

# PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL E GESTÃO DE LEITOS PARA O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NA BAHIA

## SITUATIONAL STRATEGIC PLANNING AND BED MANAGEMENT TO COUNT COVID-19 IN BAHIA

### PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA SITUACIONAL Y GESTIÓN DE CAMAS PARA CONTAR COVID-19 EN BAHIA

**Emerson Gomes Garcia, MSC**  
Universidade Federal da Bahia/Brazil  
[enfemerson98@gmail.com](mailto:enfemerson98@gmail.com)

**Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes, PhD**  
Universidade Federal da Bahia/Brazil  
[verapeixoto09@gmail.com](mailto:verapeixoto09@gmail.com)

**Wandilson Alisson Silva Lima, MSC**  
Universidade Federal da Bahia e Instituto Federal do Sertão Pernambucano  
[wandilson900@live.com](mailto:wandilson900@live.com)

**Maria Alcina Romero Boullosa, BEL**  
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia/Brazil  
[alcina.boullosa@saude.ba.gov.br](mailto:alcina.boullosa@saude.ba.gov.br)

#### RESUMO

O objetivo deste artigo é discutir a disponibilização do número de leitos para o enfrentamento ao COVID-19, no que se refere à atenção hospitalar na Bahia, considerando o Planejamento Estratégico Situacional. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e de natureza descritiva, com estratégia metodológica de estudo de caso, por meio da técnica de análise documental sobre a COVID-19 no Estado da Bahia. Foram levantados dados a partir de Notas Técnicas, Boletins Epidemiológicos do *site* da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia para o dimensionamento e a alocação de recursos hospitalares necessários ao atendimento da pandemia, e analisados com base em parâmetros do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, entre junho/2020 e julho/2020. Os resultados alcançados indicam que a rápida reorganização das Redes de Atenção à Saúde para o atendimento às pessoas atingidas pelo COVID-19 impactou positivamente na gestão de leitos no Estado da Bahia.

**Palavras-chave:** Gestão de Leitos; Covid-19; Rede de Atenção à Saúde; Planejamento Estratégico Situacional.

#### ABSTRACT

The main objective of this article is to discuss the availability in the management of beds to face COVID-19, with regard to hospital care in Bahia, considering the Situational Strategic Planning. A qualitative and descriptive approach was adopted, with a case study methodological strategy, using the document analysis technique on COVID-19 in the State of Bahia. Data were collected from Technical Notes, Epidemiological Bulletins from the website of the Bahia State Health Department for the sizing and allocation of hospital resources necessary to respond to the pandemic, and analyzed based on parameters from the Ministry of Health and the Pan-American Organization of Health, between June/2020 and July/2020. The results achieved indicate that the rapid reorganization of the Health Care Networks to support those affected by COVID-19 had a positive impact on the management of beds in the State of Bahia.

**Keywords:** Bed Management; Covid-19; Health Care Network; Situational Strategic Planning.



## RESUMEN

El propósito de este artículo es discutir la disponibilidad del número de camas para el afrontamiento del COVID-19, en relación con la atención hospitalaria en Bahia, Planificación Estratégica Situacional. Se trata de una investigación cualitativa y descriptiva, con una estrategia metodológica de estudio de caso, utilizando la técnica de análisis documental sobre COVID-19 en el Estado de Bahia. Los datos fueron recolectados de Notas Técnicas, Boletines Epidemiológicos del sitio web de la Secretaría de Estado de Salud de Bahia para el dimensionamiento y asignación de los recursos hospitalarios necesarios para atender la pandemia, y analizados con base en parámetros del Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud entre junio/2020 y julio/2020. Los resultados obtenidos indican que la rápida reorganización de las Redes de Atención de Salud para atender a los afectados por COVID-19 tuvo un impacto positivo en la gestión de camas en el Estado de Bahia.

**Palabras clave:** Gestión de camas; COVID-19; Red de atención médica; Planificación Estratégica Situacional.

## 1 INTRODUÇÃO

A pandemia causada pelo SARS-CoV-2 teve como consequência primordial o agravamento dos aspectos epidemiológicos referente à distribuição espacial de doenças e às causas de morte. Concomitantemente, na esfera econômica, as populações foram impactadas pelas medidas de contenção da pandemia, tais como: distanciamento social, quarentena, fechamento de escolas, universidades e interdição de locais públicos. Notou-se assim, que os grupos socioeconomicamente vulneráveis foram os mais atingidos pela crise sanitária mundial, ocasionada pelo novo coronavírus (NATIVIDADE et al., 2020; RACHE, 2020; RIBEIRO et al., 2020). Neste sentido, Canabarro e outros (2020) argumentam que tão crítico como o percentual de infecções e de mortalidade por Covid-19, é a capacidade de resposta do sistema de saúde, o que demanda planejamento e gestão.

A doença ganhou espaço pelo mundo e foi classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como pandemia nos pródromos do mês de março de 2020. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) reconheceu, nesta mesma época, a transmissão comunitária do COVID-19 no território nacional. A partir disso, a expectativa girava em torno de um aumento exponencial do número de casos novos (RIBEIRO et al., 2020), perpetuando-se nos meses seguintes, em razão do alto grau de transmissibilidade da doença.

Em outros países, foi possível observar que as consequências da pandemia variaram entre as regiões. Nos locais mais atingidos houve um aumento significativo da demanda por serviços de saúde, principalmente em relação aos leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para suporte ventilatório mecânico, na síndrome respiratória aguda. Por esse motivo, tornou-se fundamental conhecer as regiões geopolíticas mais suscetíveis, otimizar o uso de serviços existentes e avaliar os recursos primordiais para fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde em âmbitos regional e local (Instituto de Estudos para Políticas de Saúde – IEPS, 2020).

Dessa forma, destaca-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) é territorialmente organizado na forma de regiões de saúde, definidas como espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado por identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, para integrar a organização, o planejamento e a execução serviços de saúde (BRASIL, 2011).

As medidas de controle foram essenciais para o enfrentamento da crise sanitária em questão, abrangendo o isolamento social, a redução e/ou fechamento de serviços, as medidas de contenção comunitária ou bloqueio total (*lockdown*) e a suspensão de eventos. Dito isto, a adoção dessas medidas foi possível devido ao

federalismo brasileiro que, conferido pela Constituição Federal de 1988, proporcionou autonomia de estados e municípios na adoção de ações emergenciais na promoção da saúde pública frente à pandemia. Essas providências foram intensificadas dado ao agravamento e expansão da epidemia, sobretudo nas regiões brasileiras Norte e Nordeste (AQUINO et al., 2020; SCHAEFER et al., 2020).

Segundo Aquino e outros (2020) o Estado da Bahia foi um dos primeiros a optar pela aplicação das medidas de distanciamento social no País, objetivando evitar aglomerações e maior circulação de pessoas diante da gravidade epidemiológica. Por sua vez, após o primeiro caso de infecção pelo COVID-19, registrado em 06 de março de 2020, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) iniciou uma revisão do planejamento das Redes de Atenção à Saúde (RASs) (BAHIA, 2020a). Segundo Mendes (2011), as RASs são um sistema que busca, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de interrelações. Assim, esta revisão foi realizada a partir de todas as RASs do Estado, permitindo uma visão geral do funcionamento emergencial referido em decorrente da pandemia.

Nesse artigo de revisão teórica foram realizadas buscas nas bases de dados da CAPES, *Google academics* e Scielo, nas quais encontram-se vários estudos. Todavia em tais achados, o planejamento é baseado em simulações de cenários e não na realidade fática (NORONHA et al., 2020; CANABARRO et al., 2020). No que se refere ao uso do Plano Estadual de Saúde e COVID-19 foi encontrado o trabalho de Gossenheimer e Abdala (2020, p. 63), o qual afirma que a incerteza causada pela COVID-19, por ser uma doença desconhecida, por si só já seria causadora de uma dificuldade em prever os movimentos sociais, uma vez que, no momento em que este trabalho foi realizado, ainda eram escassos os estudos sob esta perspectiva.

