



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



JESSICA SANTOS DE SOUZA

**DELINEAMENTOS DO PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO
HOSPITALAR NO SUS: ANÁLISE NEOINSTITUCIONAL DE UMA REGIAO DE
SAÚDE DA BAHIA**

SALVADOR

2023

JESSICA SANTOS DE SOUZA

**DELINAMENTOS DO PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO
HOSPITALAR NO SUS: ANÁLISE NEOINSTITUCIONAL DE UMA REGIAO DE
SAÚDE DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Planificação e Gestão de Saúde, na área de Concentração: Planejamento e Gestão.

Orientadora: Prof. Dra. Isabela Cardoso de M. Pinto

Coorientador: Prof Dr. Thadeu Borges Souza Santos

**SALVADOR
2023**

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S729d Souza, Jessica Santos de.

Delineamentos do planejamento da atenção hospitalar no SUS: análise neoinstitucional de uma região da Bahia / Jessica Santos de Souza. – Salvador: J.S. de Souza, 2023.

70 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Isabela Cardoso de M. Pinto.
Coorientador: Prof. Dr. Thadeu Borges Souza Santos.

Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Atenção Hospitalar. 2. Planejamento. 3. Rede de Atenção à Saúde. 4. Regionalização.
I. Título.

CDU 614.2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

JÉSSICA SANTOS DE SOUZA

**DELINAMENTOS DO PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO HOSPITALAR
NO SUS: ANÁLISE NEOINSTITUCIONAL DE UMA REGIAO DE SAÚDE
DA BAHIA**

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 08 de setembro de 2023.

Banca Examinadora:

Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira - UNEB

Isabela Cardoso de Matis Pinto (orientadora) – ISC/UFBA

Laise Rezende de Andrade – ISC/UFBA

Thadeu Borges Souza Santos (coorientador) – UNEB

Salvador

2023

A academia não é o paraíso, mas o aprendizado, é um lugar onde o paraíso pode ser criado. A sala de aula com todas suas limitações continua sendo ambiente de possibilidades. Nesse campo de possibilidades, temos a oportunidade de trabalhar pela liberdade, exigir de nós e de nossos camaradas uma abertura da mente e do coração que nos permite encarar a realidade ao mesmo tempo em que, coletivamente, imaginemos esquemas para cruzar fronteiras, para transgredir. Isso é a educação como prática da liberdade.

Bell Hooks, p. 273, 2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, em especial a minha mãe, Rosilda, e a meu pai, Carlos, pelo apoio e incentivo aos estudos, ao longo da vida, e por acreditar no meu potencial.

Ao meu companheiro, John Anderson, pelo carinho e por me incentivar ao crescimento pessoal e profissional.

À minha orientadora, professora Dra. Isabela Cardoso, e meu coorientador, professor Dr. Thadeu Borges, pela vivência e pelos ensinamentos compartilhados com muita sabedoria e admiração, vocês são exemplos de excelência na educação.

Aos meus amigos, em especial, nessa trajetória, Juliana Oliveira, por compartilhar comigo essa estrada de desafios e aprendizagem.

Ao Grupo de Pesquisa, aos professores e professoras do Instituto, por todos ensinamentos, discussões, debates e aprendizados construídos ao longo do tempo.

RESUMO

Diante do processo de regionalização, tem-se a necessidade de organização da atenção hospitalar e redefinição do papel deste serviço conforme sua classificação (hospital local, regional, de referência estadual) na perspectiva do hospital em rede de atenção que atenda às necessidades de saúde da população. Neste aspecto, o planejamento permite o processo de articulação nos territórios e favorece a agregação das ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas na rede, por meio da atuação dos atores e das intuições existentes na região. O objetivo geral da pesquisa é analisar o planejamento da atenção hospitalar em uma região de saúde da Bahia, no período entre 2016 e 2019. Este estudo configura-se como pesquisa qualitativa, de análise documental, com adoção do neoinstitucionalismo histórico como referencial teórico, que fundamentada a análise dos documentos e organiza o estudo em três dimensões: dimensão institucional-formal, dimensão político-institucional e a dimensão histórico-institucional embasada pelo referencial teórico. Nesse contexto, foi possível identificar os atores e as instituições envolvidas no processo e a função que desempenham. Como importante instituição, a Comissão Intergestores Regional (CIR) é uma arena de negociação e um espaço de decisão, com um contexto político-institucional que reflete o comportamento dos atores e os mesmos influenciam as condutas dentro das instituições. As instituições são parte integrante do contexto histórico, sendo sua trajetória relevante na conformação de atuais políticas de saúde. O planejamento da atenção hospitalar, em espaços como a CIR, aborda discussões que envolvem as potencialidades e dificuldades na implementação das diversas redes temáticas no território, os quais são pontuados no desenho estrutural da rede, no fluxo de acesso, no sistema de regulação e nos recursos como na programação pactuada integrada, pautas estas que geram conflitos e apontam as dificuldades no processo de implementação. Há desafios na construção do planejamento da atenção hospitalar no sentido de respeitar e ser coeso com o Planejamento Regional Integrado. Sendo assim, este estudo contribui para identificar os pontos frágeis e potentes das instituições e dos atores que fazem parte do planejamento regional e hospitalar, levando a reflexão sobre a importância da descentralização das atribuições do estado na temática e no fortalecimento das instâncias regionais como o Núcleo Regional de Saúde e a CIR.

Palavras-chave: Atenção hospitalar, Planejamento, Rede de Atenção à Saúde, Regionalização.

ABSTRACT

In view of the regionalization process, there is a need to organize hospital care and redefine the role of this service according to its classification (local, regional, state reference hospital) from the perspective of the hospital in a care network that meets the health needs of the population. In this aspect, planning allows for the articulation process in the territories and favors the aggregation of actions and services of different technological densities in the network, through the actions of actors and existing intuitions in the region. The general objective of the research is to analyze the planning of hospital care in a health region of Bahia, in the period between 2016 and 2019. This study is a qualitative research, based on document analysis, with the adoption of historical neoinstitutionalism as a theoretical reference, which based on the analysis of documents and organization of the study in three dimensions: institutional-formal dimension, political-institutional dimension and historical-institutional dimension based on the theoretical framework. In this context, it was possible to identify the actors and institutions involved in the process and the function they perform. As an important institution, the Regional Intermangers Commission (CIR) is a negotiation arena and a decision-making space, with a political-institutional context that reflects the behavior of the actors and they affect the conduct within the institutions. Institutions are an integral part of the historical context, and their trajectory is relevant in shaping current health policies. The planning of hospital care, in spaces such as the CIR, addresses issues that involve the potentialities and difficulties in the implementation of the various thematic networks in the territory, which are punctuated in the structural design of the network, in the flow of access, in the regulation system and in the resources such as in the integrated agreed programming, guidelines are that generate conflicts and point out the difficulties in the implementation process. There are challenges in the construction of hospital care planning in the sense of accompanying and being cohesive with the Integrated Regional Planning. Therefore, this study helps to identify the psychological and powerful points of the institutions and actors that are part of regional and hospital planning, leading to a reflection on the importance of decentralizing state attributions in this area and strengthening regional instances such as the Regional Health Center and the CIR.

Keywords: Hospital care, Planning, Health Care Network, Regionalization.

LISTA DE ABREVIASÕES E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissões Intergestores tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde
HPP	Hospitais de Pequeno Porte
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NRS	Núcleo Regional de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PDER	Plano Diretor Estratégico Regionalizado
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEAH	Plano Estratégico da Atenção Hospitalar
PES	Plano Estadual de Saúde
PNHOSP	Política Nacional de Atenção hospitalar
PPI	Pactuação Programa Integrada
PRI	Planejamento Regional Integrado (PRI)
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAHB	Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RG	Relatório Gestão
SAMU	Serviços de Atendimento de Urgência e Emergência
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SMS	Secretarias de Saúde Municipais
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO	16
3 METODOLOGIA.....	21
3.1 Desenho de estudo.....	21
3.2 Lócus do estudo.....	21
3.3 Plano de coleta de dados.....	22
3.4 Plano de tratamento e análise dos dados	23
3.5 Aspectos éticos.....	24
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.1 Dimensão Institucional-Formal.....	25
4.1.1 Plano Estadual de Saúde (2016-2019)	26
4.1.2 Programação Anual de Saúde 2016 a 2019	27
4.1.3 Relatório Anual de Gestão 2016 a 2019	27
4.2 Dimensão Político-Institucional.....	31
4.2.1 Atores e Instituição	32
4.2.2 Estratégias de qualificação da atenção hospitalar: elementos facilitadores e dificultadores	35
4.3 Dimensão Histórico-Institucional.....	39
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICE A– Categorização do estado da arte.....	55
APÊNDICE B - Instrumento de produção de dados documentais	59
APÊNDICE C - Aspectos da Gestão Hospitalar e da Regionalização presentes nos instrumentos de Gestão Institucionalizados.....	61

1 INTRODUÇÃO

As ações institucionais que orientam o processo de regionalização na saúde e influenciam o planejamento, a estrutura organizacional e a logística da atenção hospitalar se iniciam com a constituição Federal do Brasil de 1988, artigo 198, que traz, além dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), a regionalização, sendo ratificada pelas Leis Orgânicas da Saúde de 1990. A partir de então, surgem marcos legais para orientar a operacionalização e institucionalização desse processo (BRASIL, 2016).

Na década de 2000, a regionalização foi institucionalizada por meio das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 e 02/2002, que estabeleceram como instrumento de gestão o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Dessa forma, foi instituído mais um elemento ao planejamento do SUS, porém com foco regional (VIEIRA, 2009; VIANA, et al, 2017).

Como esse modelo de reforma de atenção à saúde aliado ao cenário problemático da atenção hospitalar no SUS, foi proposto, em 2004, a Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira (RAHB). Dentro os enfoques, recomendou-se a implementação da regionalização e hierarquização dos serviços, com consequente reorientação do papel dos hospitais no sistema de saúde. Nesse sentido, a integralidade da atenção hospitalar foi problematizada quanto à integralidade da atenção no próprio hospital e à inserção dele no sistema de saúde (BRASIL, 2004).

Ainda na década de 2000, outros marcos normativos foram relevantes, como o Pacto pela Saúde, em 2006, a Portaria nº 4278/2010 e o Decreto nº 7508/2011, que estabeleceram, conjuntamente, mudanças na organização do SUS por meio do ordenamento da gestão, do arranjo organizativo das ações e serviços de saúde mediante as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e do planejamento integrado. Estes últimos foram fundamentados na reorientação das responsabilidades de cada ente da federação e instituem a Comissão Intergestores Regional (CIR) para efeitos administrativos e operacionais (BRASIL, 2006; 2010; 2011).

Essa conjuntura possibilita colocar a atenção hospitalar como ponto de referência horizontal no sistema de saúde. Os hospitais entraram como ponto de atenção que se relacionam com a Atenção Primária e demais serviços de saúde, atendendo a lógica da

organização hierarquizada e regionalizada, buscando a integralidade do cuidado no território. A própria Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), de 2013, tem como diretriz a territorialização de acordo com as pactuações regionais, a garantia da efetividade dos serviços em consonâncias com as especificidades regionais, a inserção do controle social no planejamento e avaliação (BRASIL, 2010; 2013; PAIM; SOLLA, 2014; DE NEGRI, 2014).

Dentre as competências estabelecidas na Portaria nº 3390/2013, cabe as secretarias estaduais coordenar no âmbito estadual a implantação, o monitoramento e avaliação da PNHOSP em conformidade com as pactuações no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e da CIR, pactuar junto aos municípios os pontos de atenção hospitalar e suas atribuições de acordo com a conformação da RAS; e estabelecer no Plano de Saúde Estadual (PES) metas e prioridades da atenção hospitalar em seu território (BRASIL, 2013).

De acordo com Paim e Solla (2014), a atenção especializada deve ser organizada de maneira hierarquizada e regionalizada, com serviços concentrados em polos regionais para dar cobertura a um conjunto mais amplo da população. Como consequência deste processo de regionalização, tem-se a necessidade de organização da atenção hospitalar e redefinição do papel deste serviço conforme sua classificação (hospital local, regional, de referência estadual) na perspectiva do hospital em rede de atenção (DE NEGRI, 2014).

Nesta perspectiva, em 2022, é aprovada em CIB Bahia, a resolução CIB nº 139/2022, os critérios de classificação e classifica as unidades hospitalares do Estado da Bahia, no âmbito do SUS, que aprova e estabelece critérios de classificação e das unidades hospitalares do Estado da Bahia, no âmbito do SUS. A necessidade de atualizar a classificação das unidades hospitalares do estado é para subsidiar a elaboração do Plano de Atenção Hospitalar do Estado (BAHIA, 2022).

Mesmo com as diretrizes da PNHOSP, de 2013, a regionalização e descentralização são importantes entraves governamentais enfrentados no planejamento e na gestão da atenção hospitalar (SANTOS; PINTO, 2017).

Neste aspecto do planejamento, comprehende-se que o processo de articulação nos territórios favorece a agregação das ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas na rede de atenção à saúde. Consequentemente, espera-se o aprimoramento das redes de serviços, no âmbito das regiões de saúde, como processo estratégico para a regionalização do SUS. Isto

favorecerá o acesso universal e integral à saúde. Contudo, pressupõem-se a necessidade de fortalecimento da gestão regional, que depende das instâncias colegiadas (BISCARD, 2016).

Esse planejamento, realizado no âmbito da região de saúde, é denominado de Planejamento Regional Integrado (PRI), segundo a Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. O PRI expressa a responsabilidade dos gestores quanto à população do território, objetivando a garantia do acesso e resolutividade por meio das RAS. O PRI contribui para o alinhamento das ações e serviços da região de saúde, o que implica a sua execução nas Comissões Intergestores, além de demandar o fortalecimento da governança na região de saúde por meio da CIR, sendo esta uma instância de pactuação, monitoramento e avaliação do planejamento integrado (MEDEIROS et al, 2017; BRASIL, 2018).

O planejamento e a organização do sistema de saúde em redes precisam considerar as reais necessidades dentro do território, o fluxo da população entre os municípios e seus atores para que possam ser vislumbradas as prioridades viáveis a partir de instrumentos de planejamento adequados para a implantação das redes e seus pontos de atenção (FERREIRA, 2018).

