da Saúde (SPGS) também é visto como um legado para o planejamento da Atenção Hospitalar, considerando que se trata de um sistema de monitoramento integrado e informatizado com alimentação simultânea de dados pelas áreas técnicas, possibilitando maior controle da execução de ações e metas. Todavia, desde 2022 o sistema não é utilizado.

Na perspectiva teórica, Matus (2001) traz que, o fator que nos surpreende nem sempre se trata de uma novidade, pois as adversidades são repetitivas, a exemplo das inundações, secas e emergências de saúde pública. Então, o que realmente surpreende são as características particulares de cada situação e, que, para responder a estes casos específicos é necessário estar preparado para utilizar técnicas inovadoras e planos de contingência. É possível relacionar esta afirmação através da experiência de planejamento da Atenção Hospitalar na SESAB, a qual utilizou de planos de contingência e protocolos pré-existentes de Influenza como material norteador.

Nessa ótica, ainda que o planejamento da Atenção Hospitalar da SESAB na pandemia

não tenha seguido os princípios do Planejamento Estratégico Situacional em todo o seu rigor, a SESAB conseguiu conduzir o planejamento de contingência da Atenção Hospitalar no enfrentamento à pandemia de Covid-19 de forma exitosa. Ao final, ressalta-se que se tratando de um cenário de emergência em saúde pública as ações precisam ser planejadas e efetuadas de forma rápida e eficiente, respeitando o pacto interfederativo, pautadas nas boas práticas e evidências científicas, sendo a variante do tempo decisória para o sucesso das ações.

Ao término, é fundamental reconhecer as limitações inerentes ao estudo ao interpretar os resultados. Uma delas refere-se à realização de entrevista apenas com gestores da SESAB, podendo ser interessante avaliar a perspectiva de gestores de hospitais referência à COVID-19, bem como de trabalhadores da saúde que atuaram na linha de frente e técnicos da SESAB. Ainda, pontua-se a necessidade de estudos avaliativos acerca das intervenções implementadas pela SESAB e estudos comparativos entre estados do Brasil sobre o planejamento da atenção hospitalar na pandemia de COVID-19.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA SENADO. Girão comemora investigação da compra de respiradores do Consórcio Nordeste. **Senado notícias**. Senado Federal. 2022. Disponível em: < <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/04/27/girao-comemora-investigacao-da-compra-de-respiradores-do-consorcio-nordeste>>. Acesso em: 30 de jan. 2023.

ALMEIDA, C. Pandemia de Covid-19: por que devemos olhar para o contexto internacional? Reflexões sobre a governança do setor Saúde. In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, **Editora Fiocruz**, 2022, pp. 37-62. Disponível em: < <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0002>>. Acesso em: 05 de set. 2022.

ANDRADE, C.L.T., LIMA, S. M. L., PEREIRA, C. C. A., MARTINS, M. SOARES, F. R. G., PORTELA, M.C. Evolução da Disponibilidade dos Leitos de Terapia Intensiva na Rede Hospitalar do Brasil para o Enfrentamento da Emergência Sanitária. eds. Covid- 19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, **Editora Fiocruz**, 2022, pp. 133-144.

BAHIA, Nota Técnica COE - Saúde Nº 22 de 25 de março de 2020. Salvador: **Diário Oficial**, 2020. Disponível em: < <https://bityli.com/maFzGcPYx>>. Acesso em: 22 de outubro de 2022.

BAHIA, Nota Técnica COE saúde nº 76 de 21 de julho de 2020. Salvador: **Diário Oficial**, 2020. Disponível em: < <https://bityli.com/GbSupcdx>>. Acesso em: 22 de outubro de 2022.

BAHIA, Nota Técnica COE saúde nº 86 de 29 de março de 2021. Salvador: **Diário Oficial**, 2021. Disponível em: < <https://bityli.com/qL6H5>>. Acesso em: 22 de outubro de 2022.

BAHIA, Nota Técnica nº1. Salvador: **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.45, supl. Especial 1. 2020. Disponível em: < <file:///C:/Users/fanny/Desktop/3527-Texto%20do%20artigo-23348-1-10-20211026.pdf>>. Acesso em: 23 de out 2022.

BAHIA, Nota Técnica nº19. Salvador: **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.45, supl. Especial 1. 2020. Disponível em: < <file:///C:/Users/fanny/Desktop/3527-Texto%20do%20artigo-23348-1-10-20211026.pdf>>. Acesso em: 23 de out 2022.

BAHIA. **Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde. Bahia registra 1.447 casos de H3N2 e 35 óbitos nos últimos dois meses**. Bahia, 2022. Disponível em: <<http://www.bahia.ba.gov.br/2022/01/noticias/saude/bahia-registra-1-447-casos-de-h3n2-e-35-obitos-nos-ultimos-dois-meses/>>. Acesso em: 23 de jan 2022.

BAHIA. **Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Contingências para Enfrentamento do Novo Coronavírus - COVID-19**. 1º Ed. Bahia, fevereiro de 2020. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/07/BAHIA\\_SESAB-Plano-de-Contingencia-Coronavirus-\\_Bahia-final-convertido.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/07/BAHIA_SESAB-Plano-de-Contingencia-Coronavirus-_Bahia-final-convertido.pdf)>. Acesso em: 20 de jan 2022.

BAHIA. **Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Contingências para Enfrentamento do Novo Coronavírus - COVID-19**. 2º Ed. Bahia,

março de 2020. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Plano-de-Contingencia-CC%82ncia-Coronav%C3%ADrus-Bahia-2020-2606.pdf>>. Acesso em: 20 de jan 2022.

**BAHIA. Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Contingências para Enfrentamento do Novo Coronavírus - COVID-19.** 3º Ed. Bahia, junho de 2021. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/07/Plano-estadual-de-contingencia-SARS-COV2\\_Com-Linhas.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/07/Plano-estadual-de-contingencia-SARS-COV2_Com-Linhas.pdf)>. Acesso em: 20 de jan 2022.

BARBOSA, P.B. et al. A resposta no combate à Covid-19 em 2020 na parceria entre o município de Salvador e o Estado da Bahia. Salvador: **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 45, N. especial 3, p. 07-27, jul./set. 2021.

Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: **Edições 70**, 1977.

BARRETO, I.C.H.C. et al. Health collapse in Manaus: the burden of not adhering to non-pharmacological measures to reduce the transmission of Covid-19. **Saúde em Debate** [online]. 2021, v. 45, n. 131. pp. 1126-1139. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202113114I>>. Acesso em: 03 julho 2022.

Bockorni, B. R. S.; Gomes, A. F. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. **Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 1, p. 105-117, jan./jun. 2021. Disponível em: <<https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/empresarial/article/view/8346>>. Acesso em: 13 de maio 2023.

BOULLOSA, M.A.R. et al. Rede hospitalar Covid-19: uma análise sobre a evolução da disponibilidade de leitos na Bahia. Salvador: **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 45, N. especial 3, p. 28-42, jul./set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19.** 2020. Disponível em: <[encurtador.com.br/pACTW](http://encurtador.com.br/pACTW)>. Acesso em: 20 de jan 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Resposta Hospitalar ao Covid-19 elaborado pelo projeto Lean nas emergências** [Internet]. Brasília; 2020. Acesso em: 03 de julho 2022. Disponível em: <<https://setorsaude.com.br/acesse-o-plano-de-resposta-hospitalar-ao-covid-19-elaborado-pelo-projeto-lean-nas-emergencias/https://setorsaude.com.br/acesse-o-plano-de-resposta-hospitalar-ao-covid-19-elaborado-pelo-projeto-lean-nas-emergencias/>>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS/96: Portaria nº 545/GM de 30 de agosto de 1996. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 11 de fev. 2024.

CANABRAVA, C; CAMPOS, F. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. **Saúde em debate**, RJ, V.44, N. especial 4, p 146-160, dez, 2020.

CAVALCANTE, J.R. et al. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 29, n. 4 Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400010>>. Acesso em: 19 de jan 2022.

CHIORO, A. Decisões de gestão: organização da atenção hospitalar em rede na pandemia de COVID-19. **Coleção COVID-19**. Planejamento e gestão, v.1. 2021, p.174-199. Brasília – DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

CHIORO, A. et al. Atenção hospitalar no SUS. *In*: SANTOS, T.; PINTO, I. (org.). Gestão Hospitalar no SUS.1. Ed. Salvador: **EDUFBA**, 2021. p. 27-84.

CONASEMS. Regionalização da Saúde: posicionamento e orientações. Brasília, 2019. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Documento-T%C3%A9cnico-regionaliza%C3%A7%C3%A3o-DIAGRAMADO-FINAL-2.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. CGU e PF combatem desvio de recursos pelo Consórcio Nordeste. **Gov.br**. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/noticias/2022/04/cgu-e-policia-federal-combatem-desvio-de-recursos-pelo-consorcio-nordeste>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

CRESWELL, J.W.; CRESWELL, J.D. Projeto de Pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto. 5ª Edição. Porto Alegre: **Penso**, 2021.

Cunha, I. C. A. *et al.* Plano Estadual de Manejo de Óbitos para Enfrentamento da Covid-19: a experiência da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 45, N Especial 1, p. 282-296 jan./mar. 2021. Disponível em: <<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3267/2789>>. Acesso em: fev. 2024.

DUARTE, J. A.; SANTOS, T. B. S.; ANDRADE, L. R.; PINTO, I. C. M. Delineamentos normativos da contingência hospitalar no enfrentamento da Covid-19 no Brasil. **Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades**. Salvador/Recife, v. 46, n. 252, p. 18-48, jan./abr. 2021. Disponível em:<<https://doi.org/10.25247/2447-861X.2021.n252.p18-48>>. Acesso em: 27 de jan. 2022.

DUARTE, J. Entrevista em profundidade. *In*: DUARTE, Jorge & BARROS, Antonio (Orgs.). Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: **Atlas**, 2008. p. 62-83.

FERREIRA, A.B.H. Pequeno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. 10ª Edição. Rio de Janeiro: **Editora Civilização Brasileira S.A**, 1961. p. 720.

FIOCRUZ. **Covid-19: especialistas discutem possibilidade de endemia. Agência Fiocruz de notícias: saúde e ciência para todos**. 2021. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/covid-19-especialistas-discutem-possibilidade-de-endemia>>. Acesso em: 21 jan 2022.

FIOCRUZ. Nota Técnica: **adaptação da capacidade hospitalar em resposta à pandemia por COVID-19**. Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: <[https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nt\\_fiocruz-puc-ime-ufrj-nku\\_adaptacao\\_capacidade\\_hospitalar\\_covid-19.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nt_fiocruz-puc-ime-ufrj-nku_adaptacao_capacidade_hospitalar_covid-19.pdf)>. Acesso em: 19 de jan 2022.

FRENTE PELA VIDA. **Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19**. Versão 3. 2020. Disponível em: <[https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19\\_v3\\_01\\_12\\_20.pdf](https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19_v3_01_12_20.pdf)>. Acesso em: 21 jan 2022.

GOODMAN, Leo. Snowball Sampling. *The Annals of Mathematical Statistics*, Beachwood-Ohio, v. 32, n. 1. p.148-170, 1961. Disponível em:<https://www.jstor.org/stable/2237615>. Acesso em: 15 abr. 2023.