Contudo, foi desenvolvido um estudo a respeito do número de leitos clínicos e de UTI no Estado da BA, com o intuito de identificar a capacidade instalada, para possível ampliação do número destes leitos, de modo a atender à demanda específica que a pandemia da COVID-19 exige. No entanto, a heterogeneidade regional da Bahia demonstrava, assim como na maioria dos demais estados, principalmente naqueles das regiões Norte e Nordeste, a escassez de recursos, onde se destaca o *déficit* de leitos, gerando o seguinte problema da pesquisa: como a gestão dos leitos da SESAB conseguiu estruturar a rede de forma a garantir ao usuário do SUS a assistência integral para o tratamento das complicações da COVID-19, seja em leitos próprios ou credenciados e disponibilizados em parceria com a rede suplementar da saúde à luz do planejamento estratégico situacional?

O objetivo deste artigo é discutir a disponibilização do número de leitos para o enfrentamento ao COVID-19, no que se refere à atenção hospitalar na Bahia, considerando o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Para atingir este objetivo foram necessários: a) analisar a distribuição de leitos considerando o cenário epidemiológico; b) comparar a oferta de leitos *versus* a incidência de casos positivos para a COVID-19 que necessitam de internação clínica ou de UTI; c) estimar a necessidade de leitos no Estado da Bahia. Diante do exposto, são analisados os dados da SESAB no que tange aos atendimentos a pacientes acometidos pela COVID-19 e com necessidade de internação; d) realizar um estudo empírico para levantar informações sobre o dimensionamento e a alocação de recursos hospitalares necessários ao enfrentamento da COVID-19. Além desta introdução, o artigo é composto pelo referencial que retrata os instrumentos de planejamento e as regiões de saúde da Bahia, a metodologia da pesquisa, os resultados e discussões e, por fim, as considerações finais.

## 2 INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO E AS REGIÕES DE SAÚDE DA BAHIA

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é o referencial teórico norteador para identificar, sob diferentes ângulos, atores e apostas (MATUS, 1991, 1997, 2006), as áreas de maior carência de leitos no Estado, observando-se os parâmetros assistenciais para o cálculo de recursos mínimos necessários ao atendimento hospitalar dos pacientes com COVID-19 e com necessidade de internação.

Há diferentes metodologias de Planejamento, dentre as quais, o PES é uma vertente do Planejamento Estratégico, que inclui: a) o conceito de situação; b) a premissa da existência de uma pluralidade explicativa, conforme o número de atores envolvidos; c) a Teoria da Produção Social, a qual argumenta que a explicação situacional dos fatos deve ser feita no plano da produção dos fatos – como são percebidos – “aparência” – fenoeestrutura ou acumulações do poder e das leis básicas ou genoestrutura – “essência”. O enfoque metodológico do PES considera quatro momentos, a saber: a) momento explicativo: explicam-se os problemas a partir do conceito de situação, da Teoria da Produção Social e da utilização de fluxogramas; b) momento normativo: refere-se ao “dever ser”. É quando se definem as operações que enfrentarão os problemas; c) momento estratégico: corresponde ao “pode ser e ao como fazer” (análise de viabilidade e formulação de estratégias); d) momento tático-operacional: corresponde à desagregação das grandes diretrizes do Plano e sua implementação (RIVERA, 1995).

Matus (1991, 1997, 2006) identificou em suas análises que a capacidade governamental, observando “a situação de um governante perante a realidade”, é oriunda de três vértices. Estas são relacionadas às variáveis-chave como forma de analisar o resultado de governos, a saber: projeto de governo, capacidade de governo e a governabilidade. O “projeto de governo” ou “plano de uma empresa pública” compreende o trajeto que a administração planeja seguir; a “capacidade de governo” diz respeito à competência técnica e aos recursos financeiros; e a “governabilidade” retrata o potencial de articulação com os agentes (atores) envolvidos internamente e/ou externamente. Quanto a questão do PES, Fonseca, Beltrão e Prado (2013) ressaltam a relevância do equilíbrio entre o papel da técnica e da política agindo concomitantemente, uma vez que os múltiplos aspectos sociais, econômicos, internacionais, políticos e outros, em um contexto de incertezas, levam os gestores governamentais optarem por variáveis que são mais controláveis, em detrimento daquelas incontroláveis.

A epistemologia situacional pós-moderna defendida por Matus vai além da visão positivista, instrumentalista, economicista e racional, pois considera a lógica do jogo social marcada teoricamente pela complexidade, indeterminismo e incerteza. Assim, diante dos problemas enfrentados pela administração pública, a perspectiva situacional busca soluções que melhor se apliquem ao alcance da eficiência administrativa e do fortalecimento democrático (FORTIS, 2010).

O PES é indicado para o nível de direção central, no enfrentamento de problemas de alta complexidade de negociação, envolvendo outros atores (sociedade, empresários e políticos). De acordo com Rivera e Arkeman (2010, p. 2269): “O PES, enquanto uma análise situacional de problemas, comporta uma tendência para o estabelecimento de nexos ou transversalidades, que ajuda a costurar redes [...]”. Como conclui um estudo bibliométrico entre 2013 e 2018 de Cobaito (2019), o PES é uma temática estudada sobretudo nas áreas de saúde e administração pública, propondo um dispositivo metodológico que busca soluções para problemas, situações e

ambientes complexos. Dada a complexidade da pandemia, com a possibilidade de articular as RASs, optou-se pelo uso do PES no seu enfrentamento na Bahia.

Desta forma, a partir do dia 1º de abril, em atendimento à dinâmica de acompanhamento, estabelecida pelo Ministério da Saúde, relativa à disponibilidade de leitos para pacientes suspeitos ou confirmados para a COVID-19, a Comissão Intergestores Bipartite(CIB)/ BA passou a validar a situação das Unidades de Referência e de Retaguarda, com envio de Resoluções publicadas no Diário Oficial do Estado, para o Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência/ Secretaria de Atenção Especializada em Saúde do MS. Vale ressaltar que a CIB é uma instância colegiada, a qual se reúne Secretários Municipais de Saúde e a gestão da Secretaria de Saúde do Estado para a tomada de decisões e em encaminhamento que definem as políticas de Saúde de forma solidária e corresponsável. Na situação de Pandemia do COVID-19, a participação dos atores foi fundamental para que o PES abrangesse as nove macrorregiões de Saúde do Estado da Bahia.

As áreas técnicas da Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS) e da Superintendência de Regulação Saúde (SUREGS) passaram a acompanhar, diariamente, a ativação dos leitos planejados, a partir do credenciamento de unidades hospitalares filantrópicas ou privadas, do cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e da solicitação de habilitação de leitos de UTI de unidades sob gestão municipal ou início de funcionamento em unidades da rede própria da SESAB.

O Estado está dividido em nove macrorregiões de Saúde conforme Plano Diretor de Regionalização (PDR) que busca garantir a assistência à saúde permitindo dessa forma a descentralização de maneira hierarquizada e universal, dessa forma oferecendo ao usuário do SUS um cuidado mais próximo possível de seu local de moradia do paciente. A Regionalização da Saúde é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão. Dessa forma, são os gestores, os principais atores que orientam a descentralização das ações e serviços de saúde, assim como os processos de negociação e pactuação. Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são: Plano Diretor de Regionalização (BAHIA, 2008), o Plano Diretor de Investimento (PDI) (BAHIA, 2010) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI) (BAHIA, 2019).

No Estado da Bahia (BA), o Plano Diretor de Regionalização (PDR) divide o espaço geográfico do estado em 28 Regiões, nas quais se encontram as nove Macrorregiões de Saúde. Nestas regiões se dão todas as negociações do Planejamento Regional Integrado (PRI) (BAHIA, 2018).

Os Núcleos Regionais de Saúde (NRS) são em número de nove e superpõe o mesmo espaço geográfico que correspondem as Macrorregiões definidas no PDR. Entretanto, o Planejamento e a Programação Regional continuam sendo negociados nas 28 Regiões de Saúde mediante pactuações realizadas nas Comissões Intergestores Regionais.

Os NRS têm a finalidade de acompanhar as atividades de regulação, de vigilância sanitária e a dispensação de medicamentos, bem como as ações relativas à Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços de Saúde, Central de Aquisições e Contratações da Saúde e à Corregedoria da Saúde, contribuindo para o fortalecimento da gestão junto aos Municípios.

Os NRS estão distribuídos em: Núcleo Regional de Saúde Leste – Salvador; Núcleo Regional de Saúde Centro Leste – Feira de Santana; Núcleo Regional de Saúde Nordeste – Alagoinhas; Núcleo Regional de Saúde Sul – Ilhéus; Núcleo Regional de Saúde Extremo Sul – Teixeira de Freitas; Núcleo Regional de Saúde Norte –

Juazeiro; Núcleo Regional de Saúde Centro Norte – Jacobina; Núcleo Regional de Saúde Sudoeste – Vitória da Conquista; Núcleo Regional de Saúde Oeste – Barreiras.