Santos et al (2020) apontam que a implementação da atenção hospitalar depende de estratégias governamentais atreladas à consolidação da regionalização. Como atributos para o planejamento, devem ser considerados os arranjos institucionais, os atores envolvidos, o território e a responsabilidade de cada ente da federação. Assim, para tornar viável a proposta da atenção hospitalar em consonância com as RAS, deve-se buscar resolver os desafios como a fragmentação sistêmica, insuficiência estrutural, baixa efetividade sistêmica e resolubilidade às necessidades de saúde da população, além da baixa integração entre os hospitais e demais pontos de atenção, além de uma complexa governança regional (VIANA et al, 2018; SANTOS et al, 2020).

O processo de implementação da atenção hospitalar no SUS ainda se caracteriza pelo enfrentamento de muitos desafios, como alto custo, subfinanciamento, limites de acessibilidade e integralidade dos serviços, ineficiente sistema de regulação, heterogênea distribuição territorial e problemas administrativos (SOUZA, 2018).

Lima (2010) aponta que diante da complexidade e dos custos dos serviços hospitalares, a maioria dos municípios brasileiros que são de pequeno porte e não dispõem de

recursos suficientes para ofertar todos os níveis de complexidade em seu território, a regionalização assume relevância com propósito de otimizar recursos e serviços já existentes (LIMA, 2010).

Diante destes desafios, o processo de planejamento no âmbito estadual e regional das ações e serviços hospitalares é uma das tarefas mais importantes para a consolidação da atenção à saúde. O estado da Bahia apresenta um caso importante para esta análise. Existe nele grande diversidade socioeconômica e cultural entre os territórios de saúde e, nos últimos anos, vem ampliando a oferta de serviços e leitos hospitalares, seja por contratualização complementar e/ou abertura de novos hospitais, como a expansão da rede própria (SANTOS, 2017). Aliado a esses fatos, Pereira (2017) aponta que houve dificuldades na reestruturação dos espaços regionais na Bahia o que não garantiu o fortalecimento e a qualificação da gestão estadual na coordenação do processo de regionalização, por ser interpretado como um movimento de redução de gastos na época.

Nesse contexto e considerando a produção científica acerca do planejamento regionalizado e atenção hospitalar, foi possível identificar estudos sobre o planejamento da atenção hospitalar e o processo de regionalização da saúde, contemplando áreas que podem ser agrupadas em três tipos de abordagem: regionalização e atenção hospitalar (BARRETO, 2015; MACEDO, 2015; SIQUEIRA, 2011; DUBEUX, et al, 2010; LIMA, 2010); planejamento (VILLASBOAS, PAIM, 2008; NILO, SHIMIZU, 2015; ROESE, 2012); governança e regulação da oferta de serviços especializados (SILVEIRA, et al, 2016; SANTOS, 2016; DUBEUX, et al, 2009; PEREIRA, 2009, 2017; SILVEIRA et al, 2016; KEHRIG, 2015; CARNEIRO, et al, 2014, STEPHAN-SOUZA et al, 2010; VIANA, 2018).

Esses estudos foram identificados através da plataforma da Biblioteca Virtual de Saúde (BSV), na base de dados da LILACS, e da SCIELO, utilizando-se dos seguintes descritores: planejamento hospitalar, planejamento em saúde, regionalização, gestão em saúde, administração hospitalar. Foram encontradas 451 publicações completas entre artigos, teses, monografias, documentos de projetos que foram selecionadas primeiramente pelo título, posteriormente pelo resumo e em sequência lidos na íntegra. Ao final do processo ficaram 18 estudos que se correlacionam com a temática em questão.

Assim, no que tange à *regionalização e atenção hospitalar*, os estudos abordam o grau de implantação da regionalização dos serviços hospitalares, o acesso da população e o fluxo de internações. Nesse contexto, Dubeux et al (2010) apontam que a implantação das redes assistenciais no espaço loco-regional, para a assistência de média e alta complexidade, se mostra incipiente, o que gera um desafio para a restruturação da gestão e do planejamento dos serviços hospitalares.

Nos estudos associados ao *planejamento*, foram encontradas abordagens no âmbito municipal e no regional. No âmbito regional, Junior e Shimizu (2015) ressaltam a importância da participação efetiva do estado no planejamento regional, pois este tem a missão de articular e integrar os municípios, oferecendo apoio técnico e financeiro. No âmbito municipal, percebe-se que a prática de planejamento estruturado viabiliza ações que possam superar os limites que o modelo de financiamento federal induz sobre a governabilidade dessa organização (VILASBÔAS; PAIM, 2008).

Em relação aos estudos que tratam sobre a governança e regulação da oferta de serviços especializados, Santos et al (2016) ressaltam que o Colegiado Intergestor Regional é um espaço potente para a construção de estratégias, com foco centrado na garantia de oferta da atenção especializada e hospitalar. Essa oferta, a nível regional, deve ser orientada pelo governo estadual, pois cabe aos estados incentivarem a união e promover uma governança democrática dos processos de planejamento, o que requer descentralização de decisão política e de capacidade técnica para as regiões, incluindo processos integrados de gestão das unidades hospitalares (VIANA et al, 2018).

Entretanto, a análise da literatura não apontou estudos que evidenciem como as instâncias regionais e estaduais estão realizando o planejamento da atenção hospitalar e quais elementos e instrumentos são considerados nesse contexto.

Assim, diante dessa problemática relacionada à constituição das regiões de saúde e da atenção hospitalar, que compreende um contexto de desigualdade regional com diversos atores e instâncias deliberativas, como as Secretaria de Saúde do Estado, as Comissões Regionais de Saúde, a Comissão Intergestores Bipartite e as Secretarias de Saúde Municipais, com autonomia e interdependência para o planejamento e organização da atenção hospitalar,

questiona-se: Como se deu o planejamento da atenção hospitalar em uma região de saúde da Bahia, no período de 2016 a 2019?

Para responder a questão de investigação, toma-se como objetivo geral: analisar o planejamento da atenção hospitalar em uma região de saúde da Bahia, no período de 2016 a 2019. Já os objetivos específicos seriam: 1) analisar instrumentos de gestão do processo de planejamento hospitalar em uma região de saúde da Bahia, no período de 2016 a 2019; 2) identificar o papel dos espaços deliberativos envolvidos no processo de planejamento da atenção hospitalar em uma região de saúde da Bahia, no período de 2016 a 2019; 3) identificar atores envolvidos no planejamento da atenção hospitalar no âmbito de uma região de saúde da Bahia, no período de 2016 a 2019; e 4) caracterizar o processo de planejamento da atenção hospitalar de uma região de saúde da Bahia, no período de 2016 a 2019.

Portanto, a escolha desse objeto de estudo está relacionada à minha participação no grupo de pesquisa de gestão hospitalar, no qual desenvolvi um trabalho sobre *Gestão hospitalar no SUS: correlações entre rede de atenção e capacidade de gestão dos serviços*. O mesmo elencou novas problemáticas a serem estudadas, como o planejamento da atenção hospitalar e as estruturas da regionalização, tema de muito interesse pessoal e curiosidade acadêmica.

A realização desse estudo justifica-se pela necessidade de aprofundar as discussões sobre o planejamento da atenção hospitalar no âmbito regional, considerando que a regionalização é um tema muito discutido e considerado importante para a manutenção do SUS, quanto pelo fato de não ser evidenciados estudos que analisem a regionalização na preceptiva do planejamento da atenção hospitalar e suas implicações. O período de análise escolhido, de 2016 a 2019, fundamenta-se por contemplar o projeto de quatro anos do planejamento estadual e por se caracterizar em um momento que antecede as ações que são estruturadas antes da Pandemia da COVID-19, que gerou necessidade de reorganização da atenção hospitalar no território.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A disposição do Sistema Único de Saúde (SUS) é baseada na estrutura federativa brasileira, legitimada na Constituição Federal de 1988, composta por três entes autônomos: a esfera federal, estadual e a municipal. Somente através do acordo entre eles que a regionalização, enquanto diretriz do SUS, poderá ser considerada. Assim, emergiu a perspectiva das relações intergovernamentais e das instituições administrativas regionais que permeiam os entes federados (DOURADO; ELIAS, 2011).

Com o objetivo de aprofundar o caráter cooperativo das relações intergovernamentais estabelecido pelo Pacto pela Saúde e de institucionalizar o conjunto de ferramentas gerenciais e assistenciais no SUS, o Decreto nº 7508/2011 estabeleceu a organização, o planejamento e a execução das ações e dos serviços de saúde. Assim, colocou-se a regionalização como eixo estruturante da organização do SUS. Concomitantemente, fundamentou-se a concepção de região e das redes de atenção à saúde e renomeou o Colegiado de Gestão Regional (CGR) para Comissão Intergestores Regionais (CIR), com a finalidade de definir regras de gestão do SUS no âmbito das regiões de saúde. Estes aspectos foram em consonância com as decisões das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), reforçando o protagonismo das relações interfederativas no aprimoramento da gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2011; AMARO, CAVALCANTE, 2016).

Considerando essa estrutura organizativa do SUS, em que os municípios e o estado partilham responsabilidades e atuam de forma autônoma e cooperativa, as regiões de saúde demandam uma instância intergovernamental como as CIRs para deliberarem sobre o planejamento e a execução das ações e dos serviços de saúde em uma determinada região. Nessa composição, sabe-se que a distribuição de poder nesse território não é homogênea. Elias e Dourado (2011) apontam que os municípios mais populosos e melhor inseridos economicamente são os que possuem uma maior rede assistencial e, consequentemente, são os maiores detentores de recursos e de força política nas decisões, o que implica na necessidade de uma coordenação do processo de regionalização nas comissões por parte do estado. Além dessa complexa relação entre as instituições para o planejamento e organização da saúde no território, temos a atenção hospitalar como um ponto de discussão pertinente.

Para analisar o planejamento da atenção hospitalar em uma região de saúde, cabe ressaltar o arcabouço estrutural envolvido no processo de construção e consolidação do SUS. Como instâncias, tem-se a Secretaria Estadual de Saúde e sua representação territorial (como os Núcleos Regionais de Saúde); e a Secretaria Municipal de Saúde e as instâncias intergovernamentais (como CIR e a CIB). Juntas, elas operam como espaços de discussão e decisão sobre a atenção hospitalar no âmbito de uma região de saúde (SANTOS et al, 2017; SANTOS et al, 2020).

Vale destacar que as leis que regem os processos de regionalização são válidas em todo território nacional. Porém, a diversidade e desigualdade territorial que se instala no país e no estado da Bahia influenciam diretamente no ordenamento da atenção hospitalar e no processo de regionalização. Assim, as normas previstas na legislação devem ser particularizadas na conformação de cada região, baseando-se nas questões políticas, nas relações entre os atores e nos fatores que contingenciam as ações.

Frente a estas considerações, este estudo adota como embasamento teórico o neoinstitucionalismo histórico, uma vez que este tem como foco principal o papel que as instituições ocupam e como elas influenciam os rumos, as trajetórias, as estratégias adotadas pelos atores e o conteúdo das políticas. Assim, ao considerar as características das instituições, pode-se analisar as políticas públicas de saúde. Este referencial possui três vertentes principais: o neoinstitucionalismo da escolha racional, o sociológico e o histórico; todas apresentam como objetivo o estudo do papel desempenhando pela instituição, mas possuindo métodos diferentes para as análises, os quais não são excludentes, mas sim complementares. Além disso, essas vertentes questionam como as instituições moldam as estratégias políticas e influenciam os resultados (LIMA et al, 2011; PEREIRA, 2014).

O conceito de instituição adotado nesse modelo de abordagem teórica inclui as regras formais e informais, entendidas como formais as leis, os decretos, as portarias; e como informais aquelas relacionadas aos hábitos e as condutas. De modo geral, são as normas, protocolos, convenções oficiais e não oficiais pertencentes à estrutura organizacional., podendo também ser “percebidas como atores que definem e defendem interesses”, ou seja, a instituição pode ser qualquer forma que possibilite moldar as interações humanas (HALL, TAYLOR, 2003; LIMA, et al, 2011).

As políticas de saúde podem ser condicionadas pelas regras da estrutura do Estado, às instituições governamentais. Além disso, o setor de saúde carrega suas próprias regras e definições, o que molda as condutas das políticas de saúde.

As instituições são centrais no estudo da política não apenas pela importância do Estado como ator e autor de ações específicas, mas porque ele, assim como as demais instituições políticas, influencia diretamente a cultura política, a estratégia dos atores e a produção da própria agenda de questões a ser objeto de políticas, enquadrando a luta política através das suas instituições (MARQUES, 1997, p. 81).

Segundo Hall e Taylor (2003), a abordagem neoconstitucionalista busca descobrir os mecanismos e processos adotados pelas instituições para influenciar o comportamento dos atores e as decisões políticas. Ademais, “Em todas as vertentes do neoconstitucionalismo, a instituição é compreendida como espaço de mediação entre as estruturas sociais e os comportamentos individuais ou ainda como as arenas que se desenvolve o jogo de interesses e as disputas de poder” (MACEDO; CKAGNAZAROFF, 2018, p.9).

Dentre estas vertentes, destaca-se como relevante a esta pesquisa o neoconstitucionalismo histórico, que traz a instituição como conformadora das estratégias e mediadora das relações entre os atores políticos, sem excluir os interesses e a distribuição de poder entre esses atores. Nessa vertente, a instituição também é resultado das estratégias utilizadas pelos atores e as escolhas destes são conformadas por meio do contexto social e institucional em que as interações são estabelecidas (MARQUES, 1997; LIMA et al, 2011).

Nessa corrente, o contexto histórico tem relevância para a análise da instituição, já que pela análise histórica é possível identificar decisões e políticas anteriores que possuem consequências até o presente momento. Para Hall e Taylor (2003), isso se conceitua como dependência da trajetória, ou seja, as instituições possuem elementos que podem permanecer em contextos históricos diversos devido à capacidade do Estado e das políticas de se estruturarem.

Hall e Taylor (2003) afirmam que as situações políticas sofrem influência das instituições por intermédio das ações dos indivíduos. A relação entre instituições e as ações dos indivíduos podem ser analisadas nas perspectivas calculadoras, quando envolve um cálculo estratégico que define a ação em busca dos objetivos por parte dos indivíduos, e por

parte da instituição quando as normas são meios de moldar o comportamento dos atores. Já na perspectiva cultural que traça a ação dos indivíduos para além da estratégia, considerando uma visão própria do indivíduo que pode utilizar das normas estabelecidas como um guia para alcançar seus objetivos e a instituição pode afetar a identidade e as preferências que guiam a ação.