JANOTTI, L. A assistência hospitalar de nível de complexidade intermediário na linha de cuidado covid-19. In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., e LIMA, S. M. L., eds. Covid- 19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, **Editora Fiocruz**, 2022, pp. 217-225. Informação para ação na Covid-19 series. Disponível em:<<https://doi.org/10.7476/9786557081587.0014>>. Acesso em: 08 ago. 2022.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. Fundamentos de Metodologia Científica. 9º Edição. São Paulo: **Atlas**, 2022. p.202.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F. Javier Uribe (org.). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. Sao Paulo: **Cortez**, p.105-176, 1989.

OBSERVACOVID: ANÁLISE DE POLÍTICAS DE SAÚDE. **Atenção hospitalar na pandemia**. Boletim, Ano 2, 6º Ed. Bahia, 2021. Disponível em: <[https://api.observacovid.analisepoliticaemsaude.org/media/boletins/6/pdfs/boletim\\_OBSERVAcovid\\_edicao6.pdf](https://api.observacovid.analisepoliticaemsaude.org/media/boletins/6/pdfs/boletim_OBSERVAcovid_edicao6.pdf)>. Acesso em: 20 de jan 2022.

OLIVEIRA, A.M.F.; REIS, R.S. Gestão Pública em Saúde: monitoramento e avaliação do planejamento do SUS. **EDUFMA**. 1 Edição. São Luís, 2016. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7408/1/GP5U1.pdf>>. Acesso em: 12 de outubro 2022.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**. 11 de março de 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>>. Acesso em: 24 de nov 2022.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**. 05 de maio de 2023. Disponível em: <[OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. \*\*Recomendações técnicas para a configuração de uma Unidade de Saúde de Emergência especializada para o tratamento de SRAG\*\*. Versão preliminar - Versão 3.5 - 05 de abril de 2020. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52062>>. Acesso em: 19 de jan 2022.](https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente#:~:text=%C3%A0%20COVID%2D19-,OMS%20declara%20fim%20da%20Emerg%C3%Aancia%20de%20Sa%C3%BAde%20P%C3%ABlica,Internacional%20referente%20%C3%A0%20COVID%2D19&text=Bras%C3%ADlia%2C%205%20de%20maio%20de,)%20referente%20%C3%A0%20COVID%2D19.> . Acesso em: 13 de maior 2023.</p>
</div>
<div data-bbox=)

PORTELA, M. C.; REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. Enfrentamento da covid-19 no âmbito Nacional e internacional. In: Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, **Editora Fiocruz**, 2022, pp. 36-87. Disponível em: <<https://doi.org/10.7476/9786557081587>>. Acesso em: 19 de jan 2022.

RACHE, B.; ROCHA, R.; NUNES, L.; SPINOLA, P.; MALIK, A.M.; MASSUDA, A. Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo ao COVID-19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar. Nota Técnica n.3.2020. **IEPS**: São Paulo.

ROSSI, R.C.; SILVA, S.A. O Consórcio do Nordeste e o federalismo brasileiro em tempos de Covid-19. **Espaço e Economia: Revista Brasileira de Geografia Econômica**. v.18. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.13776>>. Acesso em: 26 nov. 2022.

Santos, M. A. Planejamento em saúde no contexto da pandemia da Covid-19, Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 45, N Especial 2, p. 80-91 abr./jun. 2021. Disponível em: < <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3492/2831>>. Acesso em: fev. 2024.

Santos, T. B. S., Andrade, L. R. de ., Vieira, S. L., Duarte, J. A., Martins, J. S., Rosado, L. B., Oliveira, J. dos S., & Pinto, I. C. de M.. (2021). Contingência hospitalar no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: problemas e alternativas governamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(4), 1407–1418. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.43472020>>. Acesso em: jan. 2024.

SOARES, A.; MENEZES, R.F. Coronavírus no Brasil: a marcha da insensatez. **Saúde e Sociedade**. v. 30. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200653>>. ISSN 1984-0470. Acesso em: 19 de jan 2022.

SODRÉ, F. Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**. 2020, v. 18, n. 3. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00302>>. Acesso em: 26 de nov. 2022.

TABORDA, A.; MURILLO, D.A.; MORENO, C.; TABORDA, P.A.; FUQUEN, M.; DÍAZ, P.A. et al. Análisis de Impacto presupuestal de la vacunación contra COVID-19 en América Latina. **Rev Panam Salud Publica**. 2022. Disponível em: <<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55571/v46e52022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 23 de jan 2022.

Teixeira, C.F. organizadora. Planejamento em Saúde - Conceitos, Métodos e Experiências. Salvador: **EDUFBA**; 2010. p. 17.

Viana, A. L. D. A. ; Souza, Luis Eugenio ; Iozzi, F. L. ; Pereira, A. P. C. M. ; Sampaio, R. F. ; Salles, N. N. S. Atuação dos estados no combate à pandemia de covid-19: uma nova construção federativa? Reflexões desde a Bahia. In: Palotti, Pedro; Licio, Elaine Cristina; Gomes, Sandra; Segatto, Catarina Ianni; Silva, André Luis Nogueira da. (Org.). E os Estados? Federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas no Brasil contemporâneo. 1ed.Rio de Janeiro: **IPEA**, 2023, v. , p. 711-758. Disponível em: < [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12040/1/E\\_os\\_Estados\\_Cap24.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12040/1/E_os_Estados_Cap24.pdf)>. Acesso em: jan. 2024.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTA PESQUISA SEGUIRÁ OS CRITÉRIOS DA ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS CONFORME RESOLUÇÃO NO 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Documento de Identidade n°: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( )

Data de Nascimento: / /

Endereço: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) / ( ) \_\_\_\_ /

**TÍTULO DE PESQUISA:** LEGADOS DA PANDEMIA DA COVID-19 AO PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO HOSPITALAR: Análise da contingência no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

**PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL:** Fanny Almeida Wu

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: LEGADOS DA PANDEMIA DA COVID-19 AO PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO HOSPITALAR: Análise da contingência no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, de responsabilidade da pesquisadora Fanny Almeida Wu, discente da Universidade do Estado da Bahia que tem como objetivo geral analisar os possíveis legados da contingência à pandemia de COVID-19 do planejamento da atenção hospitalar no estado da Bahia, no período de 2020 a 2022; que, se desdobrará nos seguintes objetivos específicos: identificar e descrever os possíveis legados da contingência à pandemia de COVID-19 no planejamento da atenção hospitalar da SESAB, no período de 2020 a 2022; identificar as prioridades de contingência à pandemia de COVID-19 no planejamento da atenção hospitalar da SESAB, no período de 2020 a 2022; discutir ações estratégicas de contingência à pandemia de COVID-19, implementadas à luz da regionalização no planejamento da atenção hospitalar da SESAB, no período de 2020 a 2022; mapear os tomadores de decisões do planejamento da contingência à pandemia de COVID-19, em específico, na atenção hospitalar da SESAB, no período de 2020 a 2022.

Devido a coleta de informações, o (a) senhor(a) poderá ser exposto(a) a cansaço, desconforto pelo tempo gasto na entrevista e estresse. Em contrapartida, a realização desta pesquisa trará ou poderá trazer benefícios como evidências para apoiar a incorporação de ações de contingência, desenvolvimento de estratégias em situações de emergência em saúde pública e compreensão do processo de planejamento no âmbito hospitalar em situações de emergência em saúde pública.

Caso aceite, o Senhor(a) participará de uma entrevista semi-estruturada (agendada previamente, em turno e local de trabalho, de acordo com a disponibilidade do participante). A entrevista durará aproximadamente entre 30 e 60 minutos, será gravada por dois gravadores de voz pela discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva MEPISCO/UNEB, Fanny Almeida Wu, e transcritas na íntegra, sendo posteriormente seu conteúdo arquivado em caixa arquivo, lacrado pelo período de 10 (dez) anos no Departamento de Ciências da Vida da UNEB. Após este período, procederá a destruição por meio de calor (queima).

Sua participação é voluntária e não haverá nenhum gasto ou remuneração resultante dela. Garantimos que sua identidade será tratada com sigilo e portanto o Sr(a) não será identificado. As informações serão utilizadas apenas para fins de pesquisa científica, não sendo feita, em qualquer momento, menção ao seu nome. Caso queira, o(a) senhor(a) poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar sua autorização. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou instituição. Quaisquer dúvidas que o (a) senhor(a) apresentar serão esclarecidas pela pesquisadora. Caso queira poderá entrar em contato também com o Comitê de ética da Universidade do Estado da Bahia. Esclareço ainda que de acordo com as leis brasileiras o(a) Sr (a) tem direito a indenização caso seja prejudicado por esta pesquisa. O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste termo em que consta o contato dos pesquisadores, que poderão tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Se você tiver qualquer dúvida, por favor, pergunte que tentaremos esclarecer. A responsável pelo projeto é a mestranda Fanny Almeida Wu, que pode ser contactada pelo telefone (71) 9 9404-4878, ou e-mail: [fannywu3@gmail.com](mailto:fannywu3@gmail.com).

Você pode também contatar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNEB, localizado na Avenida Engenheiro Oscar Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 3º andar, sala 01, Água de Meninos, Salvador- BA. CEP: 40460-120. Tel.: (71) 3612-1330, (71) 3312-1300, e-mail: [cepuneb@uneb.br](mailto:cepuneb@uneb.br)

Após ter sido devidamente esclarecido pela pesquisadora sobre os objetivos, benefícios da pesquisa e riscos de minha participação na pesquisa LEGADOS DA PANDEMIA DA COVID-19 AO PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO HOSPITALAR: Análise da contingência no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar sob livre e espontânea vontade, como voluntário consinto que os resultados obtidos sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos desde que a minha identificação não seja realizada e assinarei este documento em duas vias sendo uma destinada ao pesquisador e outra a mim.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do participante da pesquisa

---

Assinatura do pesquisador discente  
(orientanda)

---

Assinatura do professor responsável  
(orientador)

## APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE TRATAMENTO DAS ENTREVISTAS

### PESQUISA: LEGADOS DA PANDEMIA DA COVID-19 AO PLANEJAMENTO HOSPITALAR: análise da contingência no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Horário:** \_\_\_h\_\_\_min **Local:**

**Entrevistadora:** Fanny Almeida Wu **Entrevistado:**

**Pergunta de abertura e caracterização do participante:** Trajetória acadêmica e profissional (formação, pós-graduação, tempo e cargo exercido).

<b>Categoria analítica</b>	<b>Questões</b>
Explicativo	- Como foi feita a análise situacional de saúde e identificação dos problemas no planejamento do enfrentamento à pandemia ?
Normativo	- Como foi o processo de elaboração das ações de enfrentamento à COVID-19 no plano de contingência durante a pandemia?
Estratégico	- Houve análise de viabilidade das ações propostas? Se sim, como foi o processo de análise?
Tático-operacional	- No plano de contingência é dito que o monitoramento do plano é realizado através do Sistema de Planejamento e Gestão da Saúde-SPGS, você poderia detalhar qual a função do SPGS e como ocorre o monitoramento por meio deste sistema?  - Foi elaborado algum documento que registre a execução do monitoramento do plano de contingência?
<b>Demais perguntas relacionadas ao planejamento da atenção hospitalar na pandemia:</b>	

- Você consegue identificar legados (negativos ou positivos) deixados pela pandemia ao planejamento da atenção hospitalar na Bahia? Se sim, quais?
- Quais foram as prioridades do planejamento da atenção hospitalar na pandemia?
- Quais foram os principais tomadores de decisões no planejamento de contingência da atenção hospitalar na pandemia?
- Como você vê a abertura de hospitais de campanha no âmbito da gestão? Quais os pontos fracos e fortes dessa medida? Houveram legados deixados por esses hospitais?