No eixo relativo à gestão de leitos, o Plano Estadual de Saúde insere quatro tipologias de pontos de atenção que integram as Redes Atenção à Saúde no âmbito da pandemia, organizadas no Quadro a seguir:

Quadro 1 – Descrição das Tipologias das Unidades de Saúde no atendimento a COVID-19

<b>Tipologia</b>	<b>Descrição</b>
Pronto Atendimento COVID-19	Unidades pré-hospitalares ou hospitalares de média complexidade, com acesso por demanda espontânea, para atendimento exclusivo a sintomáticos respiratórios para classificação de risco e estabilização de casos graves até regulação.
Unidade de Referência (UR)	Unidades hospitalares de média e alta complexidade para a internação hospitalar de casos COVID-19 de maior gravidade, com acesso totalmente regulado pela Central Estadual,
Unidade de Retaguarda COVID-19 (URC)	Unidades hospitalares ou estruturas temporárias de retaguarda para as UR, para pacientes COVID de menor complexidade.
Unidades de Retaguarda Não COVID-19	Unidades hospitalares de média complexidade e/ou alta complexidade, destinadas a atender pacientes não COVID, objetivando a desospitalização desses usuários das Unidades de Referência, podendo dispor ou não de Unidade de Tratamento Intensivo.

Fonte: elaboração própria (2021) a partir de Bahia (2020b).

Diante do exposto, pode-se mencionar que as decisões do fenômeno estudado, quando se referem ao Plano Estadual de Saúde, partiram da capacidade de gestão de leitos e da estrutura das RASs no enfrentamento da pandemia no território analisado.

### **3 METODOLOGIA DA PESQUISA**

A presente pesquisa é de natureza qualitativa e descritiva, sobre o impacto do PES, utilizando um estudo de caso referente à implementação da Política de Enfrentamento da COVID-19 e a reorganização das RASs do Estado da Bahia. Essa opção metodológica, justifica-se porque esta doença é um fenômeno recente, investigado logo no princípio, por dados obtidos a partir da imersão no campo empírico e específico do problema.

Na pesquisa qualitativa, os dados coletados são predominantemente descritivos, acessados diretamente pelo pesquisador no ambiente natural (CRESWEL, 2007), envolvidos por uma abordagem interpretativa do mundo, procurando entender os fenômenos (DENZIN; LINCOLN, 2006; YIN, 2016). A abordagem descritiva propõe descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade, de forma a obter informações com relação ao problema a ser investigado e ao objetivo visado (TRIVIÑOS, 2008).

A principal técnica utilizada neste artigo é a análise documental, uma vez que os documentos são um conjunto de dados isolados, organizados e reagrupados, os quais possibilitam investigações diante do objetivo proposto (CELLARD, 2008; KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015). A escolha por essa técnica se deve ao caráter estável e rico dos documentos, além da viabilidade de estar disponível por um período de tempo para consulta, possuindo baixo custo financeiro de aplicabilidade (FLICK, 2009; KRIPKA; SCHELLER;

BONOTTO, 2015). A pesquisa estuda a gestão de leitos da SESAB à luz do planejamento estratégico situacional, com dados obtidos tendo como *locus*, a própria Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), no período do mês de junho/2020 e na 1ª quinzena de julho/2020.

A análise documental utiliza os documentos que retrataram o contexto político-institucional do fenômeno investigado, a saber: Notas Técnicas e Boletins Epidemiológicos de indicadores exclusivos da COVID-19 no Estado da Bahia. Para tanto, foi necessário entender previamente o processo de organização das RASs em todo o território baiano e assim, considerar melhor a importância da gestão dos leitos na SESAB.

Para Minayo (2013) os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. De acordo Yin (2015), os estudos de caso buscam contribuir para o avanço do conhecimento científico. A opção pelo estudo de caso único, deve-se ao fato da sua ocorrência em um contexto revelador, limitado a uma única unidade de análise do fenômeno, no qual são apresentados e discutidos os resultados decorrentes do uso do Planejamento Estratégico Situacional na gestão de leitos para o enfrentamento da COVID-19 pela a atenção hospitalar na Bahia.

A estimativa de necessidades de leitos considerou o seguinte cenário: projeção de 1% da população baiana infectada; o crescimento médio diário de 7% de novos casos de infecção; a necessidade de internação em 15% dos casos confirmados, sendo 7% em UTI e 8% em leitos clínicos; o tempo médio de permanência de sete dias em UTI e 14 dias em leitos clínicos. Estimou-se a necessidade de 4.125 leitos exclusivos COVID-19 para a Bahia, distribuídos em 2.455 clínicos e 1.670 de UTI (NORONHA et al., 2020).

Os resultados foram analisados pelos temas emergentes, relacionados ao fenômeno, acessados por meio dos documentos, versando sobre as seguintes categorias de análise: a) estimativas das necessidades de leitos e evolução dos casos confirmados do COVID-19; b) estruturação dos Serviços de Pronto Atendimento para a COVID-19; c) evolução do número de leitos exclusivos COVID-19 e sua taxa de ocupação; d) Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH) por Macrorregião de Saúde; e) tipo de gestão dos leitos COVID-19; f) distribuição macrorregional dos leitos COVID-19; g) incidência macrorregional, disponibilidade de leitos e mapeamento dos óbitos, segundo cenário epidemiológico; h) recursos federais para o financiamento de hospitais/leitos COVID-19.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Esta seção apresenta e discute os resultados, considerando-se as oito categorias de análise descritas na metodologia e desenvolvidas a seguir. Os resultados e discussão decorrem da análise documental do estudo, a partir de Notas Técnicas, Boletins Epidemiológicos e dados disponibilizados e acessados no *site* da SESAB, conforme discutidos a seguir.

### **4.1 Estimativas das necessidades de leitos e evolução dos casos confirmados da COVID-19 na Bahia**

Nota-se que na Bahia, a infecção pela Covid-19, comporta-se com características que diferem de outros estados brasileiros. Com isso, a Coordenação de Atenção Hospitalar/Diretoria de Atenção Especializada (COAH/DAE) tem trabalhado no monitoramento e na constante atualização da necessidade de leitos, de acordo

com estudos disponíveis, customizados a partir de dados locais, publicizados nos Boletins Epidemiológicos. (BAHIA, BOLETINS DIÁRIOS - COVID19).

Nas estimativas das necessidades de leitos consideram-se as seguintes variáveis: a) a projeção de 1% da população baiana infectada; b) o crescimento médio diário de 7% de novos casos de infecção; c) a necessidade de internação em 15% dos casos confirmados, sendo 7% em UTI e 8% em leitos clínicos; d) o tempo médio de permanência de sete dias na UTI e 14 dias em leitos clínicos (parâmetros OMS); e) tempo médio de duplicação da epidemia de 5,1 dias, e, f) a disponibilidade de leitos para a COVID, na qual estimou-se a necessidade de 4.125 leitos exclusivos COVID-19 para a Bahia, distribuídos em 2.455 clínicos e 1.670 de UTI. A Tabela 1 apresenta a estimativa de leitos, por macrorregião:

Tabela 1 – Estimativa da necessidade de leitos para atenção a COVID-19, por Macrorregião de Saúde – Bahia, 2020

<b>Macrorregião</b>	<b>UTI</b>	<b>Leito clínico</b>	<b>TOTAL</b>
Leste	735	964	1699
Centro-Leste	167	249	416
Nordeste	62	106	168
Centro-Norte	50	77	127
Norte	91	144	235
Oeste	110	187	297
Sudoeste	177	293	470
Sul	192	298	490
Extremo-Sul	86	137	223
<b>TOTAL</b>	<b>1670</b>	<b>2455</b>	<b>4125</b>

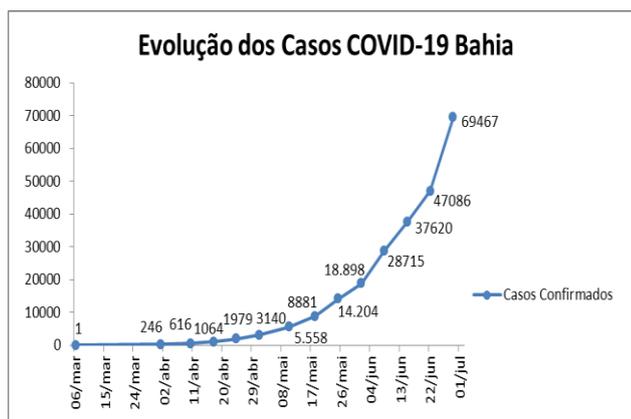
Fonte: COAH/ DAE/ SAIS/SESAB (2020).