Para Pereira (2014, p.159), a análise da trajetória histórica das instituições e das políticas é considerada como um dos pontos centrais no estudo da relação entre políticas públicas e o neoinstitucionalismo histórico, pois “o contexto histórico de uma instituição ou de uma política condiciona a definição dos interesses dos atores e a construção de suas relações de poder” (PEREIRA, p.159, 2014).

Assim, através dos elementos centrais do neoinstitucionalismo histórico, foi estruturada uma matriz analítica. Abaixo, demonstra-se a correlação do referencial teórico com o objeto de pesquisa:

QUADRO 1: MATRIZ ANALÍTICA

DIMENSÃO DE ANÁLISE	DEFINIÇÃO	OBJETIVOS DO ESTUDO
Dimensão institucional-formal	Refere-se às regras formais (marco legal e normativo) que definem as diretrizes e o conteúdo da política.	Caracterizar o processo de planejamento da atenção hospitalar no âmbito das regiões de saúde, entre 2016 e 2019;
Dimensão político-institucional	Aborda a maneira pela qual o contexto político e institucional exerce influência sobre a política, considerando o papel das instituições, dos atores e das ideias/imagens da política	Identificar o papel dos espaços deliberativos envolvidos no processo de planejamento da atenção hospitalar nas regiões de Saúde, entre 2016 e 2019; Identificar os atores envolvidos no planejamento da atenção hospitalar âmbito das regiões de saúde do estado, entre 2016 e 2019. Analisar os instrumentos de gestão do processo de planejamento hospitalar nas regiões de saúde do estado,

		entre 2016 e 2019.
Dimensão histórico-institucional	Aborda as influências da trajetória histórica das instituições, da temporalidade e da sequência das políticas para a conformação atual da política e do sistema de saúde	Caracterizar os espaços deliberativos envolvidos no processo de planejamento da atenção hospitalar, no âmbito das regiões de saúde do estado, entre 2016 e 2019.

Fonte: Adaptado de Pereira (2014).

É na perspectiva do neoinstitucionalismo histórico que este estudo busca estudar o planejamento da atenção hospitalar nas regiões de saúde, dado que a instituição influencia as ações e estratégias dos atores e os atores conformam e moldam a instituição, em uma relação mútua de troca. As decisões dos atores no momento das formulações e decisões são afetadas pela instituição, que delimitam ou expande estas escolhas e, a depender do lugar que esses atores ocupam na instituição, os interesses podem ser divergentes.

Assim, por meio da análise documental, é possível estudar as ações e decisões dos atores envolvidos no processo de planejamento da atenção hospitalar na região de saúde a partir do contexto que estão inseridos.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho de estudo

Esta é uma pesquisa documental, utilizando o método qualitativo e com uma abordagem exploratória, com o foco nas instâncias deliberativas da saúde no âmbito regional (MINAYO, 2010).

A pesquisa documental é uma ferramenta de estudo que adota ampla fonte de documentos primários em que o pesquisador desenvolve seu trabalho e análise (SEVERINO, 2007). O método qualitativo, segundo Minayo (2010), compreende a dinâmica interna de grupos, instituições e atores quanto a representações sobre sua história, processos históricos e sociais, relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais e sobre a implementação de políticas públicas.

A análise dos atores e da temática envolvida no processo de planejamento da atenção hospitalar nas instâncias governamentais e intergovernamentais, a partir dos documentos selecionados, permitem conhecer os desenhos estruturais e os processos organizacionais. A investigação qualitativa possibilita a análise do contexto, das relações e as percepções sobre as situações vivenciadas (MINAYO, 2010).

3.2 Lócus do estudo

O estado da Bahia é dividido em nove macrorregiões de saúde e 28 regiões de saúde, que ao todo contemplam 417 municípios (BAHIA,2016). Para fins de análise deste estudo de caso, será considerada a Região de Saúde de Feira de Santana por ser a maior região de saúde que compõe a Macrorregião Centro-leste, sendo polo regional e onde está localizado o Núcleo Regional de Saúde.

A partir de 2017, essa região de saúde, sofreu mudanças na atenção hospitalar, como a inauguração de uma maternidade de alto risco no Hospital Estadual da Criança, além de reformas e ampliação do Hospital Clériston Andrade (BAHIA, 2017).

A população da região de saúde de Feira de Santana é composta por 1.161.498 habitantes, em uma área de 16.589,426 km² e está distribuída em 28 municípios: Amélia

Rodrigues, Anguera, Antônio Cardoso, Baixa Grande, Candeal, Capela do Alto Alegre, Conceição do Jacuípe, Coração de Maria, Feira de Santana, Gavião, Ichu, Ipecaetá, Ipirá, Irará, Mundo Novo, Nova Fátima, Pé de Serra, Pintadas, Rafael Jambeiro, Riachão do Jacuípe, Santa Bárbara, Santanópolis, Santo Estêvão, São Gonçalo dos Campos, Serra Preta, Tanquinho, Teodoro Sampaio, Terra Nova (OBSERVATÓRIO BAIANO DE REGIONALIZAÇÃO, 2021).

A capacidade hospitalar da rede própria, instalada nesta região, são três hospitais em Feira de Santana, sendo dois de gestão direta (Hospital Especializado Lopes Rodrigues-Psiquiatria e o Hospital Geral Cleriston Andrade) e um de gestão Indireta (Hospital Estadual da Criança) (SESAB, 2019).

Após essa contextualização, o lócus se define pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, com elaboração dos instrumentos de gestão, resoluções e demais documentos referentes ao planejamento da atenção hospitalar na região de saúde (regionalização) e a CIR da região de saúde de Feira de Santana, que retrata um recorte regional com envolvimento dos atores e instituições que participam das reuniões para tomada de decisão.

3.3 Plano de coleta de dados

Para a pesquisa documental, foram utilizados documentos-base como o Plano Estadual de Saúde (2016-2019), a Programação Anual de Saúde (2016 a 2019), o Relatório Anual de Gestão (de 2016 a 2019) e as 33 atas das reuniões da CIR (de 2016 a 2019). Foram incluídos 42 documentos no total ao estudo, tendo como critério abordar os temas que se relacionem ao objeto de estudo, ser de acesso livre correspondente ao período de 2016 a 2019.

O critério de seleção desses documentos foi estabelecido a partir das três dimensões de análise propostas pelo referencial teórico, são elas: dimensão institucional-formal, dimensão político-institucional e a dimensão histórico-institucional. Os instrumentos de gestão foram selecionados por se tratar de documentos norteadores do planejamento e de prestação de contas; além disso, as atas da CIR da região de saúde de Feira de Santana foram incluídas por se tratar de um tipo de documento que representa o exercício do processo de regionalização, possibilitando identificar e analisar os temas que são abordados, os atores e a governança no processo de planejamento, regionalização e atenção hospitalar no período estabelecido.

Esses documentos permitem compreender a dinâmica das instituições, os temas mais abordados e identificação dos atores nas decisões acerca da atenção hospitalar, sendo fontes de informações úteis que apoiam e validam a evidência, mesmo que possam conter parcialidades (YIN, 2010).

3.4 Plano de tratamento e análise dos dados

Após a coleta dos dados, foi realizado um tratamento sistemático para constituição do banco de dados da pesquisa. O material documental foi extraído dos seguintes sites: Observatório Baiano de Regionalização, elaborado pela SESAB; do site da Comissão Intergestores Bipartite/SESAB; e do Google, considerando fontes de livre acesso pela internet. Após encontrar os documentos, foi realizado o *download* e, posteriormente, os itens foram arquivados por respectivos tipos de documentos. Na sequência, foi realizada uma leitura na íntegra e em profundidade, o que permitiu a extração de conteúdo correlacionado ao tema de estudo, reconhecimento dos aspectos referentes à unidades temáticas a serem agrupadas por categorias e núcleos de sentidos que permitiram a construção de conhecimento conforme categorias preestabelecidas e citadas anteriormente (Apêndice B).

Além desse processo de categorização dos documentos selecionados, os resultados e a discussão são apresentados em três dimensões: a institucional-formal, a político-institucional e a histórico-institucional. Essas dimensões são estruturadas a partir do referencial teórico adotado, o neoinstitucionalismo histórico, baseada na matriz analítica de Pereira (2014). As dimensões permitem a análise e a discussão dos resultados instrumentalizando o referencial teórico.

Assim, é fundamental o conhecimento em profundidade do material coletado mediante a análise de conteúdo. Essa técnica abrange a exploração do material com posterior identificação de núcleo de sentido e categorização (MINAYO, 2010).

Desse modo, a análise crítico-reflexiva se fundamenta no referencial teórico do neointitucionalismo histórico, que sustenta a análise do conteúdo documental. Sua escolha é defendida por considerar que as normas e o contexto histórico exercem influência nas ações dos atores e que eles, também conformam as instituições, o que corresponde ao objeto de pesquisa.

3.5 Aspectos éticos

A análise documental, dessa pesquisa, está em conformidade com a Lei nº 9610/1998, que se refere aos direitos autorais dos documentos que foram analisados. Os documentos utilizados são de acesso livre em páginas públicas na Internet, que não necessitam de autorização para ter acesso ao conteúdo, dispensando a avaliação ética e o registro de consentimento.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados apresentados e analisados nesse estudo foram fundamentados no referencial teórico do Neoinstirucionalismo, a partir da construção de três dimensões propostas no estudo de Pereira (2014): dimensão Institucional-formal; dimensão político-institucional; dimensão histórico-institucional. Essas dimensões permitem a análise dos documentos utilizados nesse estudo, por abranger os temas centrais do Neoinstitucionalismo histórico.

Na dimensão institucional-formal são analisados os instrumentos de gestão, já que estes instrumentos norteiam o planejamento e execução dos serviços de saúde; já as atas das reuniões da CIR ficaram na dimensão político-institucional por apresentar os atores e suas relações diante das temáticas abordadas nas reuniões, elas foram divididas em categorias com seus respectivos núcleos de sentido; e a dimensão histórico-institucional, aborda a trajetória histórica por meio da linha do tempo documental.

4.1 Dimensão Institucional-Formal

Essa categoria corresponde às regras formais que definem as diretrizes e o conteúdo da política (PEREIRA, 2014). Partindo dessa caracterização, foram incluídos os dados e as análises referentes aos Instrumentos Normativos de Gestão, o Plano Estadual de Saúde da Bahia 2016-2019, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão, ambos referentes ao período entre 2016 e 2019, com foco nas temáticas da atenção hospitalar, planejamento e regionalização (Apêndice C).

Considerando os conceitos sobre os instrumentos de planejamento, o Plano de Saúde é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde, com as funções de consolidar as políticas e compromissos de saúde numa determinada esfera de governo, e nortear a construção do planejamento e do orçamento da saúde por quatro anos. Já a Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e visa anualizar as metas e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. Por fim, o Relatório de Gestão (RG) “é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS, apurados

com base no conjunto de diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde” (BRASIL, 2016, p. 105-108).

Como instrumento de planejamento regional preconizado, temos o Plano Regional que deve ser pactuado na CIB, com a responsabilidade de monitorar as informações repassadas pelas CIRs. Esse instrumento é resultante do Planejamento Regional Integrado (PRI), que busca expressar as responsabilidades dos gestores em relação à população do território, a partir do desenho das regiões de saúde e em consonância com as redes de atenção à saúde. Esse instrumento está em consonância com uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (2013), que propõe a regionalização da atenção hospitalar considerando o território de abrangência e base populacional, de acordo com as pactuações regionais (BRASIL, 2013; 2018). Porém, no período do estudo, o PRI estava em processo de construção, não sendo possível sua análise.

Desse modo, é possível estruturar os elementos identificados a partir da análise dos instrumentos de gestão:

4.1.1 Plano Estadual de Saúde (2016-2019)

O Plano Estadual de Saúde (PES, Bahia 2016-2019) traz em seu escopo algumas metas importantes relacionadas à atenção hospitalar e regionalização, como: a proposta de implantação da Política de Atenção Hospitalar da Bahia; a reestruturação da oferta da Atenção Hospitalar, com base na regionalização; insere a Proposta das Linhas de Cuidado e da territorialidade; busca a organização das Macrorregiões de saúde em redes de atenção especializada; e traz compromissos com a ampliação da atenção hospitalar.

O plano está organizado em seis capítulos, no qual um deles apresenta os módulos operacionais, base para a construção da Programação Anual de Saúde (PAS), a qual especifica as diretrizes e metas a serem alcançadas. Este instrumento, elaborado a partir da 9º Conferência Estadual de Saúde, propõe nove compromissos também presentes no Plano Plurianual (PPA). Os compromissos em destaque para este estudo são os compromissos três, quatro e nove , que são respectivamente sobre a ampliação do acesso da população às ações e aos serviços de saúde especializada, ambulatorial e hospitalar; sobre a promoção de ações e

serviços de saúde por meio das Redes de Atenção à Saúde; e sobre o fortalecimento da capacidade de gestão estadual do SUS, qualificando as ações de sistematização, monitoramento e fiscalização, além de ampliar os canais de diálogo com a sociedade e o exercício do controle social (BAHIA, 2016).

É mencionado no PES a proposta de elaboração da Política Estadual de Atenção Hospitalar. “Seu objetivo é fomentar mudanças no modelo assistencial vigente com reestruturação da oferta dos serviços da atenção hospitalar, com base na regionalização do sistema e nas necessidades de saúde da população” (BAHIA, 2016, p.64).

4.1.2 Programação Anual de Saúde 2016 a 2019

A partir dos compromissos estabelecidos na PAS, são descritas a meta, a iniciativa, as ações para alcançar a meta, o produto esperado, a meta esperada, o indicador, a meta alcançada, a previsão orçamentária e a ação orçamentária. Essas ações estão relacionadas à ampliação e implantação de unidades hospitalares e/ou dos serviços de saúde de média e alta complexidade, descritos em sua maioria a partir das redes temáticas implantadas, como a rede cegonha, a rede de atenção psicossocial, a rede de urgência e emergência, a rede de cuidado à pessoa com deficiência ou na elaboração e implantação de políticas associadas as redes no estado.

Importante ressaltar que na PAS de 2019, no compromisso nove, existe a referência da elaboração do Plano Regional Integrado (PRI) junto às 28 regiões de saúde do estado, com ações que foram programadas e realizadas como reuniões para apoiar o funcionamento da CIR, seminários para pactuação de indicadores de saúde, e oficinas para elaboração da Programação geral de ações e serviços de saúde. Em 2019, houve a programação da elaboração do PRI no compromisso nove e quatro, sendodescrita novamente na PAS 2019 a elaboração do Plano estratégico da atenção hospitalar.