#### **Lembretes de encerramento:**

- Explicar que para captar entrevistados será utilizada a técnica de bola de neve, em que solicita-se ao entrevistado indicação de nomes para entrevista.
- Agradecer a disponibilidade, entregar o cartão de agradecimento com contato e lembrar que o resultado final da pesquisa será enviado via e-mail.

#### **Cartão de agradecimento:**



**APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE TRATAMENTO DOCUMENTAL**

**PESQUISA: LEGADOS DA PANDEMIA DA COVID-19 AO PLANEJAMENTO HOSPITALAR: análise da contingência no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia**

<b>Fonte Documental</b> <b>Categoria analítica</b>	<b>Explicativo</b>	<b>Normativo</b>	<b>Estratégico</b>	<b>Tático-operacional</b>
<b>Plano Estadual de Contingências para Enfrentamento do Novo Coronavírus - COVID-19 (1º edição)</b>				
<b>Plano Estadual de Contingências para Enfrentamento do Novo Coronavírus - SARS CoV2 (2º edição)</b>				
<b>Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento da SARS-CoV-2 (3º edição)</b>				
<b>Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do SARS-COV-2 (4º edição)</b>				

**APENDICE D – PRODUTO TÉCNICO**



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA (UNEB)  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA (DCV)  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA (MEPISCO)



# **Guia Prático**

**para pesquisa em TabWin/SIA/SIH no âmbito da  
Diretoria de Atenção Especializada/Coordenação de  
Atenção Hospitalar**

GUIA PRÁTICO PARA  
PESQUISA EM TABWIN/SIA/SIH NO ÂMBITO DA DAE/COAH

Wu, Fanny Almeida  
Guia prático para pesquisa no TABWIN/SIH/SIA no âmbito da DAE/COAH, 1ª Edição,  
UNEB, Salvador, 2024, 29 páginas.

Orientador: Prof. Dr. Thadeu Borges Souza Santos  
Produto técnico de Dissertação de Mestrado (continuação)

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Tabulação Tabwin/SIA de procedimentos radiológicos realizados nos residentes.
- Figura 2.** Tabulação Tabwin/SIA de procedimentos radiológicos realizados no município.
- Figura 3.** Tabulação Tabwin/SIA de procedimentos radiológicos realizados em um determinado estabelecimento de saúde.
- Figura 4.** Busca Teto MAC no Observatório Baiano de Regionalização.
- Figura 5.** PPI MAC, Programação do recurso de exames radiológicos para o município.
- Figura 6.** Busca de equipamentos, por município, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.
- Figura 7.** Tabulação Tabwin/SIH de procedimentos cirúrgicos realizados nos residentes.
- Figura 8.** Tabulação Tabwin/SIH de procedimentos cirúrgicos realizados no município.
- Figura 9.** Tabulação Tabwin/SIH de procedimentos cirúrgicos realizados em um determinado estabelecimento de saúde.
- Figura 10.** Tabulação Tabwin/SIH de procedimentos obstétricos realizados nos residentes.
- Figura 11.** Tabulação Tabwin/SIH de procedimentos obstétricos realizados no município.
- Figura 12.** Tabulação Tabwin/SIH de procedimentos cirúrgicos obstétricos em um determinado Hospital.
- Figura 13.** Tabulação Tabwin/SIA de consultas com profissionais da saúde.
- Figura 14.** Tabulação Tabwin/SIA de procedimentos diagnósticos.
- Figura 15.** Tabulação Tabwin/SIH de procedimentos cirúrgicos.

## **LISTA DE SIGLAS**

**CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**COAH** - Coordenação de Atenção Hospitalar

**DAE** - Diretoria de Atenção Especializada

**DATASUS** - Departamento de Informática do SUS

**MS** - Ministério da Saúde

**SAIS** - Superintendência de Atenção Integral à Saúde

**SESAB** - Secretária de Saúde do Estado da Bahia

**SIA SUS** - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

**SIGTAP** - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

**SIH SUS** - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

**SUS** - Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	6
<b>PARTE A – TABULAÇÕES USUALMENTE UTILIZADAS EM ANÁLISE DE UM TERRITÓRIO</b>	8
<b>1 PRODUÇÃO AMBULATORIAL</b>	9
1.1 PESQUISA SOBRE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS:	10
<b>2 PRODUÇÃO HOSPITALAR</b>	17
2.1 PESQUISA SOBRE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS:	17
2.2 PESQUISA SOBRE PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS:	20
<b>PARTE B – TABULAÇÕES USUALMENTE UTILIZADAS EM DEMANDAS JUDICIAIS OU ADMINISTRATIVAS</b>	23
<b>3 PRODUÇÃO AMBULATORIAL</b>	24
3.1 PESQUISA SOBRE CONSULTAS:	24
3.2 PESQUISA SOBRE PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS:	25
<b>4 PRODUÇÃO HOSPITALAR</b>	26
4.1 PESQUISA SOBRE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS;	26
<b>OBSERVAÇÕES FINAIS</b>	27
<b>REFERÊNCIAS</b>	28

## APRESENTAÇÃO

O Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MEPISCO), vinculado academicamente ao Departamento de Ciências da Vida (DCV) Campus I da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), possui como um de seus compromissos o desenvolvimento de produto técnico, como forma de devolutiva ao campo de pesquisa de mestrado.

Nesta produção, apresentamos um Guia Prático destinado aos servidores da SESAB/SAIS/DAE/COAH, com o propósito de orientar a extração de dados via TabWin/Datasus, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) e Observatório Baiano de Regionalização. O foco desta produção está nas principais pesquisas de dados utilizadas no cotidiano da Coordenação de Atenção Hospitalar.

Cabe salientar que esta produção foi elaborada em observância às legislações vigentes que norteiam a atenção especializada no SUS, com destaque para a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/1990 que *“Estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, abrangendo a atenção especializada no contexto mais amplo do sistema”*, Portaria GM/MS nº 3.390/2013 que *“Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS”* e a Portaria GM/MS nº 1.604/2023 que *“Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde”*.

O guia divide-se em dois momentos. Parte A, referente a tabulações usualmente utilizadas em análises de um território, aborda sobre a busca da produção ambulatorial de procedimentos radiológicos, ultrassonografia, ressonância magnética, tomografia computadorizada e eletrocardiograma, bem como produção hospitalar de procedimentos cirúrgicos e obstétricos; e, Parte B, referente a tabulações usualmente utilizadas em demandas judiciais ou administrativas, trata-se sobre a busca por consultas e procedimentos ambulatoriais e hospitalares, com o objetivo identificar o estabelecimento de saúde que realiza/produz.

Sobre os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), de acordo com Ferreira (1999), configuram-se como sistemas integrados que atuam através de mecanismos de coleta, processamento e transmissão de informações utilizadas para basear decisões no SUS. Nessa perspectiva, pode ser útil fazer uma breve descrição dos SIS explorados aqui.

A começar pelo Tabwin, um programa para análise local de base de dados do SinanNet, desenvolvido pelo DATASUS, que realiza operações aritméticas e estatísticas nos dados, elabora gráficos e mapas a partir dos dados e efetua outras operações na tabela (Brasil, 2016).

Deste modo, o TabWin possibilita a construção de indicadores de produção de serviços ambulatoriais, através do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e hospitalares via Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), de características epidemiológicas e de aspectos demográficos de interesse por estado, macrorregião de saúde, região de saúde e município (Brasil, 2016).

Sobre os Sistemas de Informações Hospitalares e Ambulatoriais do SUS (SIH-SUS/SIA-SUS), historicamente, originaram-se da lógica contábil, concebidos com a intenção de efetuar pagamentos, e como ferramenta de controle e avaliação (Carvalho, 2009). Estes

sistemas restringem-se aos estabelecimentos de saúde da rede pública e aqueles que prestam serviços ao SUS (Carvalho, 2009). Com o passar dos anos, apesar das limitações dos sistemas, o seu uso tem se disseminado entre gestores, equipe técnica e pesquisadores, principalmente devido à inexistência de outro sistema ou base de dados referente às internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais (Scatena; Tanaka, 2001).

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES é um sistema de cadastro de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, sejam eles integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) ou não. Este sistema é imprescindível para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, tendo em vista o agrupamento de dados de estados e municípios sobre a capacidade física instalada, os serviços disponíveis, profissionais vinculados aos estabelecimentos de saúde, entre outras informações (Brasil, 2021).

De maneira similar, o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, OPM e Medicamentos do SUS (SIGTAP), é um sistema de informação responsável por armazenar e gerenciar a tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS (Brasil, 2023). Também será abordado um recorte do Observatório Baiano de Regionalização, ferramenta que reúne informações, documentos e orientações atualizadas, voltadas principalmente aos gestores municipais. O recorte utilizado neste guia refere-se ao Teto Média e Alta Complexidade (MAC), valor repassado pela União para custear ações e serviços de saúde na média e na alta complexidade nos estados e municípios pactuados através da Programação Pactuada Integrada (PPI) (Bahia, 2023).

Em vista do exposto, evidencia-se a relevância dos sistemas de informação para melhorar a compreensão das necessidades de saúde da população, produzir indicadores de saúde e orientar os gestores no planejamento e programação em saúde, na tomada de decisões, bem como no monitoramento e avaliação do impacto de intervenções.

**PARTE A**

**TABULAÇÕES USUALMENTE**

**UTILIZADAS EM ANÁLISES DE**

**UM TERRITÓRIO**

## **1 PRODUÇÃO AMBULATORIAL (SIA-SUS)**

A metodologia de busca a seguir se aplica para todos os procedimentos ambulatoriais, a exemplo dos procedimentos radiológicos, de ultrassonografia, ressonância magnética, tomografia computadorizada e eletrocardiograma. A busca em “Linhas” ou “Seleções disponíveis” pode referir-se ao Município, Região de Saúde ou Macrorregião de saúde de atendimento ou residência.

Nos tópicos seguintes, será abordado o passo a passo para pesquisa de procedimentos diagnósticos realizados no âmbito ambulatorial. De forma complementar, aborda-se também o passo a passo para coleta de dados no Observatório Baiano de Regionalização, tendo em vista as informações relacionadas ao financiamento Federal, programado para um determinado município executar ou encaminhar procedimentos pactuados, com seus respectivos valores.

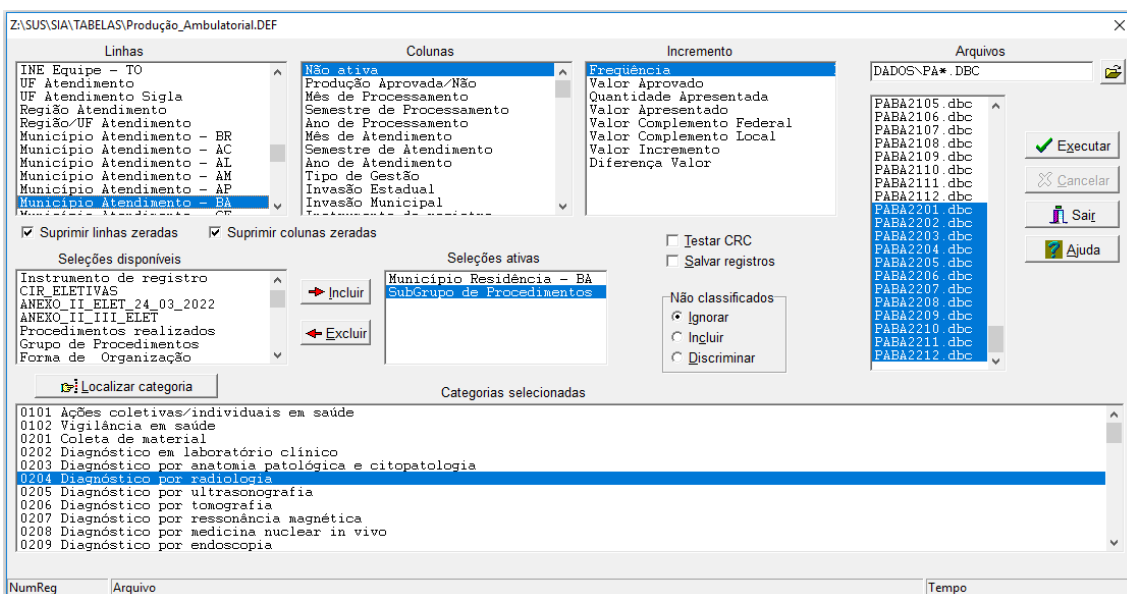
Quanto à utilização do CNES, neste guia, destacamos a importância deste sistema de informação na obtenção de dados referentes ao quantitativo de equipamentos em um determinado município e/ou estabelecimento de saúde. Desta forma, utilizando estes sistemas é possível realizar uma análise com base em dados que dará subsídio para tomada de decisão.