Vale ressaltar que foi realizada a atualização da matriz calculadora, contendo as variáveis utilizadas e, diante do cenário apresentado no último mês, não houve alterações significativas. Os documentos para esta análise estão disponíveis na COAH/DAE.

Segundo os dados contidos no Boletim Epidemiológico da Superintendência de Vigilância da Saúde (SUVISA/SESAB), no dia 01 de abril de 2020 foram confirmados 246 casos e dois óbitos por COVID-19 no estado da Bahia. No dia 27 de junho, a SESAB incorporou ao Boletim Epidemiológico aproximadamente 8.000 casos positivados que estavam represados nos Sistemas de Informação (SI) aguardando, há mais de trinta dias, a validação pelos municípios. Neste sentido, com o novo processo de notificação adotado pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP/SUVISA), no dia 29 de junho, foram confirmados 69.467 casos e 1.800 óbitos.

Os dados demonstraram um crescimento de 48% dos casos confirmados naquela última semana epidemiológica, apresentando um percentual superior ao encontrado nas duas semanas anteriores, devido à atualização dos casos nos SI oficiais, segundo o Gráfico 1 abaixo.

Gráfico 1 – Evolução semanal dos casos confirmados de COVID-19 na Bahia, de março a julho/2020



Fonte: COAH/ DAE/ SAIS/SESAB (2020)

Em relação aos óbitos por a COVID-19, no estado da Bahia, ocorridos no período de abril a junho de 2020, verificou-se um acréscimo de 25%, de acordo com Gráfico 2 a seguir.

Gráfico 2 – Número de óbitos por COVID-19 - BA, abril a junho/2020



Fonte: COAH/ DAE/ SAIS/SESAB, 2020

Baseado nos dados apresentados, fazendo-se uma comparação em relação aos últimos trinta dias do mês de julho/2020, verifica-se que a Bahia multiplicou quatro vezes os casos de COVID-19 confirmados, e três vezes o total de óbitos ocasionados pela doença.

#### 4.2 Estruturação dos Serviços de Pronto Atendimento para a COVID-19

Os serviços de Pronto Atendimento para a COVID-19 (PA-COVID) são unidades pré-hospitalares ou hospitalares de média complexidade, de abrangência loco regional, com acesso por demanda espontânea, para atendimento exclusivo a pacientes com sintomas respiratórios.

Na Bahia, conforme aprovado em resolução CIB 187/2020 que defini a implantação de vinte unidades em vinte municípios até o mês de agosto de 2020, os quais estão inseridos em 8 (oito) macrorregiões de saúde

(apenas a Macro Extremo-Sul está sem planejamento), com financiamento estadual. Destes, sete estão previstos na Macro Sul, em suas quatro regiões de saúde.

De acordo com SESAB (2020), até o dia 29 de junho de 2020 existiam quinze serviços específicos para assistência dos casos de doença estavam em funcionamento, totalizando 75% da previsão de atendimento. Os PA-COVID em funcionamento estão descritos conforme Quadro 2.

Quadro 2 – Pronto Atendimento exclusivo Covid-19 por Macrorregião. BA, jul./2020

Macrorregião	Município	CNES	Estabelecimento de Assistência à Saúde
<b>Leste</b>	Lauro de Freitas	112615	Pronto Atendimento Santo Amaro de Ipitanga
	Itaparica	2602083	Hospital Geral de Itaparica
	Cruz das Almas	185213	Centro de Atendimento COVID 19*
<b>Centro-Leste</b>	Conceição do Coité	112119	PA Especializado COVID-19
	Tucano	134589	UPA 24 horas
<b>Nordeste</b>	Alagoinhas	133965	UPA 24 horas
	Esplanada	9753842	Pronto Atendimento do Palame
<b>Norte</b>	Paulo Afonso	9442693	Unidade de Pronto Atendimento Tipo II
<b>Centro-Norte</b>	Irecê	2532638	Hospital Municipal Josefa Sobral
<b>Oeste</b>	Barreiras	2659069	Hospital Municipal Eurico Dutra
<b>Sudoeste</b>	Brumado	149152	UPA 24 horas
<b>Sul</b>	Camacan	2602644	Hospital AMEC
	Jequié	2494930	Hospital São Vicente
	Ipiaú	131342	UPA 24 horas
	Ilhéus	131709	Centro de Triagem para Tratamento COVID-19

Fonte: DAE/SAIS/SESAB (2020).

A rápida estruturação dos serviços de Pronto Atendimento para a COVID-19 (PA-COVID) é exemplo da articulação conjuntas de múltiplos atores agindo simultaneamente, caracterizando o que preconiza a análise de Matus (1991; 1997; 2006) e denomina de epistemologia situacional pós-moderna citada por Fortis (2010) sob a égide do jogo social frente ao indeterminado, complexo e incerto cenário das políticas públicas e da gestão governamental.

#### **4.3 Evolução do número de leitos exclusivos COVID-19 e sua taxa de ocupação**

No dia 1º de abril de 2020 foram informados ao Ministério da Saúde um total de 2.900 leitos planejados para atendimento exclusivo aos casos de COVID-19, entre clínicos e de UTI, adultos e pediátricos, distribuídos entre 45 unidades hospitalares. Decorridas 14 semanas, até o dia 29 de junho de 2020, o acompanhamento da SAIS/SUREGS identificou o planejamento total de 3.153 leitos, distribuídos entre 62 unidades hospitalares, como demonstrado na Tabela 2.

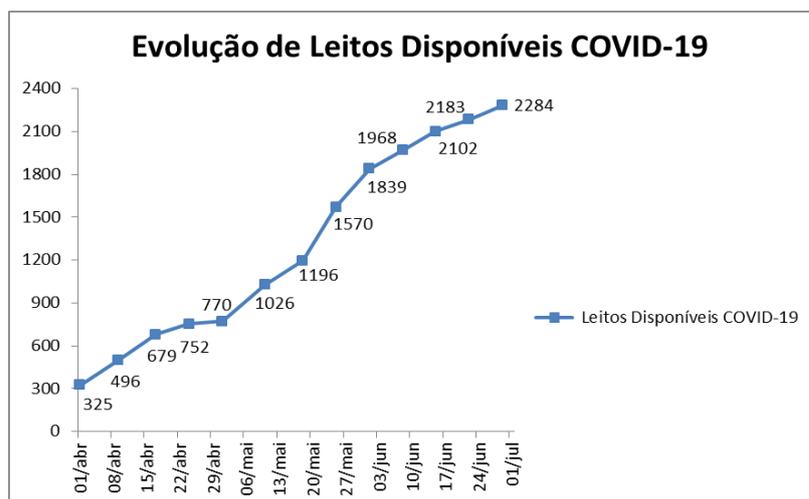
Tabela 2 – Planejamento da Estruturação de Leitos COVID-19. BA, 2020

DATA	Nº HOSPITAIS	LEITOS CLÍNICOS	LEITOS UTI	TOTAL
01/04	45	1.564	1.336	<b>2.900</b>
29/06	62	1.813	1.340	<b>3.153</b>

Fonte: Resolução CIB 090/2020 – publicada no DOE em 30/06/2020.

Em relação à disponibilidade de leitos para a COVID-19, em 1º de abril de 2020, do total de leitos planejados, apenas 11% (325) estavam ativos para a atenção exclusiva à COVID-19. Decorridas 14 semanas, teve-se a disponibilidade de 2.284 leitos, sendo 916 de UTI e 1.368 leitos clínicos. Destes, 59 eram para pediatria clínica e 41 de UTI pediátrica. Este total representa 72% dos leitos planejados e uma ampliação de sete vezes o número de leitos em relação ao período inicial de acompanhamento (menos de três meses), conforme Gráfico 3.