4.1.3 Relatório Anual de Gestão 2016 a 2019

Os RAGs de 2016 e 2017 possuem um formato que responde ao sistema de gestão SARGSUS, instituído pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de apoiar os gestores na

elaboração do Relatório Anual de Gestão. É possível perceber que, nesses dois anos, os dados que constam nesse relatório não conseguem apresentar o acompanhamento de todas as metas estabelecidas na PAS. Assim, não foi possível descrever as metas alcançadas em relação à programação de saúde prevista para esses anos em específico, a partir do recorte das metas que fazem interface com esse estudo, apresentadas no quadro 4 (Apêndice C).

Já os Relatórios anuais de Gestão dos anos de 2018 e 2019 apresentam um conteúdo organizado em quatro partes: a estrutura organizacional, montante e fonte dos recursos aplicados, auditorias, acompanhamento da PAS e monitoramento dos indicadores.

Em relação ao montante de recursos aplicados na área da saúde nos anos de 2018 e 2019, o compromisso três, sobre a ampliação do acesso da população as ações e serviços de saúde da atenção especializada ambulatorial e hospitalar, apresentou uma execução em processos empenhados de 76,65% em 2018 e de 96,85 % em 2019, em relação ao orçamento (BAHIA, 2018; 2019). Esse compromisso integra ações de gestão, infraestrutura e prestação de serviços, como o gerenciamento da rede própria estadual, o que demonstra o investimento da Secretaria Estadual de Saúde na construção de novas unidades hospitalares, na reforma e na ampliação das unidades da rede própria (BAHIA, 2018).

No que se refere ao compromisso quatro, que busca promover a integração das ações e serviços de saúde por meio das redes de atenção à saúde, indica uma execução de 88% em 2018 e de 89,22% em 2019, em relação ao orçamento (BAHIA, 2018; 2019).

Em 2019, apesar da PAS trazer uma nova meta, de elaboração do PRI em todas as regiões de saúde do estado, o RAG (2019) não evidencia que essa ação foi consolidada. Contudo, o RAG (2019), no compromisso nove, que busca fortalecer a capacidade de gestão estadual no SUS, aponta o início da elaboração do Plano Estratégico da Atenção Hospitalar por meio da cooperação técnica entre SESAB e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com consultoria da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), prevista na PAS (2019).

As oficinas iniciais trabalharam na qualificação de um diagnóstico situacional regional, na identificação dos principais problemas, e na proposição de objetivos e ações prioritárias para a melhoria da atenção hospitalar em rede, nas nove macrorregiões de Saúde. Envolveram mais de 650 pessoas, entre gestores estaduais, municipais e hospitalares, técnicos de diferentes áreas da saúde e representantes do Cosems-Ba. Além destas, foram realizadas oficinas específicas sobre regulação,

contratualização, precificação e tipologia hospitalar, fora realizada, ainda, a Oficina Estadual com o objetivo de sistematizar o trabalho desenvolvido (BAHIA, 2019, p. 176).

Diante desses instrumentos de gestão apresentados acima, percebe-se que a regionalização se mostra presente no processo de trabalho e na execução das ações propostas no Plano de Saúde Estadual (PES), principalmente no ano de 2019, o qual duas ações importantes são evidenciadas na programação, como a construção do plano estratégico da atenção hospitalar, que chega a ser iniciado, e a proposição da elaboração do plano regional integrado.

Algumas metas e compromissos são organizados baseados nas macrorregiões de saúde do estado, o que serve como base para o desenvolvimento das ações de saúde no território, fortalecimento da capacidade de gestão e fortalecimento das regiões de saúde, além de apresentar capilaridade entre todos os serviços de saúde, inclusive a atenção hospitalar, muito presente das discussões sobre as redes de atenção à saúde.

Nos anos de 2017 e 2018 há duas resoluções nacionais importantes para o processo de planejamento e regionalização, que influenciaram a organização da saúde no estado, sendo elas: a Resolução nº CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017, que estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente; e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Essa resolução estabelece o compromisso dos três entes federados, a elaboração do PRI considerando a organização das RAS com a integração regional das ações e serviços de saúde em conformidade com a lei complementar 141/2012, implementação de gestão de custo em saúde, implantação de comitê executivo de governança das redes com participação dos diversos atores envolvidos (BRASIL, 2017). Ainda no ano de 2017, é publicado uma Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a Consolidação das normas sobre as redes do SUS, que traz a definição das redes de atenção à saúde, rede de serviço de saúde e redes de pesquisa em saúde.

Já a Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, dispõe sobre “o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e a organização de macrorregiões de saúde”, tendo como proposta a intenção de redefinir o desenho territorial das regiões de saúde do estado

com base nas orientações da resolução ministerial, considerando os vazios assistenciais, recursos e necessidades da população. A macrorregião de saúde, instituída como espaço regional ampliado, deverá garantir a resolutividade da RAS. Esse território deverá ter como base a configuração existente, mas considerando alguns critérios como a conformação regional com escala necessária para a garantir os serviços de alta complexidade, com um mínimo populacional de 700 mil habitantes e com um limite geográfico bem definido (BRASIL, 2018).

Assim, diante desse cenário nacional, em 2018 há iniciativa do estado na construção de um cronograma para a elaboração do PRI, proposto nas Resoluções CIB nº160/2018 e nº167/2018, que prevê o levantamento das necessidades de ações e serviços de saúde, a modelagem das redes de atenção à saúde a partir da identificação dos pontos de atenção à saúde com relações horizontais, com ações e serviços definidos, alocação de recursos dos entes da federação, formação de comitês executivos de governança e o PRI elaborado e publicado em 2019 (BAHIA, 2018).

Assim, mediante as pontuações, é possível perceber que os instrumentos normativos de planejamento analisados apontam para a adoção do processo de regionalização como um todo. A percepção do planejamento hospitalar nas regiões de saúde pressupõe, pelos instrumentos de gestão, que estão intrínsecos ao processo de implantação e implementação das redes de atenção à saúde nos territórios, como pode ser observado nas ações discutidas pelas Redes de Urgência e Emergência, e Rede Cegonha, dentre outras supracitadas.

A análise desses instrumentos normativos, a partir do neoinstitucionalismo histórico, demonstra que esses documentos fazem parte da rotina burocrática da instituição. Porém, a construção dos mesmos refere-se a um grande debate e articulação entre os atores e instituições envolvidas, o que condiciona, a partir da disputa entre os sujeitos e entre os diversos cenários, as ações e metas prioritárias a serem implantadas. O contexto institucional induz estratégias que podem se propagar ao longo do tempo, e moldar as estruturas normativas e influenciar as preferências dos atores (HALL; TAYLOR, 2003). Assim, há

O reconhecimento de que a ação do Estado (e das suas instituições) é dotada de sentido. Ou seja, é influenciada pela relação de forças que se estabelece entre burocracias estatais, partidos políticos, grupos de interesses e outras estruturas

presentes no interior das instituições. As consequências se expressarão no tensionamento da política pública, acelerando-a ou interrompendo-a (PEREIRA, 2014, p. 158).

4.2 Dimensão Político-Institucional

Essa dimensão traduz a maneira pela qual “o contexto político e institucional exerce influência sobre a política, levando em conta o papel das instituições, dos atores e das ideias/imagem da Política” (PEREIRA, 2014, p. 161). Assim, será possível identificar os atores e as instituições que estão envolvidas, como é o cenário que envolve as discussões, pactuações e tomadas de decisão no âmbito regional, a partir da análise das atas da CIR da região de saúde de Feira de Santana.

A instituição é definida por Hall e Taylor (2003) como os protocolos, procedimentos e normas inerentes a estrutura organizacional da política, se ampliando para regras de ordem formal ou dos procedimentos tradicionais de funcionamento da organização. As instituições exercem influência sobre as situações políticas por meio das ações dos indivíduos, convergindo em um papel fundamental na conformação das ações dos atores.

Nessa dimensão, é possível identificar os atores envolvidos, a função que desempenham e como as ações estão atreladas ou representam as instituições que elas representam (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2015; PEREIRA, 2014).

No cenário de construção e operacionalização do planejamento os atores sociais interagem e pertencem a realidade a ser planejada. A partir disso, pode-se dizer que a CIR, instituição administrativa e de gestão, possui como membros os representantes legais das secretarias de saúde dos municípios e do estado, como do Núcleo Regional de Saúde e dos setores da Secretaria Estadual de Saúde (SESAB) (BAHIA, 2015).

Como uma instância deliberativa, de âmbito regional, a CIR é vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, com função administrativa e operacional, que deve observar as diretrizes da CIB para o pleno funcionamento. Nessa comissão devem ser pactuadas a organização e o funcionamento das ações, além dos serviços de saúde integrados em rede da região estabelecida (BRASIL, 2011).

Ainda no âmbito regional, os Núcleos Regionais de Saúde (NRS), na Bahia, são instituídos a partir de dezembro de 2014, pela Lei 13.204, que propõe a criação dos NRS, visando contribuir com o fortalecimento da gestão junto aos municípios. Como unidade gestora de recursos orçamentários e financeiros, tem como finalidade monitorar as ações de regulação e de vigilância Sanitária, além de coordenar o monitoramento da prestação de serviços de saúde. O espaço de atuação territorial é definido a partir das macrorregiões de saúde definidas no Plano Diretor de Regionalização em Saúde (BAHIA, 2014; 2015).

No cenário de discussões e temáticas da CIR foi possível identificar, após o plano de tratamento das atas, duas categorias de análise e os seus respectivos núcleos de sentido, estruturados no Quadro 2 e que guiará a apresentação dos resultados.

QUADRO 2. CATEGORIAS DE ANÁLISE E RESPECTIVO NÚCLEO DE SENTIDO DAS ATAS DA CIR DA REGIÃO DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA (2016-2019) SOBRE A ATENÇÃO HOSPITALAR, PLANEJAMENTO E REGIONALIZAÇÃO.

Categoria analítica	Núcleo de sentido
Atores e Instituições	<ol style="list-style-type: none"> Representante das seguintes instituições: técnicos, coordenadores e diretores de diversas áreas da Secretaria Estadual de Saúde (SESAB) do nível central e do NRS, Secretaria Municipal de Saúde (Secretários de Saúde e/ou coordenadores dos serviços de saúde), Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), prestadores de serviços de saúde. Dificuldade de tomada de decisão por ausência dos secretários de saúde nas reuniões da CIR.
Estratégias de qualificação da atenção hospitalar: elementos facilitadores e dificultadores	<ol style="list-style-type: none"> Discussão dos serviços de média e alta complexidade a partir das redes temáticas, mutirões para cirurgia eletiva e glaucoma; Acesso regulado aos hospitais de grande porte da região; Reorganização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e da Rede Cegonha; Dificuldade de acesso às unidades hospitalares de grande porte e o custeio dos hospitais de pequeno porte (HPP); Monitoramento e avaliação das metas pactuadas nos contratos dos prestadores. Fragilidade na garantia do acesso por meio da PPI; Adequação da Pactuação Programa Integrada (PPI) entre os municípios da região.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2.1 Atores e Instituição

Com o processo de descentralização e regionalização do SUS, a partir do Pacto pela Saúde (2006) e do Decreto 7508/2011, a implantação da Comissão Intergestores Regionais de Saúde (CIR) viabilizou o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil com a participação ativa dos municípios, promovendo uma gestão compartilhada e cooperativa entre os entes da federação (BRASIL, 2006; 2011).

Esse processo de regionalização, que ocorre de forma gradual e heterogênea, advém de um processo político que conduz a distribuição de poder e a institucionalização de um arcabouço que necessita de uma relação intrínseca e de colaboração mútua entre os atores para a validação do planejamento e pactuações atreladas às ações e serviços de saúde no âmbito regional (VIANA; LIMA; FERREIRA; 2010).

Essa categoria analítica expõe os atores envolvidos e as instituições. Assim, temos a SESAB (instância central e regional (NRS) como representação da esfera estadual); e os secretários municipais de saúde da região, representando a esfera municipal, com finalidades e objetivos bem definidos, que precisam trabalhar de maneira colaborativa para a execução do planejamento e ações dos serviços de saúde na região. A Resolução CIB nº 88/2013, que aprova o Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite e das Comissões Intergestores Regionais do Estado da Bahia, define a composição da CIR da seguinte forma: três representantes da SESAB e todos os secretários municipais de saúde da região, a coordenação será assumida por um representante do estado e a coordenação adjunta será assumida pelo ente federado que não estiver assumindo a coordenação. Caso seja do ente municipal, será mediante eleição dos gestores municipais; e caso seja assumida pelo ente estadual, essa será indicada pelo Secretário de Estado (BAHIA, 2017).

A Resolução CIB nº 011/2015, que *Aprova Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite e das Comissões Intergestores Regionais do Estado da Bahia*, traz em seu escopo:

Art. 4º As CIR são instâncias de caráter deliberativo sobre as competências definidas dentro do seu território, a partir de decisões tomadas por consenso, de acordo com as diretrizes estabelecidas na CIB-BA e de caráter consultivo para a CIB-BA, quando se referir às questões que envolvam outras Regiões de Saúde do Estado (BAHIA, 2015, p. 2).

A participação dos representantes da SESAB, a partir do NRS, nas reuniões é ativa, contando com a participação dos técnicos em grupos de trabalho, o que otimiza as discussões e com o coordenador do núcleo que tem funções gerenciais, pode estar à frente da coordenação da CIR (BAHIA, 2015).

Foi possível observar que o Núcleo Regional de Saúde, como instituição do estado de representação regional, não possui o acompanhamento do planejamento hospitalar na região entre suas atribuições institucionalizadas o (BAHIA, 2014; 2015). De acordo com a lei nº 13.204 de 2014, que trata da modificação da estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual, temos:

§ 2º Ficam extintas as Diretorias Regionais de Saúde DIRES e criados os Núcleos Regionais de Saúde NRS, com a finalidade de acompanhar as atividades de regulação e de vigilância sanitária, bem como as ações relativas à Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços de Saúde, à Central de Aquisições e Contratações da Saúde e à Corregedoria da Saúde, contribuindo para o fortalecimento da gestão junto aos Municípios (BAHIA, 2014, p. 10).