## 1.1 PESQUISA SOBRE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

1.1.1 Para identificar o quantitativo de procedimentos ambulatoriais realizados nos residentes de um município e em qual cidade foram realizados:

**Texto exemplo:** “No que tange aos procedimentos *radiológicos* realizados nos residentes de *um município*, em consulta ao SIA/DATASUS, no ano de 2022, foram registrados 14.843 atendimentos, dos quais 59% foram realizados no próprio município, 32% foram encaminhados para *o município x*, e os demais 9%, principalmente para *o município y*.”

**Figura 1.** Tabulação Tabwin/SIA de procedimentos *radiológicos* realizados nos residentes.



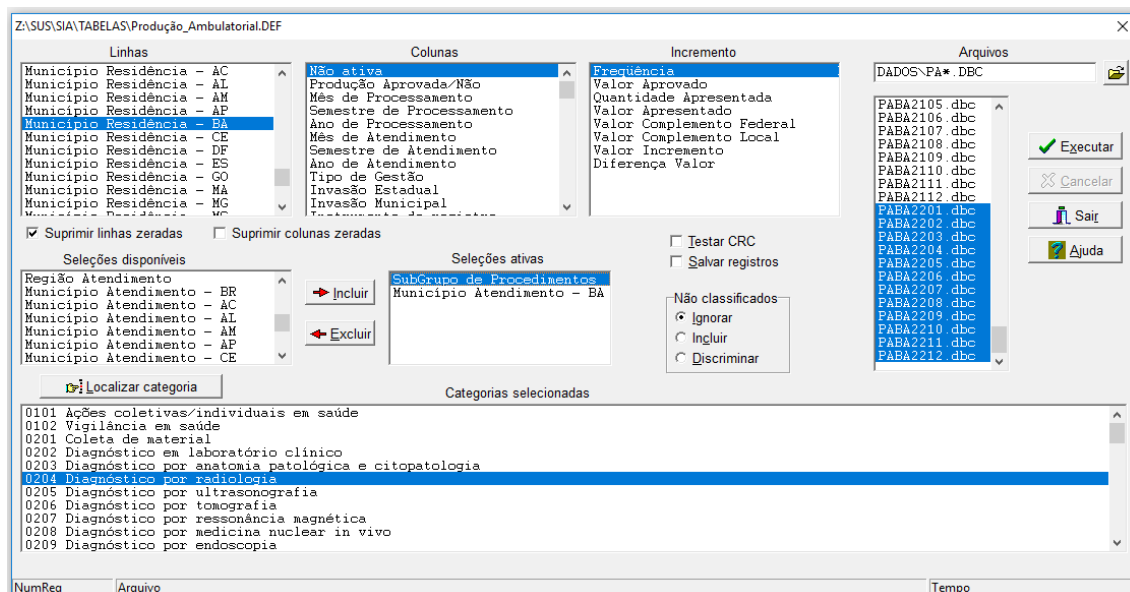
Fonte: Tabwin/Datasus.

- Linhas: Município de Atendimento – BA
- Colunas: Não ativa;
- Incremento: Frequência;
- Seleções disponíveis: Município de Residência - BA (selecionar município de interesse) e Subgrupo de Procedimentos (selecionar Diagnóstico por radiologia);
- Suprimir linhas zeradas
- Selecionar período da pesquisa
- Executar.

1.1.2 Para identificar o quantitativo de procedimentos ambulatoriais realizados no em um município e o município de residência dos usuários SUS atendidos:

**Texto exemplo:** Quanto aos procedimentos *radiológicos* realizados em um município, em consulta ao SIA/DATASUS, no ano de 2022, foram registrados 14.843 atendimentos, dos quais 59% foram realizados em residentes do *município x*, 32% em residentes do *município y*, e os demais 9%, principalmente em munícipes do *município z*.

**Figura 2.** Tabulação Tabwin/SIA de procedimentos radiológicos realizados no município.



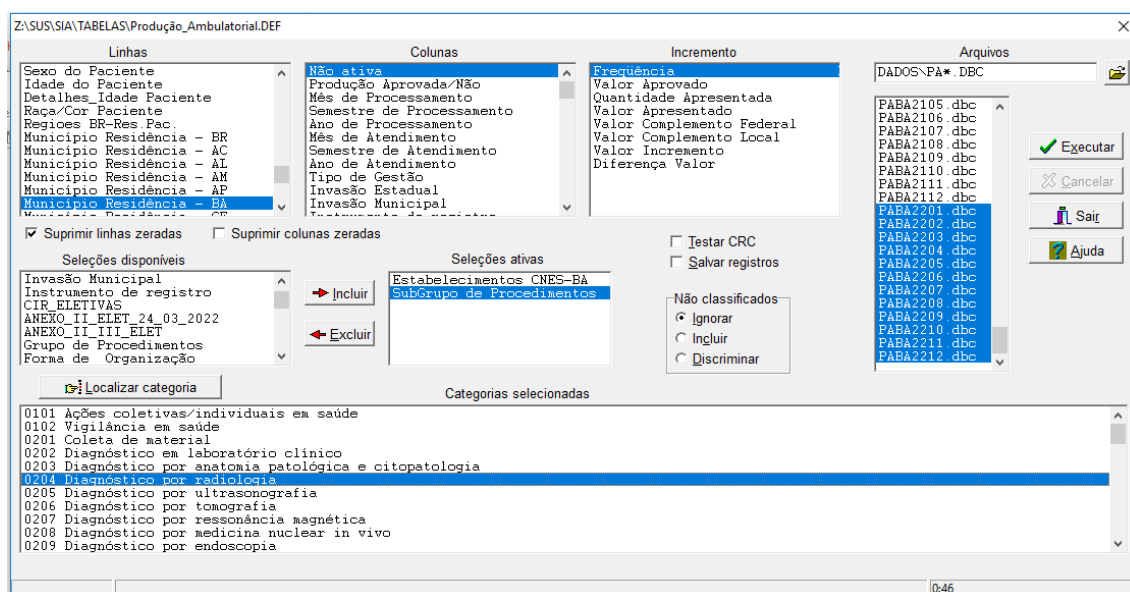
Fonte: Tabwin/Datasus.

- Linhas: Município de Residência - BA;
- Colunas: Não ativa;
- Incremento: Frequência;
- Seleções disponíveis: Município de Atendimento - BA (selecionar município de interesse) e Subgrupo de Procedimentos (selecionar Diagnóstico por radiologia);
- Suprimir linhas zeradas
- Selecionar período da pesquisa
- Executar.

1.1.3 Para identificar o quantitativo de procedimentos ambulatoriais realizados em um determinado estabelecimento de saúde e o município de residência destes usuários SUS atendidos:

**Texto exemplo:** Quanto aos procedimentos *radiológicos* realizados no *estabelecimento x* (152), conforme SIA/DATASUS, no ano de 2022, 84% dos procedimentos foram realizados em residentes do próprio *município x*, enquanto que, os demais 16% foram realizados principalmente em *municípios de y e z*.

**Figura 3.** Tabulação Tabwin/SIA de procedimentos *radiológicos* realizados em um determinado estabelecimento de saúde.



Fonte: Tabwin/Datasus.

- Linhas: Município de Residência - BA;
- Colunas: Não ativa;
- Incremento: Frequência;
- Seleções disponíveis: Estabelecimentos CNES-BA (selecionar a unidade de saúde de interesse) e Subgrupo de Procedimentos (selecionar Diagnóstico por radiologia);
- Suprimir linhas zeradas;
- Selecionar período da pesquisa;
- Executar.

1.1.4 Para identificar se o município em questão possui PPI para realizar procedimentos ambulatoriais, o quantitativo de procedimentos e o aporte financeiro pactuado:

**Texto exemplo:** “Conforme dados da PPI/2019, o município supracitado dispõe de pactuação para realizar 20.274 procedimentos *radiológicos*, com aporte financeiro anual de R\$204.420,48”.

**Figura 4.** Busca Teto MAC no Observatório Baiano de Regionalização.

The image displays two screenshots of the Observatório Baiano de Regionalização website. The top screenshot shows the main dashboard with a map of Bahia and several service icons. The 'Teto MAC' icon is circled in red. The bottom screenshot shows the 'Teto MAC' search form, with the 'Recurso para o município' dropdown menu open and a list of municipalities, also circled in red.

**Top Screenshot:** The dashboard features a navigation bar with the following menu items: PRI, PPI, Pactuação Interfederativa, CIR, NRS, Consórcios de Saúde, Planejamento Governamental Saúde, and Projetos Estratégicos. Below the navigation bar is a map of Bahia. To the right of the map are several service icons: Teto MAC (circled in red), Desenho Territorial, Arquivos, BI, Acesso Restrito, and Comando Único. A button labeled 'Portarias COVID-19' and 'Acesse aqui' is also visible.

**Bottom Screenshot:** This screenshot shows the 'Teto MAC' search form. The 'Recurso para o município' dropdown menu is open, showing a list of municipalities: ABAÍRA, ABARÉ, ACAJUTIBA, ADUSTINA, ÁGUA FRIA, and AQUIBARA. The 'Recurso do município' dropdown menu is also open, showing a list of municipalities. Other form fields include 'Redes / Incentivo', 'Quadros PPI', 'Agregados / Leitos / Serviços', and 'Portarias Ministeriais'.

Fonte: Observatório Baiano de Regionalização.