Gráfico 3 – Evolução do nº de leitos exclusivos para atendimento COVID-19. Ba/2020

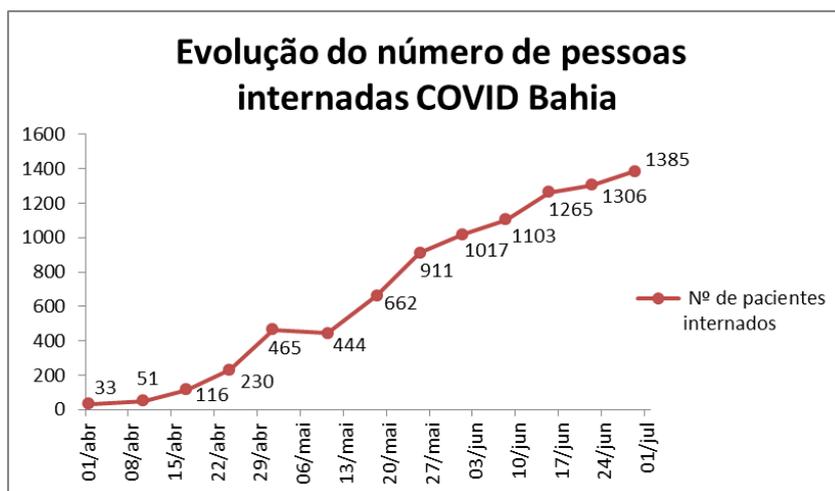


Fonte: COAH/ DAE/ SAIS/SESAB, 2020

Conforme o Gráfico 3, na semana de 24/06/2020 a 01/07/2020 houve o crescimento de aproximadamente 5% da disponibilidade total de leitos, o que representa 101 novos leitos, sendo de UTI (20) e clínicos (81). Isso significa uma rápida capacidade de resposta aos problemas defendidas pelo PES (RIVERA; ARKEMAN, 2010; COBAITO, 2019), neste caso, nos serviços de saúde ao atendimento das necessidades da população decorrente da pandemia, o que coaduna com a capacidade de governo.

Em relação à ocupação destes leitos (Gráfico 4), de acordo com o boletim epidemiológico, em 01/04/2020 havia 33 pacientes internados. Já no dia 01 de julho de 2020, existiam 1.385 pacientes internados, sendo 705 em UTI. Na semana de 24/06/2020 a 01/07/2020, houve um acréscimo de 6% em relação ao índice superior da semana anterior (17/06/2020 a 23/06/2020). Verificam-se que os últimos trinta dias do mês de junho/2020, o número total de pessoas internadas aumentou 44% esses dados revelam uma alta taxa de internação causada pela SARS-CoV-2 no estado da BA.

Gráfico 4 – Evolução do número de internações por Covid-19. Ba, 01 abr. a 01 jul./2020



Fonte: COAH/ DAE/ SAIS/SESAB, 2020

A análise por tipo de leito indica que houve um acréscimo de 39 pacientes em UTI e 40 pacientes nos leitos clínicos. Em específico na pediatria, são registradas 40 crianças, sendo 14 em UTI pediátrica.

Com o aumento da disponibilidade de leitos, a taxa de ocupação geral na Bahia ficou em 61%. Nos leitos adultos, encontram-se as seguintes taxas de ocupação: em leitos clínicos (50%) e em leitos de UTI (78%). No caso dos leitos pediátricos, a Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH) foi de 27% nos leitos clínicos e 34% em UTI pediátrica. Isso significa que, no período, houve maior oferta de leitos frente ao demandado, indicando que, apesar do aumento do número de pessoas internadas, não há no período estudado, o colapso do sistema de saúde baiano. Contudo, uma análise detalhada por macrorregião demonstra o que se observa na Tabela 3. Estes comentários ajudam a tornar mais claros os gráficos apresentados.

#### 4.4 Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH) por Macrorregião de Saúde

A TOH tem se comportado diferentemente nas Macrorregiões de Saúde. Em quatro macrorregiões a TOH dos leitos de UTI adulto está acima do recomendado, que é até 80% (Tabela3). Segundo monitoramento do dia 29 de junho, apresentam-se maiores percentuais de ocupação de leitos de UTI nas Macrorregiões do Extremo Sul (96%), Sul (84%), Leste (81%) e Centro-Norte (80%). Quando se analisam a TOH de leitos clínicos, os maiores percentuais estão na Macrorregião Leste (65%) e Sul (45%). A Macro Sul, mesmo com ampliação de leitos, voltou a aumentar a sua TOH, indicando que, embora necessárias, as medidas de ampliação de leitos não são suficientes para conter a Pandemia. Fazem-se necessárias medidas de Vigilância Epidemiológica de busca ativa de casos, o que vem sendo realizadas pelas SUVISA/SESAB através da Divisão de Vigilância Epidemiológica (DIVEP) em parceria com as Vigilâncias Epidemiológicas dos municípios.

Tabela 3 – Percentual da TOH por Macrorregião para leitos COVID-19. Ba, 2020

MACRORREGIÃO	TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR - LEITOS COVID-19 (%)			
	CLÍNICOS		UTI	
	ADULTO	PED	ADULTO	PED
Leste	65%	48%	81%	40%
Centro-Leste	27%	0	53%	30%
Nordeste	25%	---	66%	---
Centro-Norte	18%	---	80%	---
Norte	24%	0	75%	---
Oeste	30%	---	43%	---
Sudoeste	27%	---	66%	0
Sul	45%	30%	84%	0
Extremo Sul	25%	---	96%	---
<b>TOTAL</b>	<b>48%</b>	<b>22%</b>	<b>72%</b>	<b>27%</b>

Fonte: COAH/DAE/SAIS/SESAB (2020)

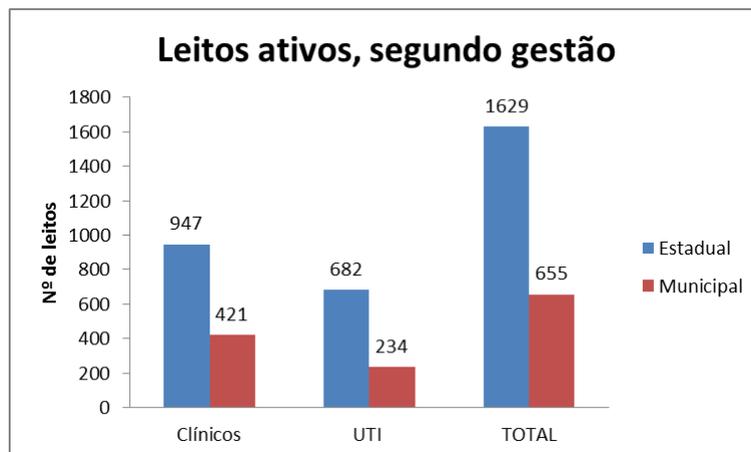
A tabela acima identifica a importância do protagonismo que a Vigilância Epidemiológica assume no processo de notificação, monitoramento e controle de novos casos e causa morte decorrente da COVID19 subsidiando dessa forma os indicadores da TOH.

#### 4.5 Tipo de gestão dos leitos COVID-19

Do total leitos de planejados para o enfrentamento da pandemia (3.153), sob gestão estadual estão 2.228 nas Unidades Próprias ou contratualizadas com a SESAB, enquanto 925 leitos sob gestão dos municípios.

O Gráfico 5 demonstra que, em conformidade ao percentual dos leitos planejados, a gestão estadual também é responsável pela maioria dos leitos ativos específicos para COVID-19 (71%). No que se refere aos leitos de UTI, esse percentual sobe para 75%. Sob gestão municipal, encontra-se 31% dos leitos clínicos e 25% dos leitos de UTI, como pode ser visto a seguir.

Gráfico 5 – N°. de leitos para COVID-19 por especialidade e esfera de gestão. Bahia, 2020



Fonte: COAH/DAE/SAIS/SESAB (2020).

Isso demonstra a rapidez na capacidade de gestão dos leitos para o enfrentamento da Pandemia da COVID-19 e o envolvimento dos atores de distintas esferas de governo, o que é uma das características do PES. Ressalte-se que a gestão estadual ampliou a sua participação percentual nos leitos ativos, sobretudo no que diz respeito aos leitos clínicos, que até o dia 22 de junho de 2020, representava 66% e passou a 69% dos leitos ativos.

Faz-se importante mencionar que a alocação de recursos para ampliar leitos em UTI no SUS deve ser tomada rapidamente, orientada pela necessidade local e coordenada em âmbito regional/nacional. Além disso, considera-se o alto custo para montar e equipar um leito de UTI (IEPS, 2020).