Assim, a perspectiva de atuação do Núcleo Regional de Saúde sobre o planejamento da atenção hospitalar é percebida de forma indireta. Ou seja, apesar de não ser atribuição do núcleo, ele desenvolve ações voltadas para a temática da atenção hospitalar, percebidas nas discussões em CIR registradas em atas, sobre as redes temáticas, regulação, pactuação e, por meio de áreas como a vigilância sanitária, é possível monitorar os serviços hospitalares na região. Além disso, como citado na lei 13. 204 de 2014, é atribuição do núcleo a coordenação e o monitoramento da prestação de serviços de saúde.

Além desses atores supracitados, participam das reuniões, quando convidados, coordenadores, diretores e técnicos alocados na SESAB (nível central e do NRS) e dos municípios, representante do COSEMS e prestadores dos serviços de saúde da região. Essas participações qualificam os debates e permitem a configuração de grupos de trabalhos para tratar temas pertinentes que emergem das discussões. Essa prática também foi evidenciada no estudo de Almeida *et al* (2016), que relata a presença de profissionais de áreas específicas convidados pelos gestores, com a finalidade de enriquecer o debate e contribuir para as deliberações nas reuniões (ALMEIDA, 2016).

A CIR configura-se como um espaço de relação de poder quedelibera sobre os caminhos da saúde na região. Segundo Costa et al (2021), a governança, que envolve essa relação de poder, é tensionada a todo instante pela interação entre os atores envolvidos. A CIR é um local que há negociações e conflitos e é fundamental para a governança regional, pois suscita um canal permanente de negociação entre os entes municipais e estaduais (COSTA; NOGUEIRA; OLIVEIRA, 2021; ALELUIA; MEDINA; VILLAS BOAS, 2021).

Assim, de acordo com Jesus *et al* (2011) pode-se dizer que o contexto da CIR é propício para um planejamento eficaz, já que a partir das interações dos atores é possível eleger os problemas, realizar diagnóstico e estabelecer cálculos interativos no cenário ao qual pertence.

A presença dos atores, como os prestadores de serviço na comissão, se apresenta como pontual e em pautas específicas, quando há necessidade de envolver esse ente para enriquecer o debate e contextualizar a temática, podendo ser pontuadas a participação no debate das cirurgias eletivas e de glaucoma.

Outro ponto dessa categoria é a ausência dos secretários de saúde nas reuniões, o que implica no andamento dos processos por ausência da tomada de decisão interfere diretamente na definição de políticas regionais. Nessa CIR foi pactuado que as propostas a serem discutidas, pontuada pelo secretário de saúde, só seria deliberada quando o gestor que propôs estivesse presente na reunião, não sendo válido um representante do município.

O papel dos gestores locais é essencial na CIR, pois eles conhecem as condições de saúde dos municípios e possuem influência direta na definição das políticas públicas e nas pactuações por meio dos canais de governança, ao negociarem estratégias que contribuem para o fortalecimento e aprimoramento da gestão regional (COSTA; OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2021). Para tanto, são atores fundamentais para o desenvolvimento do planejamento e da estruturação da gestão nas regiões de saúde (FERREIRA *et al*, 2018).

4.2.2 Estratégias de qualificação da atenção hospitalar: elementos facilitadores e dificultadores

A abordagem sobre essa temática nas atas analisadas trata sobre assuntos que envolvem as redes temáticas de atenção à saúde, ou seja, aspectos que estão apresentando dificuldade para o pleno funcionamento das redes, como acesso às unidades hospitalares, território de abrangência, integração com a Atenção Primária à Saúde (APS), fluxos regulatórios e qualificação dos profissionais.

O cerne da discussão apresenta as dificuldades encontradas pelos gestores locais no encaminhamento de usuárias para as maternidades de referência, recursos financeiros, ausência de um plano sobre a rede no território aprovado, ampliação dos serviços de Atendimento de Urgência e Emergência (SAMU). A gestão, os prestadores de serviços e os fluxos para a organização das cirurgias eletivas e os mutirões de glaucoma foram pauta presente em quase todas as reuniões.

Diante das fragilidades apontadas pelos membros da comissão, foi colocado a necessidade de reorganização das redes temáticas na região, como fluxos e pontos de atenção, e a qualificação da APS para que seja viabilizada a integralidade do cuidado considerando os critérios de encaminhamento para cada tipo de unidade da rede. Dessa maneira, é possível qualificar o acesso do usuário diante das suas necessidades.

É notório que a participação, ativa ou não, dos gestores no processo de organização das redes de atenção à saúde interfere diretamente na implantação das ações e serviços de saúde no território, sendo um processo de negociação política que depende do protagonismo de cada ator para ampliar ou não os debates (MENDES *et al.*, 2015; FILHO *et al.*, 2016).

Além do mencionado acima, foi implantado na CIR uma comissão para monitoramento e avaliação periódica dos contratos para acompanhar as metas de qualidade pactuadas com as unidades hospitalares prestadoras de serviço dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP), os quais possuem até 50 leitos inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) (BRASIL, 2004). Isso evidencia a gestão da assistência por parte dos gestores estaduais, tanto do núcleo quanto do nível central junto aos entes contratados.

Há uma discussão registrada em ata, levantada por um gestor municipal, sobre a resolutividade dos HPP em relação aos procedimentos de média e alta complexidade e na redução do número de internamento ao longo dos anos. Esse fenômeno é atrelado à ampliação

e qualificação da atenção primária no município, sendo solicitado uma revisão no financiamento e nas regras contratuais pelo estado, já que os municípios estão arcando com grande parte do custeio.

Segundo Filho *et al* (2016), dentre os assuntos com maior predominância nas discussões da CIR está a atenção secundária, com foco na regulação e nos pontos de atenção, especialmente sobre as redes de atenção à saúde, que ficam restritas a garantia de oferta na atenção especializada e hospitalar.

Outro elemento importante dessa temática está presente no núcleo de sentido: a fragilidade na garantia do acesso, por meio da Pactuação Programada Integrada (PPI) e adequação da PPI entre os municípios da região, torna-se ponto essencial para discussão.

A pactuação das referências dos serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, entre gestores municipais de uma região de saúde, em consonância ao planejamento, acontece por meio da PPI. A PPI é um instrumento que objetiva quantificar os serviços de saúde para a população residente em cada território e guiar a alocação dos recursos por parâmetros pactuados entre os gestores, sendo o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média e alta complexidade fora do município de residência. Esta deve ser elaborada a partir dos critérios estabelecidos em CIR (MOREIRA; TAMAKI, 2017).

Foi possível identificar nas atas a dificuldade que os gestores municipais enfrentam na garantia de acesso dos usuários aos serviços de saúde por meio das cotas disponibilizadas a partir da PPI, e a queixa dos gestores dos municípios executores em relação à extração no uso das vagas pactuadas, o que causa sobrecarga nos hospitais e o risco que isso representa aos usuários. Nesse período, foi possível observar as negociações para a atualização da PPI entre os municípios que compõe a região na CIR. A escolha de serviços alocados em outra região não está dentro do âmbito da competência da CIR, ou seja, a pactuação deve ser na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), por se tratar de uma instância de caráter deliberativo no âmbito estadual (BAHIA, 2015).

Tais elementos foram evidenciados no estudo de Biscarde (2016), que aponta a PPI como uma pactuação com inconformidades, com inobservância dos acordos firmados entre os municípios devido à fatores como o subfinanciamento, valores da tabela SUS que não

contemplam os custos reais de contratualização dos serviços e como consequência os serviços pactuados não são garantidos em sua totalidade.

Além do apontado, a PPI é um instrumento que ainda não consegue garantir o acesso à assistência de média e alta complexidade. Dentre os motivos para tal, destacam-se a falta de capacidade instalada por parte das unidades contratadas/executoras, ausência de um planejamento embasado na real necessidade de saúde da população e da capacidade instalada dos serviços (MOREIRA; TAMAKI, 2017).

Em relação à garantia do acesso na região, além da dificuldade no cumprimento da PPI, o subfinanciamento e a ausência de estrutura nos serviços de saúde hospitalares dos municípios menores é também um fator que implica na sobrecarga dos hospitais de referência na região e na desassistência da população do território.

É pontuada a importância da Atenção Primária como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede como elemento importante para a garantia do cuidado integrado e com resolutividade, garantindo a assistência nos diferentes níveis de atenção na rede.

Como diretriz do SUS, a regionalização organiza as ações e os serviços de saúde de maneira descentralizada, além de orientar os processos de negociação e pactuação entre os gestores e a distribuição de responsabilidades e atribuições entre os entes da federação. Essa forma organizativa exige uma gestão cooperativa e interdependente entre os níveis de governo para garantir a integralidade da assistência. Estratégias, como o planejamento das ações e do orçamento, oportunizam maior eficiência na gestão, que é fundamental no monitoramento e avaliação das políticas públicas (BRASIL, 2008; 2011).

Diante desse cenário, com base no neoinstitucionalismo histórico, percebe-se que o contexto político-institucional que permeia cada instituição reflete o comportamento dos atores, bem como os atores influenciam nas condutas dentro da instituição. A CIR da região de saúde de Feira de Santana se mostrou uma arena de negociação equilibrada, que aborda aspectos da gestão hospitalar a nível regional. Ademais, a CIR, como instituição, entendendo que as regras formais moldam as relações entre os atores, se torna capaz de operar processos que influenciam as decisões políticas. Portanto, a CIR é um espaço decisório regional em construção, que tem grande influência nos gestores municipais e permite a mediação entre o

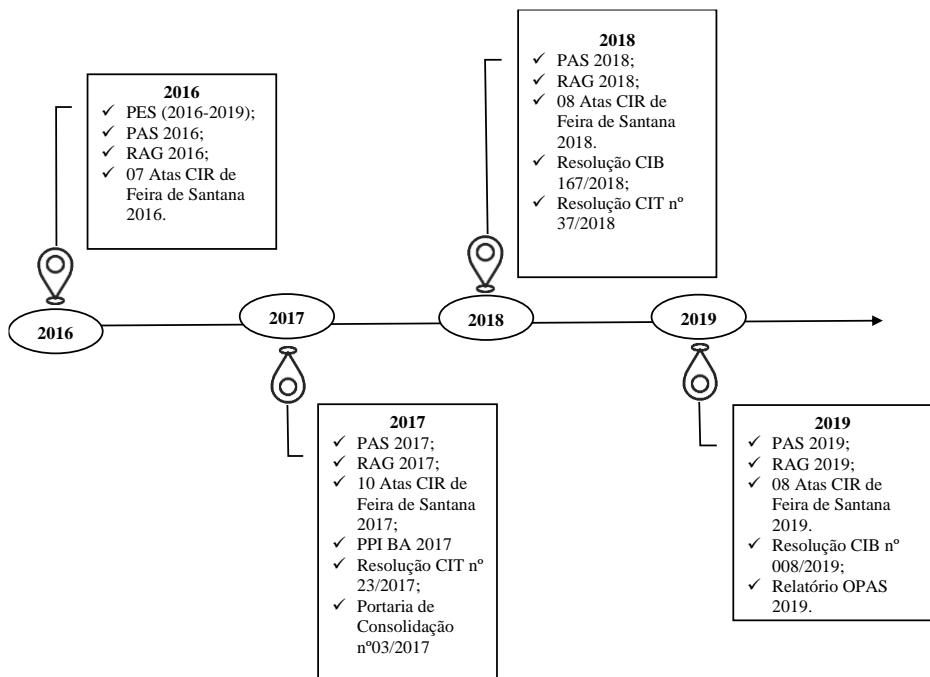
estado e os municípios nos processos de negociação (MARQUES, 1997; LIMA; MACHADO; GERASSI, 2015).

4.3 Dimensão Histórico-Institucional

Essa dimensão trata as influências da trajetória histórica das instituições, da temporalidade e da sequência das políticas para a conformação atual da política e do sistema de saúde. O contexto histórico de uma instituição ou política pública influência de maneira direta as preferências dos atores e o desenvolvimento das relações de poder. As instituições são parte integrante do contexto histórico e possuem a capacidade de manter ou modificar os trajetos; assim, as novas deliberações e políticas herdam a influência dos acontecimentos anteriores. É importante ressaltar que o neoinstitucionalismo histórico coloca a instituição como um dos fatores causais, considerando também fatores socioeconômicos e a difusão de ideias (HALL; TAYLOR, 2003; PEREIRA, 2014).

Nesse sentido, foi estruturado uma linha do tempo com os documentos selecionados para o estudo, com o intuito de analisar a trajetória histórica relacionada às instituições, buscando-se elementos de ruptura e continuidade na trajetória política que envolve o planejamento regional da atenção hospitalar.

FIGURA 01. Linha do tempo documental



Fonte: Elaborado pela autora.

Nesse conjunto de documentos supracitados e caracterizados na figura 01, é possível observar que os instrumentos de gestão retratam um período importante, com um impacto nacional, após a publicação da Resolução CIT nº 23/2017, da Portaria de Consolidação nº3/2017 e da Resolução CIT nº 37/2018, que buscam orientar os processos de regionalização, planejamento e as redes de atenção à saúde no país. Ou seja, as normas ministeriais influenciam a condução do processo na Bahia. Nesse cenário, é possível identificar a inicialização de dois processos relevantes ao estudo, como a construção do Plano Regional Integrado (PRI), previsto na Resolução CIB nº167/2018, e do Plano Estratégico da Atenção Hospitalar (PEAH).

Apesar do PEAH estar elaborado no RAG de 2019, o instrumento não foi localizado. Porém, com a menção do processo de elaboração, foi possível identificar o Relatório Técnico de 2019 da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) em cooperação técnica descentralizada com a SESAB, que auxiliou nesse processo de construção da PEAH. A partir desse documento, foi possível identificar que houve um processo inicial em 2018, com uma oficina intitulada de *Alinhamento Estratégico na Área da Atenção Hospitalar Regionalizada*.

do Estado da Bahia. Em 2019, são iniciadas as atividades para a construção do Plano Estadual de Atenção Hospitalar (PEAH), o qual foi levantada uma versão preliminar do diagnóstico da atenção hospitalar no estado, com características das macrorregiões de saúde, sua capacidade instalada, de produções ambulatoriais e hospitalares e os fluxos regulatórios. Além disso, foram feitas visitas técnicas em todas as macrorregiões de saúde do estado, com o objetivo de validar e qualificar os dados do pré-diagnóstico situacional, a partir das reuniões na sede dos Núcleos Regionais de Saúde e das visitas aos serviços de saúde como os HPPs, centrais de regulação, Hospitais de referência macrorregional e policlínicas. Tem como destaque o processo de construção coletivo e ascendente, considerando as regiões de saúde do estado, com a finalidade de construir o Plano Diretor Estratégico Regionalizado (PDER) da Atenção Hospitalar do Estado da Bahia (RELATÓRIO TÉCNICO ANUAL OPAS nº 53, COOPERAÇÃO TÉCNICA DESCENTRALIZADA À SESAB, 2019 p. 12,13; 2019).