**Figura 5.** PPI MAC, programação do recurso de exames *radiológicos* para o município.

PPI - MAC : PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

RESUMO PROGRAMAÇÃO DE RECURSO PARA O MUNICÍPIO

Selecione Município:

**PPI 2019 - RESUMO DE PROGRAMAÇÃO - IBGE: 290020 - MUNICÍPIO: ABARÉ - Valores Anuais**

PROGRAMAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL REFERENCIADA	228.410,23
ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ABRANGÊNCIA	56.539,56
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR REFERENCIADA	75.558,59
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR ABRANGÊNCIA	0,00
SERVIÇOS	0,00
UTI ABRANGÊNCIA	0,00
UCI ABRANGÊNCIA	0,00
<b>SUBTOTAL</b>	<b>360.508,38</b>

PPI - MAC : PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

RESUMO PROGRAMAÇÃO

**PPI 2019 - RESUMO DE PROGRAMAÇÃO - IBGE: 290020 - MUNICÍPIO: ABARÉ**

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL - PACTUAÇÃO REFERÊNCIA

\*\* [Baixar Excel](#)

AGREGADO	ENCAMINHADOR	FÍSICO	FINANCEIRO
0205020097 - ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	ABARÉ	150	3.630,00
0205020143 - ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	ABARÉ	172	4.162,40
020401XXXX - EXAMES RADIOLOGICOS - ODONTOLOGIA	ABARÉ	30	78,90
0204020000 - EXAMES RADIOLOGICOS DA COLUNA VERTEBRAL	ABARÉ	100	1.194,73
0204030000 - EXAMES RADIOLOGICOS DO TORAX E MEDIASTINO	ABARÉ	180	1.837,80
0204040000 - EXAMES RADIOLOGICOS DA CINTURA ESCAPULAR E DOS MEMBROS SUPERIORES	ABARÉ	227	1.560,63
0204060000 - EXAMES RADIOLOGICOS DA CINTURA PELVICA E DOS MEMBROS INFERIORES	ABARÉ	200	1.848,27
0205020000 - ULTRA-SONOGRAFIAS DOS DEMAIS SISTEMAS	ABARÉ	348	8.203,16
0205020046 - ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	ABARÉ	150	5.692,50
020201XXXX - EXAMES BIQUIMICOS (INTERMEDIARIO)	CHORROCHÓ	50	280,47
0204030000 - EXAMES RADIOLOGICOS DO TORAX E MEDIASTINO	CHORROCHÓ	30	306,30
0204040000 - EXAMES RADIOLOGICOS DA CINTURA ESCAPULAR E DOS MEMBROS SUPERIORES	CHORROCHÓ	20	137,50
0204060000 - EXAMES RADIOLOGICOS DA CINTURA PELVICA E DOS MEMBROS INFERIORES	CHORROCHÓ	14	129,38

Fonte: Observatório Baiano de Regionalização.

- Acesse o link: <https://obr.saude.ba.gov.br/>
- Teto MAC;
- Recurso para o município (selecione o município);
- Assistência ambulatorial referenciada;
- Identifique os exames radiológicos, some os valores da coluna “FÍSICO” para obter o quantitativo de procedimentos e some os valores da coluna “FINANCEIRO” para obter o aporte financeiro;

\* Não considerar os exames radiológicos em odontologia, pois é realizado no âmbito da Atenção Primária;

\*\* Através da opção “Baixar Excel”, os valores podem ser somados pelo Microsoft Excel.

1.1.5 Para identificar o quantitativo de aparelhos de *radiologia* em uso e disponíveis ao SUS, alocados no município e, especificamente nos estabelecimentos de saúde:

**Texto exemplo:** “Adicionalmente, em consulta ao CNES, observou-se que o município dispõe de 13 (treze) aparelhos de *radiologia*, em uso e disponíveis ao SUS, sendo que, deste quantitativo, 03 (três) encontram-se alocados no Hospital Municipal”.

**Figura 6.** Busca de equipamentos, por município, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

The image shows three screenshots of the CNESNet system interface. The top screenshot shows the navigation menu with 'Relatórios' selected and 'Equipamentos' highlighted. The middle screenshot shows the search results for equipment in the state of Bahia, municipality of Bom Jesus da Lapa. The bottom screenshot shows a detailed summary table for the municipality of Bom Jesus da Lapa, highlighting the equipment search results.

**Consulta Equipamentos**

Estado: BAHIA  
Município: BOM JESUS DA LAPA  
Competência: ATUAL

Código	Equipamento	Existentes	Em Uso	Existentes SUS	Em Uso SUS
<b>8-EQUIPAMENTOS DE AUDIOLOGIA</b>					
92	AUDIOMETRO DE DOIS CANAIS	2	2	2	2
95	CABINE ACUSTICA	1	1	1	1
<b>TOTAL</b>		3	3	3	3
<b>1-EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM</b>					
02	Mamografo com Comando Simples	1	1	1	1
04	Raio X ate 100 mA	1	1	1	1
05	Raio X de 100 a 500 mA	3	3	3	3
06	Raio X mais de 500mA	1	1	1	1
07	Raio X Dent*	14	14	2	2
09	Raio X para Densitometria Ossea	1	1	1	1
11	Tomógrafo Computadorizado	2	2	2	2
12	Ressonancia Magnetica	1	1	1	1
13	Ultrassom Doppler Colorido	6	6	5	5
14	Ultrassom Ecografo	5	5	3	3
15	Ultrassom Convencional	10	10	5	5
16	PROCESSADORA DE FILME EXCLUSIVA PARA MAMOGRAFIA	1	1	1	1
17	MAMOGRAFO COMPUTADORIZADO	2	2	2	2
<b>TOTAL</b>		48	48	28	28

**Indicadores - Equipamentos**  
Estado - BA  
Município - BOM JESUS DA LAPA  
Tipo Equipamento - Equipamentos de Diagnostico por Imagem - Raio X ate 100 mA

CNES	Estabelecimento	Existentes	em Uso	SUS
4022718	HOSPITAL MUNICIPAL CARMELA DUTRA	1	1	S
<b>Total</b>		1	1	
<b>Total de Estabelecimentos</b>			1	

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

- a) Acesse o link: <http://cnes2.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>
- b) Relatórios > Equipamentos;
- c) Selecione o estado e município;
- d) Identifique os equipamentos radiológicos e selecione para saber em qual estabelecimento de saúde está alocado;

\*Não considerar o Raio X dentário, devido a ser realizado no âmbito da Atenção Primária.

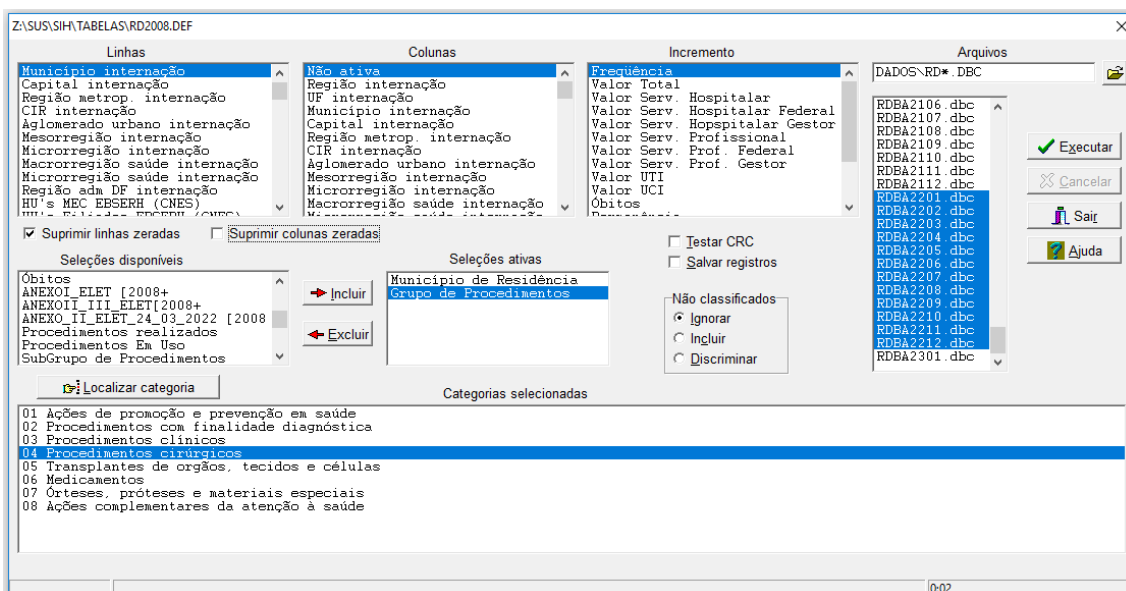
## 2 PRODUÇÃO HOSPITALAR (SIH-SUS)

### 2.1 PESQUISA SOBRE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

2.1.1 Para identificar o quantitativo de procedimentos cirúrgicos realizados nos residentes de um município e em qual cidade foram executados:

**Texto exemplo:** “Em específico aos procedimentos cirúrgicos realizados nos residentes de *um município*, segundo dados do SIH/DATASUS, no ano de 2022, foram registrados 634 procedimentos, dos quais 42% foram realizados no próprio *município x*, 19% encaminhados para o *município y*, 15% encaminhados para *município z*, e os demais 24% para municípios circunvizinhos. Os principais procedimentos cirúrgicos realizados nos residentes de *x* foram as cirurgias obstétricas, cirurgias do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal e, cirurgias do aparelho geniturinário”.

**Figura 7.** Tabulação Tabwin/SIH de procedimentos cirúrgicos realizados nos residentes.



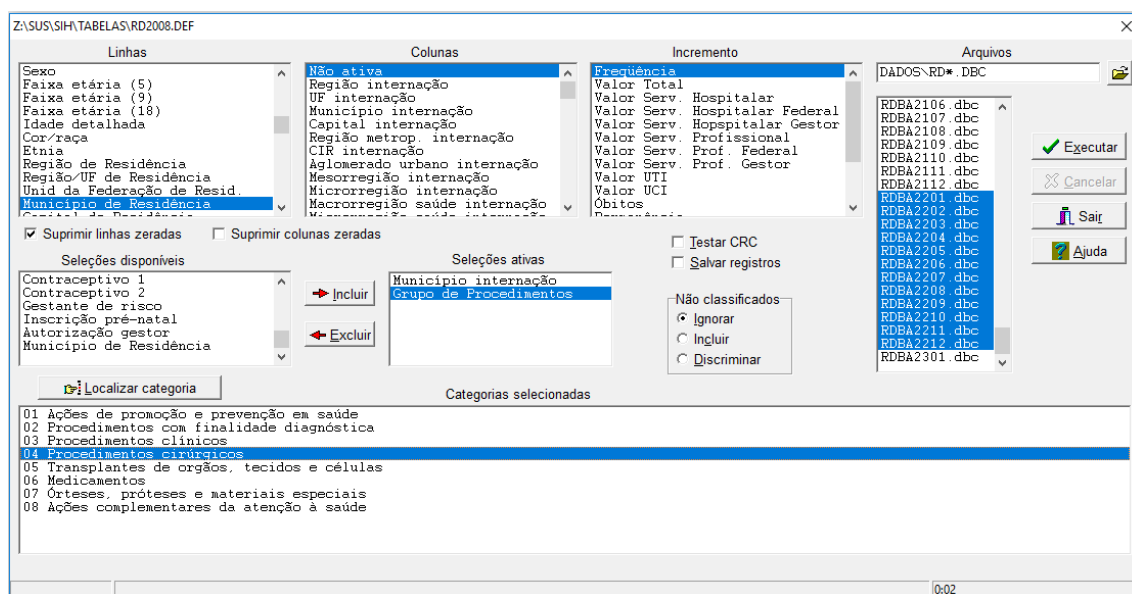
Fonte: Tabwin/Datasus.

- Linhas: Município de internação;
- Colunas: Não ativa;
- Incremento: Frequência;
- Seleções disponíveis: Município de Residência (selecionar município de interesse) e Grupo de Procedimentos (selecionar Procedimentos cirúrgicos);
- Suprimir linhas zeradas;
- Selecionar período da pesquisa;
- Executar.