#### 4.6 Distribuição macrorregional dos leitos COVID -19

A Tabela 4 apresenta a distribuição macrorregional de leitos exclusivos COVID-19, tanto os planejados como os que já estavam ativos à época. Isso demonstra a capacidade de governo em potencializar a organização regionalizada das ações de saúde.

Tabela 4 – N° de leitos específicos COVID-19 ativos e a implantar por Macrorregião. Bahia, 2020

MACRORREGIÃO	LEITOS HOSPITALARES COVID-19 ADULTO				LEITOS PED		TOTAL
	ATIVOS		A IMPLANTAR		ATIVOS		
	CLÍNICOS	UTI	CLÍNICOS	UTI	CLÍNICOS	UTI	
Leste	667	607	289	324	27	27	1941
Centro-Leste	133	40	25	55	20	10	283
Nordeste	21	15	0	2	0	0	38
Centro-Norte	55	5	0	10	0	0	70
Norte	79	20	35	20	2	0	156
Oeste	20	9	30	30	0	0	89
Sudoeste	72	50	40	30	0	1	193

Sul	161	85	58	39	10	3	356
Extremo Sul	20	24	17	17	0	0	78
<b>TOTAL</b>	<b>1228</b>	<b>855</b>	<b>494</b>	<b>527</b>	<b>59</b>	<b>41</b>	<b>3204</b>

Fonte: COAH/DAE/SAIS/SESAB (2020).

Na semana anterior (22/06), em relação aos leitos ativos houve ampliação de leitos clínicos nas seguintes Macrorregiões: Leste (88) e Sudoeste (2); em UTI, houve ampliação de leitos nas Macrorregiões: Leste (8), Centro-Leste (3), Oeste (7), Sul (4) e Extremo-Sul (1). Em contrapartida, ocorreu redução de leitos na Macrorregião Nordeste devido a saída do Hospital de Ribeira do Pombal do rol de hospitais que prestam suporte aos atendimentos de casos de Covid-19. No que tange aos leitos planejados, houve também redução de novos leitos clínicos (20) e de UTI (20) na Macrorregião Sudoeste, com a saída do Hospital de Caetité da rede hospitalar de atendimento aos casos específicos da doença em questão.

Do ponto de vista teórico, o PES consiste em quatro momentos (RIVERA, 1995). No enfrentamento da COVID-19 o momento tático-operacional, correspondente à desagregação das grandes diretrizes do Plano e sua implementação, observam-se que as ações foram reprogramadas conforme as necessidades de cada contexto epidemiológico.

#### 4.7 Incidência macrorregional, disponibilidade de leitos e mapeamento dos óbitos, segundo cenário epidemiológico

O cenário epidemiológico do COVID-19 obriga a avaliação semanal acerca do planejamento para a ampliação de leitos exclusivos. A estratificação do Coeficiente de Incidência por Macrorregião indica que na vigésima segunda semana epidemiológica já havia 69.467 casos confirmados na Bahia e que a distribuição e o crescimento do percentual de pessoas infectadas não é uniforme no território baiano. A Tabela 5 demonstra a razão por macrorregião e apresenta o coeficiente de incidência (casos positivados divididos por 100.000 habitantes), bem como o percentual de crescimento no período entre 22 e 29 de junho de 2020.

Tabela 5 – Incidência de Casos Confirmados de COVID - 19 por Macrorregião. Bahia, 2020.

Macrorregião	Coeficiente de Incidência		% de crescimento
	22/jun	29/jun	
Leste	586,4	835,7	42,5
<b>Centro-Leste</b>	<b>144,3</b>	<b>268,4</b>	<b>86,0</b>
Nordeste	100,1	165,8	65,6
Centro-Norte	61,9	98,9	59,8
Norte	98,2	153,3	56,2
Oeste	67,2	104,6	55,7
Sudoeste	86,7	126,7	46,2
Sul	394,6	555,5	40,8
Extremo Sul	306,6	471,0	53,6

Fonte: Boletim Epidemiológico COVID19/ SUVISA (em 29/06/2020).

A análise da Tabela 5 indica que houve aumento da incidência (número de casos novos) em todas as macrorregiões, sendo que a Macrorregião Centro-Leste teve o maior índice de crescimento. Não é possível

afirmar se o aumento se deu pelo fato das confirmações represadas nos Sistemas de Informações ou por elevação do número de infectados.

Outro dado relevante é a comparação do percentual de casos confirmados no dia 29 de junho, com o percentual de leitos disponíveis, por Macrorregião de Saúde, conforme a Tabela 6.

Tabela 6 – Percentual de casos confirmados versus percentual de leitos disponíveis, por Macrorregião de Saúde. Bahia, 2020

MACRORREGIÃO	POPULAÇÃO	% CASOS CONFIRMADOS	% LEITOS COVID ATIVOS	Diferença
Leste	4.863.025	60,2	62,3	2,1
Centro-Leste	2.289.988	9,1	9,0	-0,1
Nordeste	890.973	2,2	1,1	-1,1
Centro-Norte	835.126	1,2	2,6	1,4
Norte	1.117.090	2,5	4,4	1,9
Oeste	975.021	1,5	1,6	0,1
Sudoeste	1.828.341	3,4	5,5	2,1
Sul	1.691.844	14,0	11,5	-2,5
Extremo Sul	853.039	5,9	2,0	-3,9
<b>TOTAL</b>	<b>15.344.447</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	-----

Fonte: COAH/DAE/SAIS/SESAB (2020).

Considerando a atualização semanal, observa-se que, pela primeira vez, o percentual de leitos disponíveis superou o percentual de casos positivados na Macro Leste. Com a atualização dos dados represados, verifica-se que, embora tenha havido disponibilização de leitos nas Macros Centro-Leste, Sul e Extremo-Sul, estas três macrorregiões apresentam índices de leitos ativos inferiores ao percentual de casos confirmados. O que apareceu de novo foi a Macro Nordeste, que ampliou sua diferença entre casos confirmados e leitos ativos.

A análise do cenário macrorregional em relação aos óbitos indica que, segundo dados disponibilizados pela DIVEP/SUVISA, dos 1.800 óbitos confirmados até o dia 29 de junho, 93,6% ocorreram na própria macrorregião de residência. Em específico para o município de Salvador, dos 1.235 óbitos que aconteceram na capital, 87% destes foram de seus próprios residentes.

A proporção de casos confirmados de COVID-19 por Macrorregião de Saúde da Bahia apresenta-se com maior representatividade na macrorregião Leste, seguida pelas macrorregiões Sul e Centro-Leste, conforme esperado, considerando que essas áreas estão entre as de maior densidade populacional no estado. Essa mesma inferência pode ser observada na proporção de óbitos e de leitos Covid19 ativos, ainda que esses indicadores não apresentem correlação direta pré-estabelecida, são indicadores importantes para que se possa ter uma análise situacional. A macrorregião Sul é a segunda maior proporção nos três indicadores avaliados e com ampla diferença para as regiões seguintes, sobretudo porque é apenas a quarta região em população. Esse fato, por si, sucinta a necessidade de uma análise mais apurada dos determinantes que podem estar potencializando este cenário, sejam no contexto socioeconômico e cultural, sejam nas ações de vigilância e assistência à saúde.

A Tabela 7 demonstra, por macrorregião, o comparativo entre o percentual de casos confirmados, leitos ativos e óbitos ocorridos.

Tabela 7 – Percentual de casos confirmados versus % de leitos ativos e % de óbitos por Macrorregião. Bahia, 29 jun./2020

MACRORREGIÃO	% CASOS CONFIRMADOS	% LEITOS COVID ATIVOS	% ÓBITOS
Leste	60,2	62,3	72,6
Centro-Leste	9,1	9,0	3,1
Nordeste	2,2	1,1	0,4
Centro-Norte	1,2	2,6	0,2
Norte	2,5	4,4	1,6
Oeste	1,5	1,6	0,6
Sudoeste	3,4	5,5	2,6
Sul	14,0	11,5	12,3
Extremo Sul	5,9	2,0	2,3
Sem informação			3,8
Unidades Hospitalares em Outras UF			0,4
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte:COAH/DAE/SAIS/SESAB (2020).

Quanto ao local de ocorrência do óbito, observa-se que aproximadamente 65% aconteceram nas unidades hospitalares da Rede COVID-19, ao passo que os demais, foram verificados em Unidades Pronto-Atendimento, em outros hospitais e domicílio, conforme Tabela 8.