Diante disso, percebe-se o empenho por parte da SESAB, na construção do plano estratégico da atenção hospitalar considerando as especificidades da regionalização, como os serviços de média e alta complexidade e o envolvimento dos atores locais, como os gestores municipais, gestores de unidades hospitalares e ambulatórias, o núcleo regional de saúde e centrais de regulação. O planejamento da atenção hospitalar e o planejamento regional devem estar alinhados para que possa existir coerência e viabilidade nas ações e metas propostas.

Nesse contexto, outro documento importante e norteador dos processos e da análise da trajetória são as atas da CIR. Foi possível observar que os gestores que participam da comissão relatam que a CIR é um ponto político importante de discussão e deliberação. É entendido como um espaço de articulação que potencializa e qualifica a troca de informação sobre o território, além de mobilizar os gestores municipais nos debates em prol do arranjo regional.

Apesar da CIR possuir diferentes contribuições no espaço regional, como no planejamento regional, no monitoramento e na avaliação e na política, poucos avanços foram percebidos em relação ao planejamento regional. Esse planejamento, aliado a incentivos econômicos, é fundamental para melhorar as condições de vida na região e qualificar a assistência (VIANA *et al*, 2017).

As discussões em espaços de governança regional se traduzem, em maior parte, sob as perspectivas de recursos de AIH, sobre as pactuações, PPI, de serviços de média e alta complexidade, regulação e fluxos de acesso, que são temas que mais geram conflito no momento das negociações. Apesar disso, em 2017 é elaborado um novo manual de Programação Pactuada e Integrada (PPI), com o intuito de atender as necessidades das regiões de saúde da Bahia, considerando a capacidade instalada dos serviços de saúde do estado e a necessidade de qualificar o acesso da população às ações e serviços de saúde. Com isso, foi elaborada uma proposta de repactuação aos gestores (BAHIA, 2017). Em 2019, é publicada a Resolução nº08/2019 que *aprova a repactuação da Programação Pactuada e Integrada do estado da Bahia (PPI-BA 2010) e dá outras providências* (BAHIA, 2019).

A PPI convencional é baseada em parâmetros populacionais gerais ou por série histórica para pensar a organização e o planejamento dos serviços de saúde de média e alta complexidade. A quantidade de procedimentos ofertados é vinculada ao teto financeiro, que se mostra insuficiente devido ao subfinanciamento e defasagem da tabela unificada do SUS, o que interfere na capacidade do gestor de negociar os serviços. Esses elementos prejudicam o fortalecimento das regiões de saúde e suas instituições representativas (SANTOS; ASSIS; 2017).

Além disso, percebe-se que o planejamento da atenção hospitalar, em espaços como a CIR, se detém a discussões que envolve as potencialidades e dificuldades na implementação das diversas redes temáticas no território, o qual é pontuado o desenho estrutural da rede, fluxo de acesso, sistema de regulação e recursos para implementação.

Conforme Lima et al (2019), os serviços do âmbito ambulatorial e hospitalar são discretamente desconcentrados espacialmente, e esse fato pode estar atrelado à existência dos hospitais de pequeno porte, que se ampliaram nos municípios. Porém, com relação a alta complexidade, existem vazios assistenciais importantes nas macrorregiões e uma concentração de serviços nos municípios polo de região (Lima et al, 2019).

Outro ponto que gera discussões na CIR e é apontado como desafiador nessa conjuntura pelos atores é a atuação dos hospitais de pequeno porte, que se apresentam como unidades sem estrutura e com baixa resolutividade. Tais evidências convergem com elementos identificados no estudo de Souza et al (2019), no qual apontam que os Hospitais de

Pequeno Porte (HPP) geram altos custos para os municípios e, apesar de sua pouca resolutividade, possuem baixa produtividade e eficácia. A maioria dessas unidades não tem condições para compor a RAS como um ponto de atenção e não tem um papel claro na composição da rede. Esses hospitais se tornam apenas encaminhadores de usuários seja para maternidade, seja para unidade de emergência geral. Porém, os gestores municipais pontuam, principalmente nos municípios de pequeno porte, que essas unidades são importantes para a organização de saúde no território, por garantirem atendimento 24 horas e, quando fazem parte da Rede de urgência e emergência, conseguirem que os usuários sejam inseridos nas centrais de regulação e sejam acolhidos em hospitais de grande porte (SOUZA *et al.*, 2019).

Percebe-se que existem elementos de ruptura e continuidade na trajetória do processo de regionalização e do planejamento da atenção hospitalar. Como continuidade, percebe-se que o NRS tem normas que podem dificultar o avanço das discussões do planejamento regionalizado da atenção hospitalar, pois a designação das atribuições deste reflete uma descentralização de ações e competências desiguais relacionadas ao acompanhamento do planejamento institucional da atenção hospitalar, em relação ao nível central, o que se torna uma dificuldade na condução das negociações e pactuações na CIR no território junto e aos gestores hospitalares na elaboração e acompanhamento dos contratos perante os prestadores.

Outro ponto importante que gera repercussão é o subfinanciamento histórico do sistema de saúde, a distribuição dos serviços de saúde no território e seus vazios assistenciais, além do acesso e regulação dos usuários para os serviços de média e alta complexidade.

Estruturas pouco eficientes de planejamento em saúde e de programação, como a PPI, aliada ao subfinanciamento, dificultam a organização da rede regionalizada, agravando os problemas provenientes de vazios assistenciais nas regiões de saúde de diferentes portes. A atenção hospitalar e regionalizada carece de uma política que busque o fortalecimento regional, por meio do planejamento e monitoramento voltados às necessidades regionais (ALMEIDA *et al.*, 2018; PEREIRA, 2020).

Como elementos de ruptura, percebe-se inicialmente a discussão e elaboração de instrumentos para a promoção de um planejamento regional integrado e a construção de um plano estratégico da atenção hospitalar, coletivo e ascendente, a partir de debates em espaços de governança, com a presença dos gestores municipais. Isso contribui para repensar a

estrutura dos serviços de saúde de média e alta complexidade existente nos territórios, bem como no seu alinhamento à estrutura das macrorregiões.

Sendo assim, é importante considerar a trajetória histórica e institucional, a governabilidade dos atores que a compõe e a capacidade que esses atores têm de apoderar-se das relações institucionais da gestão local nas Comissões Intergestoras. A CIR é uma instituição imprescindível para o processo de regionalização, a qual possui uma capacidade deliberativa voltada para os aspectos financeiros e com temas derivados das agendas nacionais. Portanto, é essencial que ela esteja fortalecida para obter avanços no planejamento regional da atenção hospitalar (ALELUIA; MEDINA; VILASBÔAS, 2021).

De acordo com Hall e Taylor (2003), as instituições possuem elementos permanentes no cenário histórico. Nesse contexto, é possível observar as diversas instituições como a SESAB e sua divisão em nível central e regional, com poderes e atuações/atribuições diferentes no cenário regional e na perspectiva do planejamento da atenção hospitalar. Além desses instrumentos, há a CIR, uma instituição com normas e regras próprias responsáveis por decisões à nível regional, que compõe atores diversos em disputa de poder nas negociações. Porém, os atores, diante das suas estratégias, influenciam a ruptura ou elaboração de novas normas, podendo criar possibilidades para uma institucionalização de processos e, assim, influenciar decisões políticas (MARQUES, 1997; LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou analisar o planejamento regionalizado da atenção hospitalar, à luz do neoinstitucionalismo histórico. As três dimensões analíticas teóricas adotadas permitiram identificar os instrumentos de planejamento que fazem parte do conteúdo normativo e sua abordagem regional, com foco na atenção hospitalar, nos atores e instituições que participam do processo da regionalização do SUS Bahia, dos debates da atenção hospitalar e os elementos de ruptura e continuidade da trajetória histórica das instituições.

Os resultados apontaram que esses instrumentos normativos têm como base a regionalização das ações e dos serviços de saúde. Ficou visível a intenção dos gestores estaduais, a partir no PES e da PAS 2019, a construção da Política Nacional de Atenção Hospitalar, com foco no processo regional e a construção do Plano Regional Integrado, iniciado em 2018.

Os atores e instituições envolvidas abrangem os âmbitos estaduais a nível central e regional, que possuem atribuições e governanças distintos. Não compete ao Núcleo Regional de Saúde o planejamento, monitoramento e avaliação no âmbito hospitalar, mas, por outro lado, ele é elemento essencial de participação da CIR e na gestão da saúde a nível regional, o que revela o não fortalecimento dessa instituição, gerando fragilidade no processo de regionalização.

No âmbito municipal, os atores principais de composição da comissão são os secretários municipais de saúde, que possuem um papel estratégico na identificação de potencialidades e dificuldades no território, conhecem as necessidades de saúde da população adscrita e podem realizar o diagnóstico dos serviços de saúde que compõe a região com mais precisão. A participação desses atores, em relação ao planejamento da atenção hospitalar, necessita de qualificação para que os debates e as negociações possam ser mais resolutivos na garantia do acesso e para que as ações e estratégias confluam no fortalecimento da gestão regional.

Os prestadores de serviço, sejam eles contratualizados com os municípios ou com o estado, necessitam participar como pontos de atenção da rede, da discussão no território no que se refere ao planejamento da atenção hospitalar. Essa participação acontece de maneira

pontual na CIR, mas não contempla o papel que a instituição deve assumir no desenho da rede e na região de saúde, fragilizando o planejamento da atenção hospitalar e as pactuações regionais.

No âmbito regional, há muitos debates sobre a atenção hospitalar sobre o acesso dos usuários aos serviços especializados de média e alta complexidade, sobre a PPI, o sistema de regulação do acesso; discussões sobre a implantação das redes temáticas, como a rede de urgência e emergência e a rede cegonha, que tem por intenção organizar os fluxos e implantar os serviços e assim receber os recursos provenientes do Ministério da Saúde. Essas pautas são vinculadas a agenda ministerial e permeiam as negociações baseadas na realidade dos serviços de saúde na região e na necessidade de saúde da população no território.

Há o reconhecimento que os temas sobre PPI, acesso e sistema de regulação são os mais polêmicos nos debates sobre a atenção hospitalar, o que se mostra como um desafio, pois remete a um subfinanciamento crônico do sistema de saúde, que coloca em pauta a alocação de recursos por parte dos entes da federação e a defasagem da tabela SUS, o que compromete a contratualização de serviços de média e alta complexidade e, consequentemente, o acesso do usuário a esses serviços.

O cenário atual da rede possui como ponto frágil para o desenho regional o papel indefinido, a baixa resolutividade e a ausência de estrutura dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP), comprometendo a logística de acesso e regulação dos usuários, além de sobrecarregar os hospitais de maior complexidade dentro da rede.

Há o reconhecimento da necessidade de planejamento da atenção hospitalar regionalizada a partir da construção de um plano operacional alinhado com o desenho regional e suas pactuações com a caracterização do perfil das unidades hospitalares, com o respectivo papel dentro da rede.

Desse modo, e considerando os desafios que se impõe a construção de um planejamento da atenção hospitalar, que respeite e seja coeso com o planejamento regional integrado, esse estudo contribui para identificar os pontos frágeis e potentes das instituições e dos atores que fazem parte do planejamento regional e hospitalar. Levando a reflexão sobre a importância da descentralização das atribuições do estado em relação à temática e ao fortalecimento das instâncias regionais, como o Núcleo Regional de Saúde e a CIR

Com isso, este estudo revela-se como uma aproximação dessa temática, que contempla a atenção hospitalar tão debatida nas reuniões de CIR, mas sem aprofundar sobre o papel de cada unidade como ponto de atenção vinculado a um território dinâmico que necessita de estratégias de reorganização de oferta de serviços, baseadas nas necessidades de saúde da população de uma região adscrita, vinculada a uma rede de atenção à saúde, que visa garantir a integralidade do cuidado e a garantia do acesso.

A análise desse cenário, por meio da vertente histórica do neoinstitucionalismo, possibilitou o reconhecimento das instituições, dos atores e suas estratégias, além de evidenciar como a trajetória histórica possuem elementos capazes de direcionar a continuidade ou ruptura dos processos.

Dentre os limites desse estudo, é possível pontuar a dificuldade de realizar as entrevistas com os gestores envolvidos no processo de planejamento regional e da atenção hospitalar. As entrevistas permitiriam um maior aprofundamento das informações e discussões, porém isso se desdobra para trabalhos futuros.

De certo, considerando a complexidade da temática abordada, recomendamos estudos posteriores com o intuito de aprofundar outras nuances sobre o tema, que se configura como temática relevante e pouco explorada, principalmente em relação ao referencial teórico adotado. As evidências desse estudo suscitam novas indagações que possibilitam a elaboração de novas pesquisas, contribuindo para o aperfeiçoamento das políticas públicas no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. V. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros.** 2013. 280 f. Tese (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2013.
- ALBUQUERQUE, M.; VIANA, A.L. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 39, nº especial, p.28-38, dez 2015.
- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de et al . Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, Apr. 2017.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de; MEDINA, Maria Guadalupe; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Ligia; BOUSQUAT, Aylene; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate** | Rio De Janeiro, V. 42, Número Especial 1, P. 244-260, Setembro 2018
- ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA; Ligia; FILHO, Moacir Tavares Martins; LIMA, Luciana Dias de. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(12):4527-4539, 2019
- AMARO, Juliana Apostolico Mastroeni; CAVALCANTE, Pedro Luiz Costa. Avaliação das Comissões Intergestores Regionais (CIR) sob a perspectiva dos gestores municipais de saúde e dos representantes estaduais. Universidade de Brasília. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade - FACE Departamento de Administração.
- BAHIA. **MANUAL DE REPACTUAÇÃO. PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA.PPI BA.** 2017.
- BAHIA. **RESOLUÇÃO CIB Nº 011/2015** Aprova Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite e das Comissões Intergestores Regionais do Estado da Bahia.2015.
- BAHIA. **RESOLUÇÃO CIB Nº 37, DE 22 DE MARÇO DE 2018.** Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.
- BAHIA. **RESOLUÇÃO CIB Nº 167/2018** Aprova ad referendum o cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e mantém a organização das Macrorregiões de Saúde do Estado da Bahia.