2.1.2 Para identificar o quantitativo de procedimentos cirúrgicos realizados em um município e o município de residência dos usuários SUS atendidos:

**Texto exemplo:** “Quanto aos procedimentos cirúrgicos realizados no *município x*, em consulta ao SIH/DATASUS, no ano de 2022, foram registrados 14.843 atendimentos, dos quais 59% foram realizados em muncípes de *y*, 32% em residentes de *z*, e os demais 9%, principalmente em muncípes de *w*. Os principais procedimentos cirúrgicos realizados no município *x* foram as cirurgias obstétricas, cirurgias do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal e, cirurgias do aparelho geniturinário”.

**Figura 8.** Tabulação Tabwin/SIH de procedimentos cirúrgicos realizados no município.



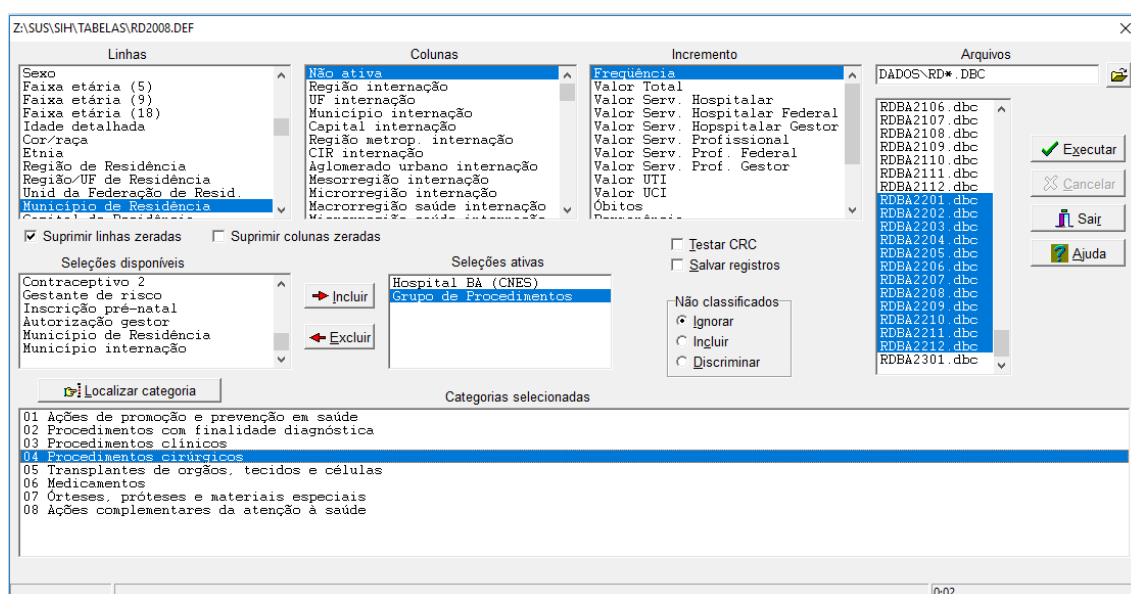
Fonte: Tabwin/Datasus.

- Linhas: Município de Residência;
- Colunas: Não ativa;
- Incremento: Frequência;
- Seleções disponíveis: Município de internação (selecionar município de interesse) e Grupo de Procedimentos (selecionar Procedimentos cirúrgicos);
- Suprimir linhas zeradas;
- Selecionar período da pesquisa;
- Executar.

2.1.3 Para identificar o quantitativo de procedimentos cirúrgicos realizados em um determinado estabelecimento de saúde e o município de residência destes usuários SUS atendidos:

**Texto exemplo:** “Quanto aos procedimentos cirúrgicos realizados no *Hospital Municipal* (152), conforme SIH/DATASUS, no ano de 2022, 84% dos procedimentos foram realizados em residentes do próprio município, enquanto que, os demais 16% foram realizados principalmente em municípios de y e z. Os principais procedimentos cirúrgicos realizados no Hospital Municipal foram as cirurgias obstétricas, cirurgias do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal e, cirurgias do aparelho geniturinário”.

**Figura 9.** Tabulação Tabwin/SIH de procedimentos cirúrgicos realizados em um determinado estabelecimento de saúde.



Fonte: Tabwin/Datasus.

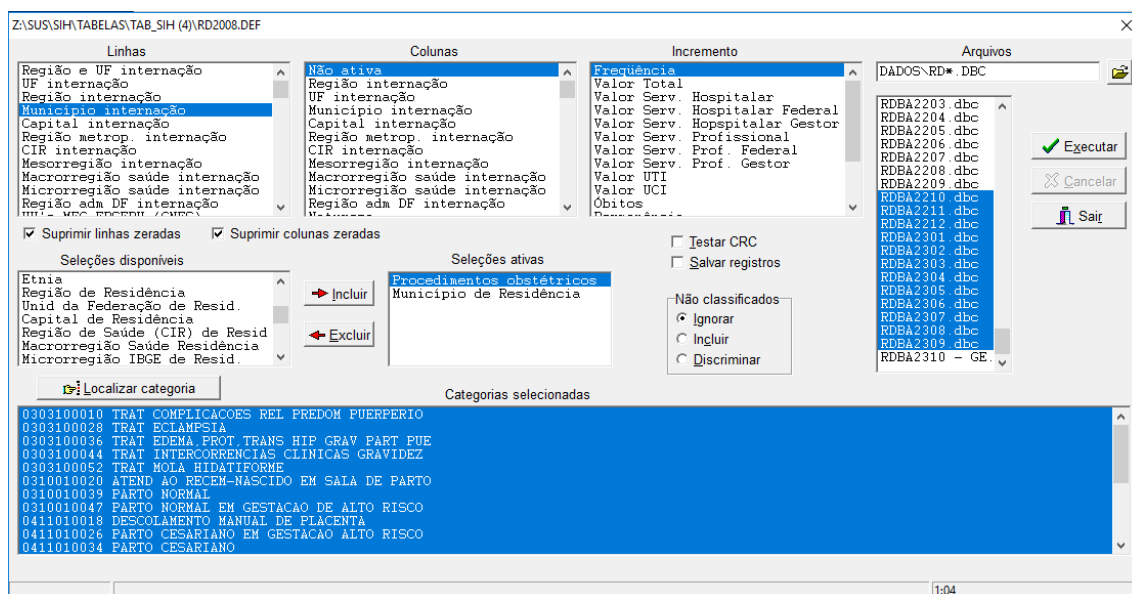
- Linhas: Município de Residência;
- Colunas: Não ativa;
- Incremento: Frequência;
- Seleções disponíveis: Hospital BA (CNES) (selecionar a unidade de saúde de interesse) e Grupo de Procedimentos (selecionar Procedimentos cirúrgicos);
- Suprimir linhas zeradas;
- Selecionar período da pesquisa;
- Executar.

Obs. Após executar as tabulações de procedimentos cirúrgicos, para identificar os principais procedimentos cirúrgicos realizados deve-se apenas substituir “Município de Residência” por “Subgrupo de procedimentos” em “Linhas”.

## 2.2 PESQUISA SOBRE PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

2.2.1 Para identificar o quantitativo de procedimentos obstétricos realizados nos residentes de *um município* e em qual cidade foram realizados:

**Figura 10.** Tabulação Tabwin/SIH de procedimentos obstétricos realizados nos residentes.

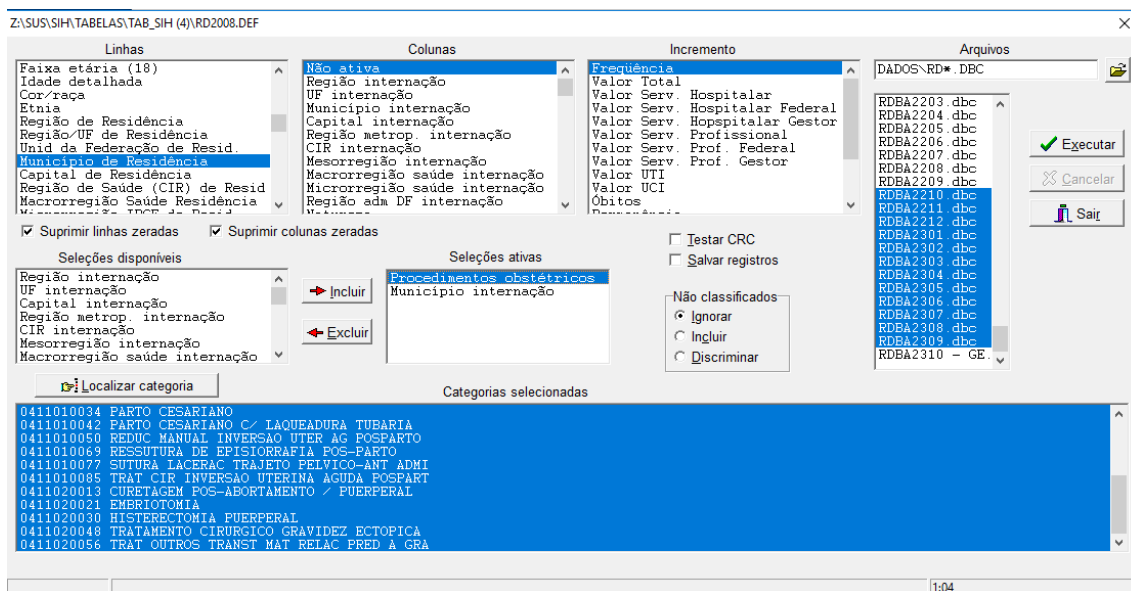


Fonte: Tabwin/Datasus.

- Linhas: Município de Internação;
- Colunas: Não ativa;
- Incremento: Frequência;
- Selecções disponíveis: Procedimentos obstétricos (selecionar os procedimentos de interesse) e Município de Residência (selecionar município);
- Suprimir linhas zeradas;
- Selecionar período da pesquisa;
- Executar.

2.2.2 Para identificar o quantitativo de procedimentos obstétricos realizados no município de *Boquira* e o município de residência dos usuários SUS atendidos:

**Figura 11.** Tabulação Tabwin/SIH de procedimentos obstétricos realizados no município.

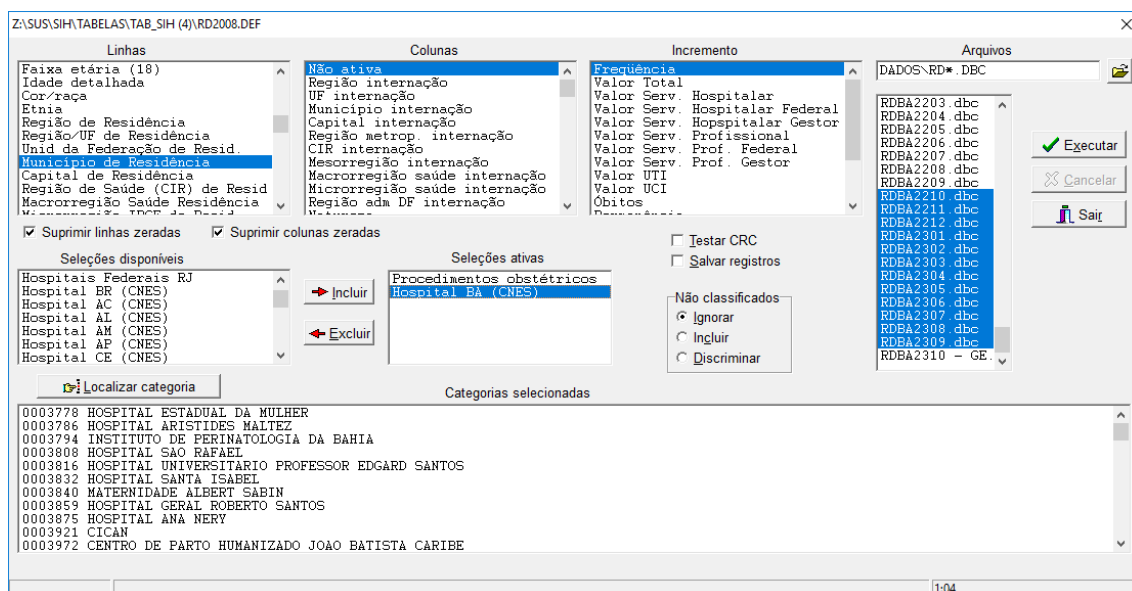


Fonte: Tabwin/Datasus.