Tabela 8 – Quantidade e percentual de local de ocorrência dos óbitos por COVID-19. Bahia, 01/05 à 07/06/2020

Local óbitos COVID-19: 01/05 à 07/06/2020	Nº	%
UPA / PA/ Centro de Atendimento COVID	102	5,7
Hospitais da Rede COVID-19	1.169	64,9
Hospitais não COVID-19	420	23,3
Domicílio	41	2,3
Sem informação	68	3,8
<b>TOTAL</b>	<b>1.800</b>	<b>100</b>

Fonte: DIVEP/SUVISA/SESAB (2020)

De acordo com a Tabela 8, no período de 01/05/2020 à 07/06/2020, do total de 1.800 óbitos por COVID-19a maioria ocorreu nos hospitais da rede COVID-19 (64,9%). Quando somados os percentuais de óbitos hospitalares com e sem leitos disponíveis ao SUS, tem-se 85,7% (1.361) e 14,3% (228) em hospitais exclusivamente privados. Em domicílio, encontra-se o menor percentual (2,3%). Isto significa que a maioria dos óbitos ocorreu no contexto dos serviços de saúde.

#### 4.8 Recursos federais para financiamento de hospitais/leitosCOVID-19

O repasse de recursos federais para financiamento de hospitais e leitos COVID-19 está atrelado à habilitação dos leitos de UTICovid-19. Assim, mediante a Portaria nº 414/2020 de 25 de março de 2020 (BRASIL, 2020a), o Ministério da Saúde estabeleceu a ativação de leitos de UTI adulto e pediátrico para

atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19. Neste âmbito, a SESAB, por meio das áreas técnicas da SAIS e SUREGS, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde e os hospitais de referência para COVID-19, têm buscado acelerar o processo de habilitação dos leitos de UTI disponíveis ao SUS.

Com isso, dos 916 leitos de UTI disponibilizados até o dia 29/06, apenas 55% (503) estão habilitados pelo Ministério da Saúde, sendo sob gestão municipal (118), e sob gestão estadual (385).

No que se refere aos hospitais filantrópicos e entidades sem fins lucrativos, o Ministério da Saúde publicou as Portarias nº 1.393, de 21 de maio de 2020 (BRASIL, 2020b) e nº 1.448, de 29 de maio de 2020 (BRASIL, 2020c) que dispõem sobre o auxílio financeiro emergencial às Santas Casas e aos Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos, para participarem, de forma coordenada, no controle do avanço da pandemia da Covid-19.

Para as unidades da Bahia foram disponibilizados aproximadamente R\$ 97,5 milhões, contemplando 87 hospitais, sendo sob gestão estadual (48) e sob gestão municipal (39). Destes, 17 hospitais já estão com plano de trabalho aprovado e com processo para repasse de recurso concluído, o que corresponde a aproximadamente 20% do recurso disponibilizado (R\$ 19,5 milhões). Contudo, isso ainda é muito pouco, se considerarmos a gravidade da situação e a falta de comprometimento e de políticas públicas por parte do Governo Federal que influencia, nesse caso, negativamente, em relação ao orçamento estadual e municipal para o bom funcionamento da rede hospitalar no que se refere à oferta “hospital/leito”.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho objetivou discutir os resultados apresentados pela estratégia do planejamento situacional utilizado pela SESAB no enfrentamento a COVID-19, no que se refere à atenção hospitalar na Bahia. Os resultados alcançados reforçam a premissa de que o uso do Planejamento Estratégico Situacional impactou positivamente na rápida reorganização das RASs e gestão de leitos para o atendimento aos atingidos pela SARS-CoV-2, contribuindo para o enfrentamento da referida pandemia.

Contudo, entende-se que um problema de tal magnitude depende de ações intersetoriais e articuladas que, no Brasil, envolvem os três entes federados (governos federal, estaduais e municipais), além da adesão da sociedade civil às medidas de barreiras sanitárias. No caso específico da Atenção à Saúde é de fundamental importância a ação das Vigilâncias Epidemiológicas na busca ativa de casos, assim como dos Laboratórios Centrais na testagem do número de casos.

Dentre as medidas tomadas pela SESAB, destacam-se a atualização das estimativas do número de leitos necessários ao atendimento exclusivo aos casos de COVID-19, mesmo com limitações referentes ao repasse dos recursos do governo federal. Todavia, foi preciso avançar no parâmetro da permanência em leitos clínicos e utilizar das ferramentas do PES para o enfrentamento das problemáticas trazidas pela pandemia.

Cabe nestas conclusões, frisar os resultados e ações obtidos após o estudo proposto. Assim, temos que, em relação à evolução de casos confirmados e óbitos, a SESAB incorporou ao boletim epidemiológico estadual, em 27/06/2020, aproximadamente 8.000 casos positivados que estavam represados nos Sistemas de Informação aguardando, há mais de trinta dias, a validação pelos municípios. Neste sentido, houve aumento de 48% de casos positivados. Em relação aos óbitos, houve o crescimento foi de 25%.

Quanto à evolução de internações houve um aumento de 6% no total de internações (79 pessoas), sendo pacientes em UTI (39) e pacientes nos leitos clínicos (40). No setor pediátrico foram registradas 40 crianças (3% do total de pessoas), sendo 14 em UTI pediátrica.

Até 30 de junho de 2020, do total de pessoas internadas, estavam em leitos de UTI (51%) e em leitos clínicos (49%). A taxa de ocupação geral foi de 61%. Importante ressaltar que em quatro macrorregiões a TOH dos leitos de UTI adulto está acima de 80%. Embora a Macro Nordeste esteja abaixo, foi a região que teve maior ampliação da TOH quando consideramos a semana anterior.

Em relação à gestão dos leitos exclusivos COVID-19, do total de leitos planejados, estão sob gestão estadual (71%) e, sob gestão dos municípios (29%). Ao verificar os leitos ativos, por tipologia, a SESAB foi responsável por 75% dos leitos de UTI e 69% dos leitos clínicos. Assim, o restante do número de leitos foi de responsabilidade da gestão municipal.

Sobre a incidência de novos casos foi observado que todas as macrorregiões de saúde ampliaram seu percentual de crescimento em relação à semana anterior a 30 de junho de 2020, devido às notificações represadas nos sistemas oficiais que foram confirmadas pela DIVEP/SUVISA. Neste período, o maior índice de crescimento observado foi na Macrorregião Centro-Leste.

Quando comparados os percentuais de casos confirmados e leitos disponíveis foi possível observar que, pela primeira vez, o percentual de leitos disponíveis superou o percentual de casos positivados na Macrorregião Leste, onde se localiza o Município de Salvador e a maior capacidade instalada de leitos no Estado da Bahia, recebendo usuários de outras Macrorregiões. Embora tenha havido disponibilização de novos leitos nas Macrorregiões Centro-Leste, Sul e Extremo-Sul, estas três macrorregiões apresentam número de leitos ativos inferiores ao necessário, o que pode explicar a demanda maior do que a oferta em Salvador. A Macro Nordeste ampliou a sua diferença entre casos confirmados necessitando de internação e o número de leitos ativos, requerendo maior atenção da SESAB para estas macrorregiões, nas semanas subsequentes.

Contudo, a quantidade de leitos abertos foi necessária para suprir o aumento de casos no estado da Bahia. Dessa forma, a SESAB conseguiu atingir o objetivo desejável na macrorregião Leste. Nas demais regiões, onde houve maior dificuldade de expansão, os casos que necessitassem de suporte, exigindo maior complexidade eram realocados para outras unidades, de maneira a atender à demanda, garantindo a assistência integral à saúde do usuário e demonstrando o funcionamento das pactuações tão enfatizadas pelo PES.

Em relação ao cenário macrorregional dos óbitos, segundo dados disponibilizados pela DIVEP/SUVISA, dos 1.800 óbitos, 93,6% ocorreram na própria macrorregião de residência. Em específico para o município de Salvador, 87% dos óbitos são de seus próprios residentes. A análise sobre o local de ocorrência dos óbitos indica que a maioria destes ocorreu nos serviços de saúde. Em relação à habilitação dos leitos de UTI, dos 916 leitos disponibilizados, apenas 55% (503) estão ofertados pelo Ministério da Saúde, sendo 118 sob gestão municipal e 385 sob gestão estadual.