BAHIA. RESOLUÇÃO CIB Nº 008/2019. Aprova a Repactuação da Programação Pactuada e Integrada do estado da Bahia – PPI-BA 2010 – e dá outras providências.

BISCARDE, Daniela Gomes dos Santos. **Gestão regional do SUS nas regiões metropolitanas de Salvador e de Fortaleza:** instâncias, processos de pactuação e relações de poder / Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/decreto/d7508.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/decreto/d7508.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. p.138.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 30 out. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira.** 2004. 164p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso.** Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e portaria MS/G, nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. 2 ed. Ministério da saúde, 2002. Disponível em <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf>>

BRASIL. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

BRASIL. **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). Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 23, DE 17 DE AGOSTO DE 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 37, DE 22 DE MARÇO DE 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.

COSTA, Liduína Farias Almeida da; NOGUEIRA, Maria Sônia Lima; OLIVEIRA, Lucia Conde de; **Comissão Intergestores Regional como mecanismo de governança da política de saúde no Ceará.** SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 45, N. 129, P. 263-274, ABR-JUN 2021. Disponível em <
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dvHhCNyV6cG88qkcTKfmXgb/>> Acesso em: 2 fev. 2022.

DE NEGRI, A.F. **O papel do hospital na rede.** 2014. Disponível em
<http://www.conass.org.br/consensus/armando-de-negri-o-papel-hospital-na-rede-de-atencao-saudade/>

DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev Saúde Pública;** 45(1):204-11. 2011

DUBEUX, Luciana Santos; FREESE, Eduardo; REIS, Yluska Almeida Coelho dos. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste Brasileiro. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro , v. 26, n. 8, p. 1508-1518, Aug. 2010.

FERREIRA, Jéssica; CELUPPI, Ianka Cristina; BASEGGIO, Lilian; GEREMIA, Daniela Savi, MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello; Souza, Jeane Barros de. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? **Saúde Soc.** São Paulo, v.27, n.1, p.69-79, 2018.

FILHO, Roberto Moreira Silveira; SANTOS, Adriano Maia dos; CARVALHO, Jamille Amorim; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, 26 [3]: 853-878, 2016. Disponível em <
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n3/0103-7331-physis-26-03-00853.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

HALL, P; TAYLOR R. As três versões do neoinstitucionalismo. **Lua nova.** 58:193-224. 2003.

JUNIOR, Nilo Bretas; SHIMIZU, Helena Eri. Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, P. 962-971. 2015.

LARA, N. C. C. **Financiamento, gasto e regionalização:** uma análise da região de saúde metropolitana da baixada santista (2006 a 2012). 2013. 117p. Dissertação (mestrado em economia) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

LEVI, M.L.; SCATENA, J. H. G.. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: Ana Luiza d'Ávila Viana; Luciana Dias de Lima. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil.** 1ed. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011, v. 1, p. 81-113.

LIMA, L.D.; MACHADO, C.V.; GERASSI, C.D. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2015.p.181-212. Disponível em <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-interlocucoes-praticas-experiencias-e-pesquisas-em-saude/caminhos-para-analise-das-politicas-de-saude-pdf>>

LIMA, Luciana Dias de et al. Arranjos de governança da assistência especializada nas regiões de saúde do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 17, supl. 1, p. S107-S119, 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2019.

LIMA, Luciana Dias de; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; SCATENA, João Henrique Gurtler; MELO, Enirtes Caetano Prates de; OLIVEIRA, Evangelina Xavier Gouveia de; CARVALHO, Marilia Sá; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de; MARTINELLI, Nereide Lucia; OLIVEIRA, Clarice Furtado de. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. **Cad. Saúde Pública**, 2019; 35 Sup 2:e00094618.

LIMA, Maristela Correa Rodrigues de. Fluxos de utilização de serviços hospitalares no processo de regionalização em Municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul. – [manuscrito]- Maristela Correa Rodrigues de Lima; orient. Tatiana Engel Gerhardt. Porto Alegre. 2010

MACEDO, R.M; CKAGNAZAROFF, I.B. Neoinstitucionalismo: Discussão acerca da teoria e suas vertentes. **Revista da Universidade do Vale do Rio Verde**. V. 16; n 1.p 1-10,2018

MARQUES E.C. Notas críticas à literatura sobre o Estado, Políticas Estatais e Atores Políticos. **BIB**. Rio de Janeiro, 43:67-102. 1997.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler; SALDANHA, Olinda Maria de Fátima Lechmann; GRAVE, Magali Teresinha Quevedo; KOETZ, Lydia Christmann Espíndola; DHEIN, Gisele; CASTRO, Luís César de; SCHWINGEL, Glademir; SANTO, Marilucia Vieira dos. Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.1, p.129-140, 2017.

MENDES, Áquiles; LOUVISON, Marília C. P.; IANNI, Aurea M. Z.; LEITE, Marcel Guedes; FEUERWERKER, Laura C. M.; TANAKA, Oswaldo Y.; DUARTE, Ligia; WEILLER, José Alexandre BUSO; Lara, Natália Carolina Cairo; BOTELHO, Lygia de Andrade Machado; ALMEIDA, Cristiane A. L.. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saúde Soc.* São Paulo, v.24, n.2, p.423-437, 2015.

MOREIRA, Lenice Carrijo de Oliveira; TAMAKI, Edson Mamoru. A Programação Pactuada e Integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS. *INTERAÇÕES*, Campo Grande, MS, v. 18, n. 4, p. 99-108, out./dez. 2017. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/inter/a/CXfW8CxgPRXhzgsKXtByydB/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 20 out. 2022.

Observatório Baiano de Regionalização. Planejamento regional Integrado. ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO (APG). Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. 2019. Disponível em <<http://www5.saude.ba.gov.br/obr/>> Acesso em: 1 jun. 2019.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz. 2009.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. Análise de políticas públicas e neoinstitucionalismo histórico: ensaio exploratório sobre o campo e algumas reflexões. In: GUIZARDI, F. L. et al.. (Org.). **Políticas de Participação e Saúde**. 1ed. .Recife: Editora Universitária; UFPE, 2014, p. 143-164.

PEREIRA, Ana Paula Chancharulo de Moraes. **Redes interestaduais de saúde**: o caso da rede de atenção à saúde Pernambuco/Bahia. 2017. p.198. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2017.

PEREIRA, Vinícius Oliveira de Moura; SHIMIZU, Helena Eri; RAMOS, Maíra Catharina; FAGG, Christopher William. Regionalização em saúde em Minas Gerais: uma análise da percepção dos representantes de Comissões Intergestores Regionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30(1), e300117, 2020.

RELATÓRIO TÉCNICO N° 53. **Cooperação técnica descentralizada à SESAB**. Relatório Anual. Organização Pan-americana de Saúde. Ministério da Saúde. 2019

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. **Planejamento e gestão em saúde**: conceito, história e propostas. Rio de janeiro, Fiocruz. p. 162. 2012.

SANTOS L, Andrade LOM. Redes Interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Cienc. E saúde coletiva**. 2011. 16(3):1671-1680.

SANTOS, Adriano Maia dos; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Processo de regionalização da saúde na Bahia: aspectos políticos-institucionais e modelagem dos territórios sanitários..

Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional. G&DR • v. 13, n. 2, p. 400-422, mai-ago/2017, Taubaté, SP, Brasil.

SANTOS, Thadeu Borges Souza; MOREIRA, Andrea Laura Andrade; SUZART, Nathália Almeida; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(9):3597-3609, 2020.

SANTOS, T. B. S. et al. Contornos da administração pública e repercussões no âmbito da gestão hospitalar. Problemáticas, objetivos e perspectivas. In ____ Observatório de Analise Política em Saúde. **Abordagens, objetivos e investigações**. Salvador: EDUFBA. 2016. p. 397-430.

SANTOS, T. B. S.; PINTO, I. C. M.. Contratualização da gestão hospitalar versus regulação em saúde: agencias, controle estatal e avaliação no SUS. **ANAIS DO INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL**, v. 16, p. 47-53, 2017.

SANTOS, V. P.; ALMEIDA, P. F. Estratégias de regionalização para garantia do cuidado integral em saúde: o caso de uma Comissão Intergestores Regional no Estado da Bahia. In ____ **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde**. 1ºed. Salvado: EDUFBA, 2015.

SEVERINO, AJ. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez; 2007.

SESAB. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Notícias**. Disponível em <<http://www.saude.ba.gov.br/noticias/>>. Acesso em: 4 mar. 2019.

SOLLA, J. J. S. P.; PAIM, J. S. Relação entre a Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade: desafios para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. In ____ **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1º. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. cap.24, p. 343-352.

SOUZA, Francisco Eugenio Alves de; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; CARVALHO, Brígida Gimenez; MENDONÇA, Fernanda de Freitas; LAZARINI, Flaviane Mello. Atuação dos hospitais de pequeno porte de pequenos municípios nas redes de atenção à saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.28, n.3, p.143-156, 2019.

SOUZA, L. E.P. F.; VIANA, A. L. d. Gestão do SUS: descentralização, regionalização e participação social. In ____ **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1º. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. cap.19, p. 261-269.

SOUZA, L. E.P. F.; VIANA, A. L. d. Gestão do SUS: descentralização, regionalização e participação social. In ____ **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1º. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. cap.19, p. 261-269

TEXEIRA, Carmen Fontes. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador-EDUFBA, 2010.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; FERREIRA, Maria Paula; CUTRIM, Maria Alice; FUSARO, Edgar Rodrigues; SOUZA, Miriam Regina de; MOURÃO, Laís; PEREIRA, Ana Paula Chancharulo de Moraes; MOTA, Paulo Henrique dos Santos; IOZZI, Fabíola Lana; UCHIMURA, Liza Yurie Teruya O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 17 (Supl.1): S45-S61 out., 2017.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1791-1798, June 2018.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al . O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 17, supl. 1, p. S27-S43, 2017.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1565-1577, 2009.

VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz; PAIM, Jairnilson Silva. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(6):1239-1250, jun. 2008. Disponível em <http://www.midias.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Praticas_de_planejamento.pdf> Acesso em 04 de março de 2019.

APÊNDICE A – Categorização do estado da arte

	Categoria	Título/ano	Objetivo	Autores
01	Planejamento	Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal Ano: 2008	Analizar os limites e as possibilidades das práticas de planejamento na implementação de políticas em uma secretaria municipal de saúde.	Vilasbôas, Ana Luiza Queiroz; Paim, Jairnilson Silva.
02	Governança e Regulação da oferta de serviços especializados	Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde	Identificar como a regulação da oferta de serviços especializados é abordada nos debates da CIR e quais os principais encaminhamentos.	SILVEIRA FILHO, Roberto Moreira et al . Physis , Rio de Janeiro , v. 26, n. 3, p. 853-878, Sept. 2016 .
03	Regionalização e atenção hospitalar	Regionalização do atendimento hospitalar público na região metropolitana da grande Vitória, ES	Analizar o processo de formação da rede regional de atenção à saúde na Região Metropolitana da Grande Vitória- ES (RMGV-ES), com foco específico no atendimento hospitalar público, procurando dimensionar o estágio atual de estruturação da rede hospitalar intermunicipal no Estado do Espírito Santo, particularmente na Grande Vitória. Analisaram-se as internações realizadas nos hospitais do Sistema Único de Saúde e os deslocamentos dos usuários desses serviços entre os municípios que compõem a RMGV.	Barreto Junior, Irineu Francisco. Saúde Soc ; 24(2): 461-471, Apr-Jun/2015. Tab
04	Regionalização e atenção hospitalar	Regionalização da saúde: estudo comparativo das internações dos municípios da Região de Saúde Vale do Gravataí e os dez municípios que mais internaram em Porto Alegre de 2008 a 2013	Descrever as internações encaminhadas por municípios da Região de Saúde 10 para hospitais de Porto Alegre, por meio da identificação dos fluxos de utilização da internação no município, no período de 2008 a 2013.	Macedo, Silvia Daniela Pinto. Porto Alegre ; s.n.; 2015. 90 p.
05	Regionalização e atenção	Regionalização da Assistência à Saúde	Avaliar o impacto deste modelo no acesso à atenção hospitalar na Região	Siqueira, Jaira Calil Rio de Janeiro; s.n;

	hospitalar	no Norte Fluminense: uma avaliação da assistência hospitalar	Norte do Estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2002 a 2007. A intenção é acompanhar os avanços na assistência à população adscrita, o que, em última instância, avalia o ganho no acesso ao sistema de saúde	2011. 160 p. tab.
06	Regionalização e atenção hospitalar	Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no nordeste Brasileiro	Avaliar o grau de implantação de dez serviços de urgência/emergência hospitalar, que compõem a rede de referência macro e microrregional em Pernambuco, Nordeste brasileiro.	Dubeux, Luciana Santos; Freese, Eduardo; Reis, Yluska Almeida Coelho dos. Cad. saúde pública; 26(8): 1508-1518, ago. 2010. tab
07	Regionalização e atenção hospitalar	Fluxos de utilização de serviços hospitalares no processo de regionalização em Municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul	Analizar, sob à perspectiva da regionalização, os fluxos de serviços hospitalares em municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul, por meio do perfil das internações e mobilidade de usuários no período 2000 a 2006	
08	Governança e Regulação da oferta de serviços especializados	Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para a regionalização da assistência à saúde no SUS	Caracterizar a oferta de serviços especializados em hospitais regionais, considerando os tipos de assistência prestada e os fatores limitantes.	Dubeux, Luciana Santos; Carvalho, Eduardo Freese de. Rev. bras. saúde mater. infant. 9(4): 467-476, out.-dez. 2009. mapas, tab
09	Governança e Regulação da oferta de serviços especializados	Dilemas federativos e regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais	Analizar o papel da esfera estadual na condução do processo de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais no período de 2003 a 2007, tendo em vista os dilemas relativos ao federalismo brasileiro e à especificidade da configuração do sistema de saúde no estado.	Pereira, Adelyne Maria Mendes. Rio de Janeiro; s.n; 2009. 133 p. ilus, mapas, tab.
10	Governança e Regulação da oferta de serviços especializados	Gestão estadual na saúde e articuladores: forças em relação	Acompanhar, estudar e problematizar os modos de se produzir a gestão estadual em saúde a partir do trabalho dos articuladores no que se refere às relações que constroem com municípios e regiões de saúde no Estado de São Paulo.	Pereira, Cristiane Marchiori. São Paulo; s.n; 2018. 214 p.
11	Governança e	Ações da Comissão	Identificar como a regulação da oferta	Silveira Filho,