- Linhas: Município de Residência;
- Colunas: Não ativa;
- Incremento: Frequência;
- Selecções disponíveis: Município de internação (selecionar município de interesse) e Procedimentos obstétricos (selecionar procedimentos);
- Suprimir linhas zeradas;
- Selecionar período da pesquisa;
- Executar.

2.2.3 Para identificar o quantitativo de procedimentos obstétricos realizados em um determinado estabelecimento de saúde e o município de residência destes usuários SUS atendidos:

**Figura 12.** Tabulação Tabwin/SIH de procedimentos cirúrgicos obstétricos em um determinado Hospital.



Fonte: Tabwin/Datasus.

- Linhas: Município de Residência;
- Colunas: Não ativa;
- Incremento: Frequência;
- Seleções disponíveis: Hospital BA (CNES) (selecionar a unidade de saúde de interesse) e Procedimentos obstétricos (selecionar Procedimentos);
- Suprimir linhas zeradas;
- Selecionar período da pesquisa;
- Executar.

**PARTE B**

**TABULAÇÕES USUALMENTE**

**UTILIZADAS EM DEMANDAS**

**JUDICIAIS E**

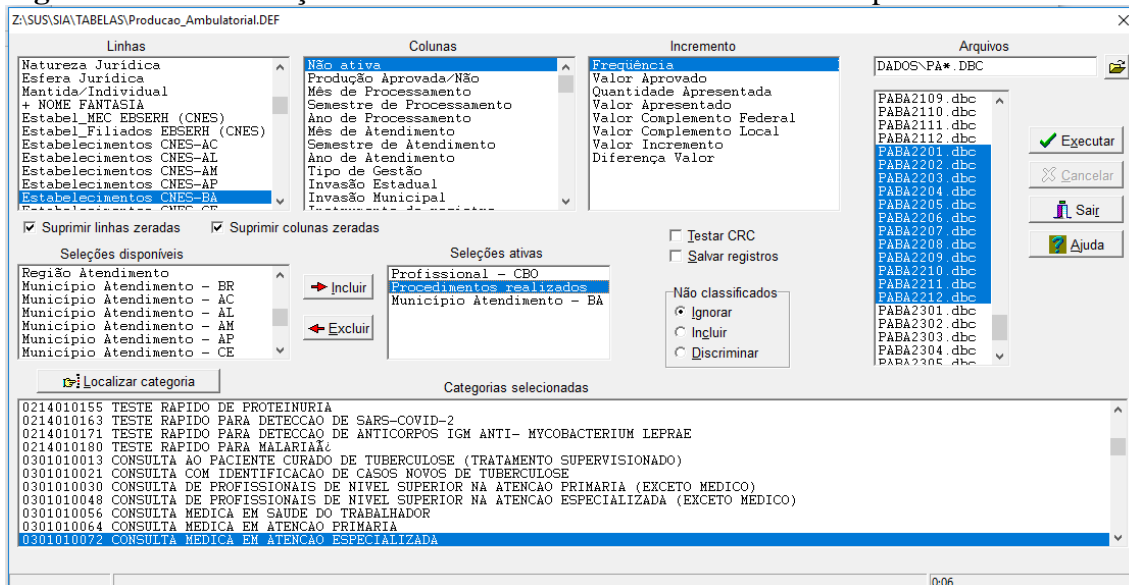
**ADMINISTRATIVAS**

### 3 PRODUÇÃO AMBULATORIAL (SIA-SUS)

#### 3.1 PESQUISA SOBRE CONSULTAS

3.1.1 Para identificar em quais estabelecimentos de saúde foram realizadas consultas com profissionais da saúde, por município de atendimento.

**Figura 13.** Tabulação Tabwin/SIA de consultas com profissionais da saúde.



Fonte: Tabwin/Datasus.

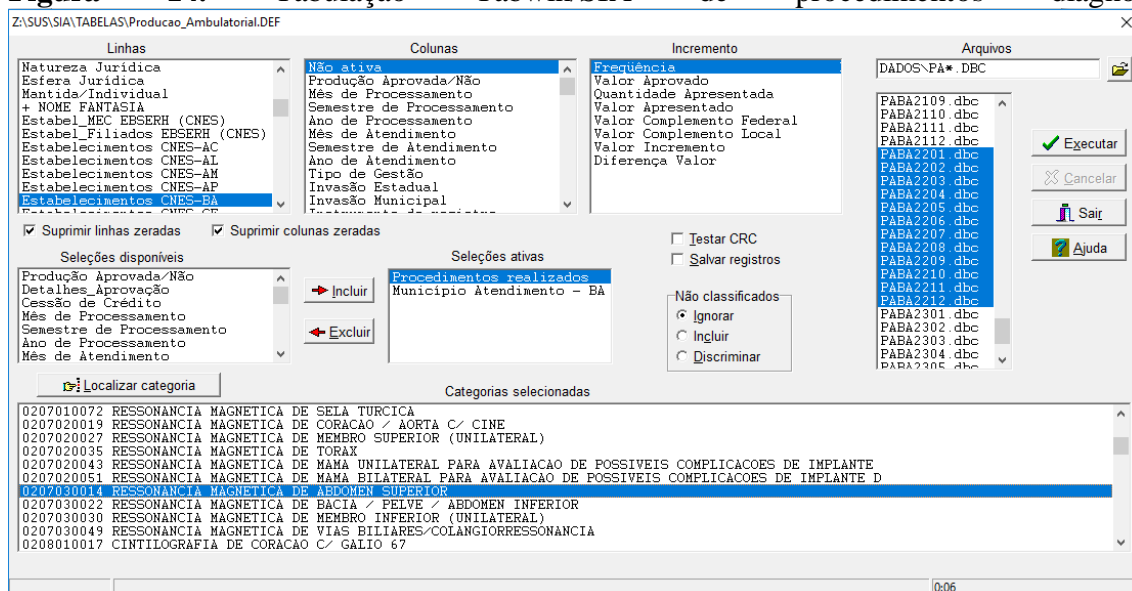
- Linhas: Estabelecimentos CNES-BA;
- Colunas: Não ativa;
- Incremento: Frequência;
- Seleções disponíveis: Profissional - CBO (selecionar o profissional de saúde de interesse), Procedimentos realizados (selecionar Consulta Médica em Atenção Especializada ou Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada Exceto Médico) e Município de Atendimento;
- Suprimir linhas zeradas;
- Selecionar período da pesquisa;
- Executar.

Obs. Caso seja necessário realizar a busca referente a uma faixa etária em específico, é possível adicionar em “Seleções disponíveis” a opção “Idade do Paciente”.

## 3.2 PESQUISA SOBRE PROCEDIMENTOS REALIZADOS

3.2.1 Para identificar em quais estabelecimentos de saúde foram realizados procedimentos diagnósticos, por município de atendimento.

**Figura 14.** Tabulação Tabwin/SIA de procedimentos diagnósticos.



Fonte: Tabwin/Datasus.

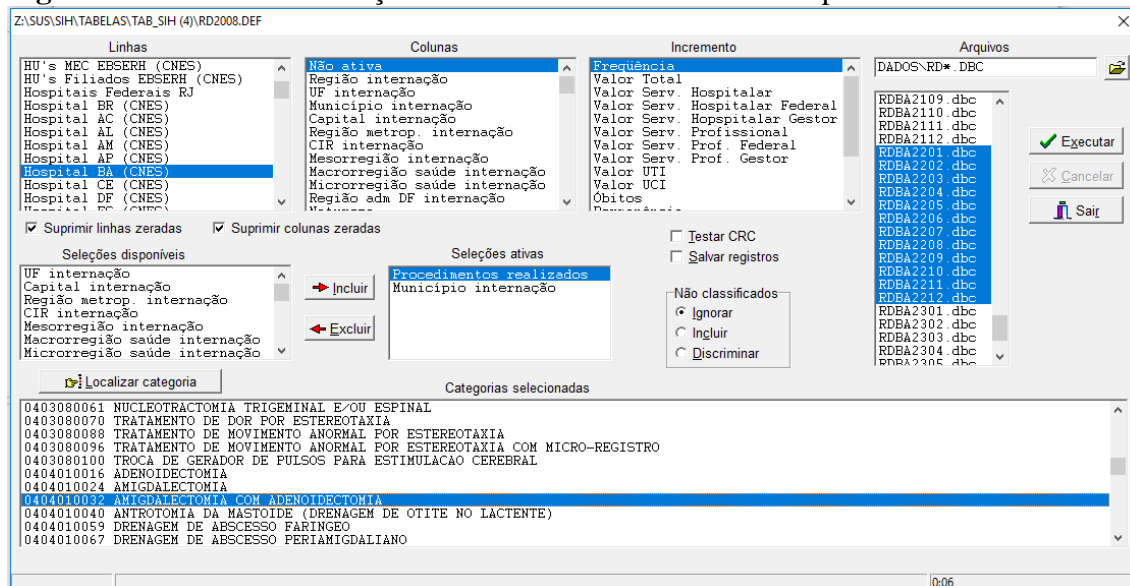
- Linhas: Estabelecimentos CNES-BA;
- Colunas: Não ativa;
- Incremento: Frequência;
- Selecções disponíveis: Procedimentos realizados (selecionar procedimento) e Município de Atendimento - BA;
- Suprimir linhas zeradas;
- Selecionar período da pesquisa;
- Executar.

## 4 PRODUÇÃO HOSPITALAR (SIH-SUS)

### 4.1 PESQUISA SOBRE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

4.1.1 Para identificar em quais hospitais foram realizados procedimentos cirúrgicos, por município de internação.

**Figura 15.** Tabulação Tabwin/SIH de procedimentos cirúrgicos.



Fonte: Tabwin/Datasus.

- Linhas: Hospital - BA;
- Colunas: Não ativa;
- Incremento: Frequência;
- Seleções disponíveis: Procedimentos realizados (selecionar procedimento) e Município internação;
- Suprimir linhas zeradas;
- Selecionar período da pesquisa;
- Executar.

## **OBSERVAÇÕES FINAIS**

Faz-se necessário mencionar que este Guia Prático limita-se as principais buscas realizadas rotineiramente na DAE/COAH, de modo que as pesquisas nos sistemas de informações utilizados não foram abordadas em sua totalidade, tendo em vista o grande leque de dados possíveis de serem extraídos. Assim, para aqueles que possuem interesse em explorar os sistemas de informação em saúde, recomenda-se a utilização de outras fontes e/ou cursos.

Para além dos sistemas de informações em saúde explorados neste guia, tendo em vista a ampla utilização, principalmente no âmbito da epidemiologia, é válido destacar os seguintes sistemas nacionais: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída por meio da Portaria GM/MS nº198/2004, a educação permanente é entendida como aprendizagem e ensino incorporados nos processos de trabalho, direcionados pelas necessidades de saúde da população (Brasil, 2004).