Tem-se que o Planejamento Estratégico Situacional pode ser utilizado mesmo em tempos de crise, por fornecer uma metodologia que permite transformar dados em informações e estas são compartilhadas, servindo ao planejamento e à gestão. Além disso, é fundamental o apoio do governo do estado e o trabalho conjunto com os municípios, principalmente o de Salvador. Por outro lado, revela-se a fragilidade dos Sistemas de Informações e a demora na entrega dos resultados dos exames de laboratório.

As limitações da investigação em questão se deram por ser um trabalho científico de natureza descritiva, realizado em um contexto recente, mutável e desconhecido por muitos pesquisadores, já que se trata de um fenômeno pandêmico relativamente novo, requerendo assim outros olhares exploratórios acerca da COVID-19 no decorrer do tempo. Por fim, propõe-se uma agenda de pesquisa que dê continuidade ao presente estudo e sua replicação em outros cenários, com o decorrer da trajetória da situação pandêmica.

---

Artigo submetido para avaliação em 27/01/2021 e aceito para publicação em 21/05/2022

---

## REFERÊNCIAS

AQUINO, E.M. L.; SILVEIRA; I. H.; PESCARINI, J. M.; AQUINO, R.; SOUZA-FILHO, J. A. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2423-2446, jun. 2020.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia-SESAB. **Nota Técnica nº 06**. Monitoramento dos Leitos Hospitalares exclusivo para Atendimento COVID 19. Salvador, Bahia, junho 2020a. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/>. Acesso em: 16 jul. 2020.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia-SESAB. **Nota Técnica nº 10**. Monitoramento dos Leitos Hospitalares exclusivo para Atendimento COVID 19. Salvador, Bahia, junho 2020b. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/>. Acesso em: 16 jul. 2020.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Estratégias para a flexibilização das medidas de distanciamento social durante o enfrentamento da COVID-19 no Estado na Bahia em 2020**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/10/Estrategias-para-a-Flexibilizacao-das-Medidas-de-Distanciamento-Social.pdf>. Acesso em: 20 ago.2020.

BAHIA. Secretaria de Saúde da Bahia. PDR: **Plano Diretor de Regionalização**. Salvador, 2008. Disponível em [http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/indexch.asp](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp). Acesso em: 07 jan. 2021.

BAHIA. Secretaria de Saúde da Bahia. PPI: **Programação Pactuada Integrada**. Salvador, 2019. Disponível em <https://obr.saude.ba.gov.br/ppi>. Acesso em: 07 jan. 2021.

BAHIA. Secretaria de Saúde da Bahia. PRI: **Planejamento Regional Integrado**. Salvador, 2018. Disponível em <https://obr.saude.ba.gov.br/ppi>. Acesso em: 07 jan. 2021.

BAHIA. Secretaria de Saúde da Bahia. PDI: **Planejamento Diretor de Investimentos**. Salvador, 2010. Disponível em: [https://antigo.mdr.gov.br/images/stories/ArquivosSNPU/RedeAvaliacao/Bahia\\_RelatorioBA.pdf](https://antigo.mdr.gov.br/images/stories/ArquivosSNPU/RedeAvaliacao/Bahia_RelatorioBA.pdf). Acesso em: 07 jan. 2021.

BAHIA. Secretaria de Saúde da Bahia. Salvador. **Boletins Diários - COVID 19**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/boletins-diaricos-covid-19/>. Acesso em: 23 de jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 20 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29. jun. 2011, Seção 1, p. 1. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm). Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL, Portaria nº 414/2020 de 25 de março de 2020. Estabelece a pontuação para aferição da produtividade na análise de processos e serviços de benefícios. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 mar. 2020a, Edição: 61, Seção: 1, p. 32.

BRASIL, Portaria nº 1.393, de 21 de maio de 2020. Dispõe sobre o auxílio financeiro emergencial às Santas Casas e aos hospitais filantrópicos sem fins lucrativos, que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS), no exercício de 2020, com o objetivo de permitir-lhes atuar de forma coordenada no controle do avanço da pandemia da Covid-19. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 maio 2020b, Edição: 97, Seção: 1, p. 151.

BRASIL, Portaria nº 1.448, de 29 de maio de 2020, dispõe sobre a transferência da segunda parcela do auxílio financeiro emergencial às Santas Casas e aos hospitais filantrópicos sem fins lucrativos, nos termos da Lei nº 13.995, de 5 de mai.2020c, e do art. 3º da Portaria nº 1.393/GM/MS, de 21 de maio de 2020c. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 jun. 2020c, Edição:103-A, Seção: 1 – Extra, p. 1.

CANABARRO, A.; TENORIO, E.; MARTINS, R.; MARTINS, L.; BRITO, S; CHAVES, R. Data-driven study of the COVID-19 pandemic via age-structured modelling and prediction of the health system failure in Brazil amid diverse intervention strategies. **medRxiv**, abr. 2020. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.03.20052498v2.full.pdf> . Acesso em: 14 nov. 2020.

CELLARD, A. “A análise documental”. In: POUPART, J. **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 295-316.

COBAITO, F. C. o Planejamento Estratégico Situacional: Um Estudo Bibliométrico em Bases de Dados Nacionais entre 2013 e 2018. **Revista Interdisciplinar de Gestão Social – RIGS**, v. 8, n. 1, p. 101- 115, jan./abr. 2019.

CRESWEL, J. W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.

FORTIS, M. F. A. Rumo à pós-modernidade em políticas públicas: a epistemologia situacional de Carlos Matus. **RAE – eletrônica**, São Paulo, v. 9, n. 2, jul./dez. 2010.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2009.

FONSECA, F; BELTRÃO, R. E. V.; PRADO, O. Avaliando a capacidade de governo: reflexões sobre a experiência do Prêmio “Municípios que Fazem Render Mais” (2010 e 2011). **Rev. Adm. Pública**, v. 47, n. 1, p. 249-272, 2013.

GOSENHEIMER, A. N.; ABDALA, P. R. Z. O plano como aposta: combate à covid-19 no Estado do RS. In: COLOMBY, R. K. SALVAGNI, J.; CHERON, C. (Org.). **A Covid-19 em múltiplas perspectivas**.1. ed. Goiânia: Editora Espaço Acadêmico, 2020. P. 54-68.

IEPS – Instituto de Estudos Para Políticas de Saúde. **Nota Técnica n.3**.A Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo ao COVID-19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar. São Paulo: IEPS, 2020. Disponível em: [www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/NT3 vFinal.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/NT3 vFinal.pdf). Acesso em: 15 jul. 2020.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. Documentary research on qualitative research: **Revista de Investigaciones UNAD**, n. 14, p. 55–73, 2015.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MATUS, C. O plano como aposta. **São Paulo em perspectiva**, v. 5, n. 4, p. 28-42, 1991.

MATUS, C. **O Método PES**: roteiro de análise teórica. São Paulo: FUNDAP, 1997.

MATUS, C. O plano como aposta. In: GIACOMONI, James; PAGNUSSAT, José L. **Planejamento e orçamento governamental**: coletânea. Brasília: Enap, 2006. (v. 2).

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.

NORONHA, K.; GUEDES, G.R.; TURRA, C.M.; ANDRADE, M.V.; BOTEGA, L.; NOGUEIRA, D. CALAZANS, J.; CARVALHO, L.; SERVO, L.; SILVA, V.; NASCIMENTO, V; FERREIRA, M.F.; SANTOS, R.O. Análise de demanda e oferta de leitos e equipamentos de ventilação assistida em Minas Gerais em função do COVID-19 considerando os diferenciais de estrutura etária. **Nota Técnica**, n. 3, Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2020.

RACHE B; NUNES L.; ROCHA R.; LAGO M, FRAGA A. Como conter a curva no Brasil? Onde a epidemiologia e a economia se encontram. **Nota Técnica**, n. 4, São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; 2020.

RIBEIRO, F. O.; SALLABERRY, J. D.; SANTOS, E. A.; TAVARES; G. O. D. Ações dos Tribunais de Contas no enfrentamento dos efeitos do coronavírus. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 5, p. 1402-1416, set./out. 2020.

RIVERA, F. J. U; ARKEMAN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, 2010.

RIVERA, F. J. U. **Agir comunicativo e Planejamento social**: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

SCHAEFER, Bruno M.; RESENDE, Roberta C.; EPITÁCIO, Sara S. F.; ALEIXO, Maria T. A. Ações governamentais contra o novo coronavírus: evidências dos estados brasileiros. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 5, p.1429-1445, set./out. 2020.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.