Nesse sentido, reforça-se a necessidade de, no processo de trabalho, revisitar outras fontes de informações com potencial de agregar no diagnóstico situacional, no planejamento de ações e na tomada de decisões. Da mesma forma que, pontua-se a necessidade de construção de um plano de ação educativa permanente, para que os servidores desenvolvam aproximação e capacidade crítica em relação aos procedimentos de busca e análise dos dados, com o propósito de subsidiar decisões a partir de análises técnicas de qualidade.

## REFERÊNCIAS

Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Assessoria de Planejamento e Gestão. Observatório Baiano de Regionalização. Salvador; 2023. Disponível em: <<https://obr.saude.ba.gov.br/>>. Acesso em: dez. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/cebas/cnes-cadastro-nacional-de-estabelecimentos-de-saude>>. Acesso em: dez. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP, OPM) do SUS [Internet]. Brasília; 2023. Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>. Acesso em: dez.2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 15 fev. 2004, ANEXO II. p. 8. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tabwin. Portal do Governo Brasileiro. Brasília. 2016. Disponível em:<[https://portalsinan.saude.gov.br/sistemasauxiliares/tabwin#:~:text=Programa%20para%20an%C3%A1lise%20local%20de,de%20Sa%C3%BAde%20deste%20site\)%3B](https://portalsinan.saude.gov.br/sistemasauxiliares/tabwin#:~:text=Programa%20para%20an%C3%A1lise%20local%20de,de%20Sa%C3%BAde%20deste%20site)%3B)>. Acesso em: dez. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. SIGTAP Sistema de Gerenciamento da Tabela SUS. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Brasília. Disponível em: <[https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fwww.saude.ms.gov.br%2Fwpcontent%2Fuploads%2F2019%2F12%2FRTSSES\\_MS.pptx&wdOrigin=BROWSELINK](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fwww.saude.ms.gov.br%2Fwpcontent%2Fuploads%2F2019%2F12%2FRTSSES_MS.pptx&wdOrigin=BROWSELINK)>. Acesso em: dez. 2023.

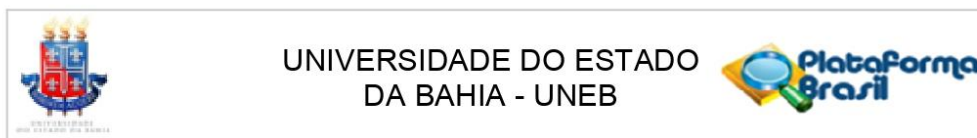
Carvalho, Déa M.T. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH-SUS. In: Ministério da Saúde. A Experiência Brasileira em Sistemas de Informação em Saúde. v. I, Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Editora do MS, 2009. p. 49-70. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia\\_brasileira\\_sistemas\\_saude\\_volume1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2024.

Ferreira, S.M.G. Sistema de Informação em Saúde: Conceitos fundamentais e organização. In: Nescon/UFMG. Oficina de capacitação para docentes do curso de atualização em gestão municipal na área de saúde. 1999. p.7. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2249.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2024.

Scatena, João Henrique G.; Tanaka, Oswaldo Yoshimi. Utilização do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) na análise da descentralização da saúde em Mato Grosso. Inf. Epidemiol. Sus, Brasília, v. 10, n. 1, p. 19-30, mar. 2001 . Disponível em:

<[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16732001000100003&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732001000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 jan. 2024.

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** LEGADOS DA PANDEMIA DA COVID-19 AO PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO HOSPITALAR

**Pesquisador:** FANNY ALMEIDA WU

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 69845523.8.0000.0057

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.248.570

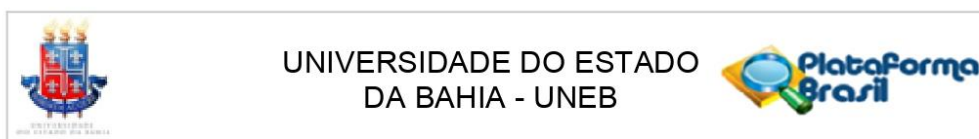
#### Apresentação do Projeto:

O projeto é vinculado ao DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA, MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA/UNEB - Salvador.

Resumo informado pela autora:

"Frente à identificação do SARS-CoV-2, em menos de três meses a Covid-19 foi caracterizada pela OMS como Pandemia. Diante desta emergência global, o Brasil, um dos países mais afetados pela doença, planejou ações de enfrentamento no âmbito dos três níveis de governo, sociedade civil, organizações de saúde e entidades acadêmicas e científicas. Foram elaborados planos de contingência, publicadas recomendações técnicas, desenvolvidas pactuações, consórcios e movimentos em torno do enfrentamento à Covid-19. Esta pesquisa aborda sobre o legado da pandemia de Covid-19 ao planejamento da atenção hospitalar, em específico a experiência de contingência da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Possui como objetivo geral analisar os legados da contingência à pandemia de Covid-19 ao planejamento da atenção hospitalar no Estado da Bahia no período de 2020 a 2022. É uma pesquisa descritiva, documental, de abordagem qualitativa, a ser desenvolvida com trabalhadores da SESAB através de entrevistas semiestruturadas, as quais serão gravadas, transcritas e tratadas pelo plano de análise de conteúdos, articuladamente com a análise de documentos oficiais (plano de contingência e de

**Endereço:** Avenida Engenheiro Oscar Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 3º andar, sala 1, Água de Meninos,  
**Bairro:** Água de Meninos - site [www.cep.uneb.br](http://www.cep.uneb.br) **CEP:** 40.460-120  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3612-1330 **Fax:** (71)3612-1300 **E-mail:** [cepuneb@uneb.br](mailto:cepuneb@uneb.br)/[www.cep.uneb.br](http://www.cep.uneb.br)



Continuação do Parecer: 6.248.570

saúde estaduais; boletins epidemiológicos, relatórios e resoluções da CIB, COES/COVID -19 estadual e atas da Comissão Intergestores Regional (CIR). Espera-se que através desta pesquisa sejam identificados os legados do planejamento da atenção hospitalar, no que se refere às prioridades e estratégias adotadas na contingência de Covid-19, enfrentamentos estabelecidos para elementos chave do sistema de saúde, tais como expansão da capacidade instalada da atenção hospitalar estadual, educação permanente e gestão do trabalho, que, possivelmente tenham deixado legados ao planejamento da atenção hospitalar no âmbito do SUS. Ademais, diante da lacuna na literatura científica sobre o planejamento estratégico na contingência à Covid-19, fez-se oportuno tal estudo, a luz do pressuposto de que houveram legados da pandemia”.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar a existência de legados da contingência à pandemia de COVID-19 do planejamento da atenção hospitalar no estado da Bahia, no período de 2020 a 2022.

Objetivo Secundário:

Identificar e descrever os legados da contingência à pandemia de COVID-19, se existentes, no planejamento da atenção hospitalar da SESAB, no período de 2020 a 2022;

Discutir ações estratégicas de contingência à pandemia de COVID-19, implementadas à luz da regionalização no planejamento da atenção hospitalar da SESAB, no período de 2020 a 2022.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos e Benefícios informados conforme orienta a Resolução nº 466/12.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante e exequível.

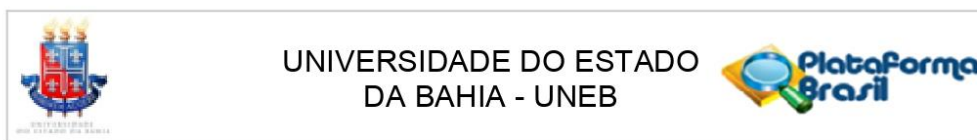
A metodologia proposta bem como os critérios de inclusão e exclusão e cronograma são compatíveis com os objetivos propostos no projeto.

Vale lembrar que as entrevistas devem ser mantidas sem identificar os (as) participantes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

As declarações apresentadas são condizentes com as Resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos. Os pesquisadores envolvidos com o desenvolvimento do projeto apresentam declarações de compromisso com o desenvolvimento do projeto em consonância com

**Endereço:** Avenida Engenheiro Oscar Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 3º andar, sala 1, Água de Meninos,  
**Bairro:** Água de Meninos - site [www.cep.uneb.br](http://www.cep.uneb.br) **CEP:** 40.460-120  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3612-1330 **Fax:** (71)3612-1300 **E-mail:** [cepuneb@uneb.br](mailto:cepuneb@uneb.br)/[www.cep.uneb.br](http://www.cep.uneb.br)



Continuação do Parecer: 6.248.570

a Resolução 466/12 CNS/MS, bem como com o compromisso com a confidencialidade dos participantes da pesquisa e as autorizações das instituições proponente e coparticipante.

O TCLE apresentado possui uma linguagem clara e acessível aos participantes da pesquisa e atende ao disposto na resolução 466/12 CNS/MS contendo todas as informações necessárias ao esclarecimento do participante sobre a pesquisa bem como os contatos para a retirada de dúvidas sobre o processo.

#### Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos participantes, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

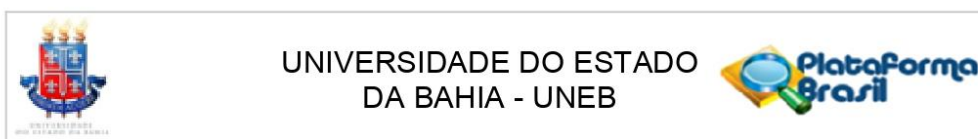
#### Considerações Finais a critério do CEP:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.69845523.8.0000.0057

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2116179.pdf	16/07/2023 09:55:24		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.docx	16/07/2023 09:54:33	FANNY ALMEIDA WU	Aceito

**Endereço:** Avenida Engenheiro Oscar Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 3º andar, sala 1, Água de Meninos,  
**Bairro:** Água de Meninos - site [www.ceb.uneb.br](http://www.ceb.uneb.br) **CEP:** 40.460-120  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3612-1330 **Fax:** (71)3612-1300 **E-mail:** [cepuneb@uneb.br](mailto:cepuneb@uneb.br)/[www.ceb.uneb.br](http://www.ceb.uneb.br)



Continuação do Parecer: 6.248.570

Ausência	TCLE.docx	16/07/2023 09:54:33	FANNY ALMEIDA WU	Aceito
Outros	TERMO_AUTORIZACAO_INSTITUCIONAL_COPARTICIPANTE.pdf	21/05/2023 10:51:31	FANNY ALMEIDA WU	Aceito
Outros	TERMO_AUTORIZACAO_INSTITUCIONAL_PROPONENTE.pdf	21/05/2023 10:49:53	FANNY ALMEIDA WU	Aceito
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE.pdf	21/05/2023 10:43:25	FANNY ALMEIDA WU	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_PESQUISADOR.pdf	21/05/2023 10:43:04	FANNY ALMEIDA WU	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA.pdf	21/05/2023 10:40:17	FANNY ALMEIDA WU	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	21/05/2023 10:36:25	FANNY ALMEIDA WU	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	04/05/2023 16:59:49	FANNY ALMEIDA WU	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DISSERTACAO.docx	04/05/2023 16:56:44	FANNY ALMEIDA WU	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	04/05/2023 16:23:56	FANNY ALMEIDA WU	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 18 de Agosto de 2023

Assinado por:  
Aderval Nascimento Brito  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Avenida Engenheiro Oscar Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 3º andar, sala 1, Água de Meninos,  
**Bairro:** Água de Meninos - site [www.cep.uneb.br](http://www.cep.uneb.br) **CEP:** 40.460-120  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3612-1330 **Fax:** (71)3612-1300 **E-mail:** [cepuneb@uneb.br](mailto:cepuneb@uneb.br)/[www.cep.uneb.br](http://www.cep.uneb.br)