	Regulação da oferta de serviços especializados	Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde	de serviços especializados é abordada nos debates da CIR e quais os principais encaminhamentos.	Roberto Moreira; Santos, Adriano Maia dos; Carvalho, Jamille Amorim; Almeida, Patty Fidelis de. Physis (Rio J.); 26(3): 853-878, jul.-set. 2016. graf
12	Planejamento	Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios	Analizar o planejamento regional em saúde de Minas Gerais, a fim de verificar os principais avanços e desafios.	Bretas Junior, Nilo; Shimizu, Helena Eri. Saúde debate ; 39(107): 962-971, out.-dez. 2015.
13	Governança e Regulação da oferta de serviços especializados	Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão	O artigo trata das formas de fazer a regionalização da saúde, objetivando analisar as dimensões da institucionalidade e governança na sua gestão. Fez-se pesquisa qualitativa retrospectiva em base documental (1995-2009).	Kehrig, Ruth Terezinha; Souza, Edinaldo Santos de; Scatena, João Henrique Gurtler. Saúde debate ; 39(107): 948-961, out.-dez. 2015.
14	Governança e Regulação da oferta de serviços especializados	A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação	Compreender a dinâmica dos Colegiados de Gestão Regional do Departamento Regional de Saúde XIII (Ribeirão Preto-SP) no que diz respeito à dinâmica e relação entre os entes federados ali representados.	Carneiro, Pedro Silveira; Forster, Aldaísa Cassanho; Ferreira, Janise Braga Barros. Saúde debate ; 38(100): 57-68, Jan-Mar/2014.
15	Planejamento	Planejamento regional ascendente e regionalização: atores e estratégias da organização dos fluxos de utilização dos serviços de saúde	Analizar as estratégias e a configuração de poder que se estabelecem no planejamento relativo à regionalização, compreendido no espaço geográfico dos Municípios que compõem a ASSEDISA Centro-Sul no Estado do Rio Grande do Sul, sob a ótica de atores institucionais e da gestão governamental.	Roese, Adriana. Porto Alegre; s.n; 2012. 266 f p.
16	Governança e Regulação da oferta de serviços especializados	Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética	Analizar a regulação do acesso dos usuários à rede de saúde do município de Juiz de Fora. A preocupação principal é identificar como se estabelecem as relações entre os gestores dos municípios limítrofes com o município de Juiz de Fora, polo macrorregional de atenção à saúde e o	Stephan-Souza, Auta; Chebli, Ivan Charles Fonseca; Jacometti, Elizabeth Jucá e Mello; Paiva, Marcélia Guimarães. Rev. APS;

			Hospital Universitário da UFJF.	13(supl.1)2010.
17	Governança e Regulação da oferta de serviços especializados	Regionalização da saúde face à realidade metropolitana: análise das internações hospitalares na região metropolitana do Rio de Janeiro (1995-2005)	A tese explora, portanto, as contradições na política de descentralização face à Região Metropolitana, estudando duas questões centrais, a partir da análise da rede hospitalar na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Por um lado, busca verificar se a descentralização efetivamente propiciou o atendimento básico hospitalar dos pacientes em seus locais de residência, cabendo referenciar para outras localidades apenas os casos de alta complexidade, no caso para a capital, cidade do Rio de Janeiro, que apresenta rede hospitalar mais complexa.	Camargo, Ana Tereza da Silva Pereira. Rio de Janeiro; s.n; 2009. 149 p. tab, graf, ilus.

APÊNDICE B - Instrumento de produção de dados documentais



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ROTEIRO DE PRODUÇÃO DE DADOS DOCUMENTAIS

Quadro 1. Matriz de análise das atas da CIR

Mês/ano	Pautas	Conteúdo das discussões acerca da atenção hospitalar	Atores participantes	Núcleo de Sentido
2016				
2017				
2018				
2019				

Quadro 2. Matriz de análise das PES 2016 a 2019

	Compromissos voltados a regionalização e atenção hospitalar	Metas	Ações
2016			
2017			
2018			
2019			

Quadro 3. Matriz de análise do PAS 2016 a 2019

ANO	Compromissos	Metas	Ações	Metas das ações anual
2016				
2017				
2018				
2019				

Quadro 3. Matriz de análise do RAG 2016 a 2019

ANO	Compromisso	Meta geral	Ação	Indicador	Meta da ação/Indice alcançado
2016					
2017					
2018					

2019					
------	--	--	--	--	--

APÊNDICE C - Aspectos da Gestão Hospitalar e da Regionalização presentes nos instrumentos de Gestão Institucionalizados.

QUADRO 4. ASPECTOS DA GESTÃO HOSPITALAR E DA REGIONALIZAÇÃO PRESENTES NOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO INSTITUCIONALIZADOS.

Plano Estadual de Saúde (2016-2019)	Programação Anual de Saúde - 2016	Programação Anual de Saúde - 2017	Programação Anual de Saúde - 2018	Relatório Anual de Gestão - 2018	Programação Anual de Saúde - 2019	Relatório Anual de Gestão -2019
<p>Compromisso 03 - Ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde da Atenção Especializada ambulatorial e hospitalar, com resolutividade, fortalecendo a Regulação do Sistema de Saúde, com ganho de eficiência e garantia da segurança do paciente.</p> <p>(construção, ampliação e implantação de serviços, reforma e aparelhamento da rede própria e complementar):</p>						
Meta: Implantar 07 unidades hospitalares;	03 Unidades de saúde construídas	03 Unidades de Saúde construídas .	01 Unidade de Saúde construída.	01 unidade de saúde construída (Hospital Couto Maia); Hospital da Chapada e Costa do Cacau, ambos entregue a população em 2017, mas com pagamento no exercício em 2018	01 Unidade de Saúde Construída.	00 Construção do Hospital Metropolitano - Obra em andamento com 96,34% de execução física e previsão de conclusão em março/2020;
Meta: Ampliar 10 unidades de saúde da rede própria;	04 unidades de saúde ampliadas	06 unidades de saúde ampliadas.	05 unidades ampliadas;	03 unidades ampliadas (Hospital Geral de Vitória da conquista; Hospital Geral Clériston Andrade; Hospital Geral Prado Valadares)	02 Unidade de saúde ampliada.	01 unidade de saúde ampliada. Construção do abrigo de resíduos do Hospital Geral Roberto Santos – Obra concluída
Meta: Requalificar 47 unidades de saúde	08 unidades de saúde reformada;		22 unidades de saúde da Rede Própria reparadas. (manutenções corretivas)	31 unidades de saúde reparadas, incluindo o Hospital Geral	05 Unidade de Saúde Reformada.	12 Unidades de Saúde reformadas.

				Clériston Andrade.		
	Recuperação de 01 unidade de saúde apoiada.	10 Unidades de Saúde recuperadas apoias.	10 Unidades de Saúde recuperada apoiada	-	Recuperação de 11 unidade de saúde apoiada.	0 Unidade de Saúde recuperada apoiada.
	08 unidades de saúde reparadas	08 Unidades de Saúde reformadas .	11 Unidades de Saúde reformadas.	0	30 Unidade de Saúde reparadas.	26 Unidades de Saúde reparadas.
Meta: Gerenciar 100% das unidades da rede própria; Iniciativa: Gerenciar Unidade ambulatorial e hospitalar da Rede Própria	20 Unidades da rede própria reparadas;	25 Unidades da Rede Própria sob Gestão Indireta Gerenciada .	26 Unidades da Rede Própria sob Gestão Indireta gerenciada	O RAG não esclarece sobre essa meta em específico.	27 Unidades da rede Própria sob Gestão Indireta gerenciada.	23 unidades da rede Própria sob Gestão Indireta gerenciadas (Em setembro de 2019 o Hospital de Ibotirama foi municipalizado). Das 23 unidades de saúde distribuídas em 17 municípios: 18 hospitalares e 05 Unidades de Pronto Atendimento, que são gerenciadas por meio de Organizações Sociais. O Hospital do Subúrbio faz parte da Rede Própria, porém, é acompanhada pela CGPPP (Coordenação de Gestão de Parcerias Público – Privadas em Saúde).
	31Unidades da rede Própria sob Gestão Direta gerenciadas em funcionamento;	32 Unidades da rede Própria sob Gestão Direta gerenciadas em funcionamento.	30 Unidades da rede Própria sob Gestão Direta gerenciadas em funcionamento .		29 Unidades da rede Própria sob Gestão Direta gerenciadas em funcionamento.	29 unidades da rede Própria sob Gestão direta gerenciadas. Das 29 unidades, temos: 6 (seis) Centros de Referência, 6 (seis) Hospitais Especializados, 10 (dez) Hospitais Gerais, 4 (quatro) Maternidades e 3 (três) Unidades de Emergência, presentes em 08 cidades do Estado

						da Bahia. Realizando atendimento de média e alta complexidade na capital e macrorregiões do Estado da Bahia.
	08 Unidades da Rede Própria com serviços da atenção especializada ampliadas.	03 Unidades da Rede Própria com serviços da atenção especializada ampliadas.	06 Unidades da Rede Própria com serviços da atenção especializada ampliadas.		04 Unidades da Rede Própria com serviços da atenção especializada ampliadas.	0 Unidades da Rede Própria com serviços da atenção especializada ampliadas.
Meta: Gerenciar 100% das unidades da rede própria; Iniciativa: Gerenciar unidade Parceria Público Privada (PPP);	02 Parceria Público Privada em saúde gerenciada.	02 Parcerias Públicas Privada em saúde gerenciada.	03 Parcerias Públicas Privada em saúde gerenciada.	O RAG não esclarece sobre essa meta em específico.	03 Parceria Pública Privada em saúde gerenciada.	03 PPP gerenciadas.
	01 Unidade hospitalar sob Parceria Público Privada em funcionamento.	01 Unidade hospitalar sob Parceria Público Privada em funcionamento	01 Unidade hospitalar sob Parceria Público Privada em funcionamento	01 Unidade hospitalar (Hospital do Subúrbio).	01 Unidade hospitalar sob Parceria Público Privada em funcionamento.	01 Unidade Hospitalar sob Parceria Público Privada em funcionamento.
	Sem meta para essa ação.	-	01 Unidade hospitalar com Parceria Público Privada de serviços não clínicos em funcionamento.	01 Unidade hospitalar Instituto Couto Maia).	01 Unidade hospitalar com Parceria Público Privada de serviços não clínicos em funcionamento.	01 Unidade Hospitalar com Parceria Público Privada de serviços não clínicos em funcionamento.
	11 Unidade de saúde com Parceria Público Privada de Diagnóstico por Imagem em funcionamento;	11 Unidades de saúde com Parceria Pública Privada de Diagnóstico por Imagem em funcionamento	12 Unidades de saúde com Parceria Pública Privada de Diagnóstico por Imagem em funcionamento	11 unidades com PPP de imagem em fase plena.	12 Unidade de saúde com Parceria Pública Privada de Diagnóstico por Imagem em funcionamento.	11 Unidade de saúde com Parceria Público Privada de Diagnóstico por Imagem em funcionamento. 11 unidades em fase Plena, quais sejam: CICAN, Hospital Geral de Camaçari – HGC, Hospital Especializado Otávio

						Mangabeira - HEOM, Hospital Geral Ernesto Simões Filho - HGESF, Hospital Geral do Estado - HGE, Hospital Geral Menandro de Farias - HGMF, Hospital Geral Roberto Santos - HGRS, Hospital Geral de Vitória da Conquista - HGVC, Hospital Geral Prado Valadares - HGPV, Hospital Regional de Guanambi - HRG e Hospital Geral Costa do Cacau – HGCC, contemplando sete municípios.
Meta: Apoiar a ampliação de 38 serviços de atenção especializada no âmbito da Rede de Atenção à Saúde. Iniciativa: Apoiar tecnicamente na organização dos serviços e atenção especializada em Cardiologia, Traumato-ortopedia, Lipodistrofia, Doenças Raras, Nefrologia, Neurologia/Neurocir	Implantar 07 Serviços de Atenção Especializada.	Implantar 07 serviços de atenção especializada	Implantar 07 serviços de atenção especializada	07 serviços implantados (Os serviços considerados implantados na alta complexidade, são os serviços habilitados ou aprovados em CIB.)	15 Serviços de Atenção Especializada implantados.	01 Serviços de Atenção Especializada implantado (novo serviço de alta complexidade em Nefrologia no município de Euclides da Cunha).
	Acompanhar 109 Serviços de Atenção Especializada que estão em funcionamento	Acompanhar 116 serviços de atenção especializada que estão em funcionamento	Acompanhar 123 serviços de atenção especializada que estão em funcionamento	107 serviços acompanhados.	Acompanhar 130 Serviços de Atenção Especializada que estão em funcionamento	112 Serviços de Atenção Especializada acompanhados.
-	Monitorar 01 Desenho Regional da Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas (eixos).	Monitorar 01 Desenho Regional da Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas (eixos).	Monitorar 01 Desenho Regional da Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas (eixos).	02 desenhos regionais da Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas (eixos).	Monitorar 02 Desenhos Regionais da Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas (eixos).	02 desenhos Regionais da Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas (eixos) monitorados.

urgia, obesidade, Oftalmologia, Queimados e Dor Crônica”		(eixos).				
	-	Elaborar 01 Plano estratégico de Atenção Hospitalar	Elaborar o Plano estratégico de Atenção hospitalar	0 Plano estratégico de atenção hospitalar elaborado.	01 Elaborar o Plano Estratégico de Atenção Hospitalar.	01 Plano Estratégico de Atenção Hospitalar elaborado
Meta: Assegurar que 100 % dos serviços de saúde de média e alta complexidade da rede complementar, sob responsabilidade do Estado, sejam contratualizados e/ou credenciados, no âmbito do SUS.	107 Estabelecimentos e Serviços de Saúde contratualizados/ credenciados.	110 % de processos de contratação/credenciamento dos serviços estruturados.	20% de processos de contratualização/credenciamento dos serviços estruturados.	O RAG não esclarece sobre essa meta em específico.	100 % das Unidade/Serviço de saúde contratualizado/credenciado.	81 % credenciado (89 serviços credenciados).
<p>Compromisso 04: Promover a integração das ações e serviços de saúde por meio das Redes de Atenção à Saúde.</p> <p>As redes de atenção à saúde contemplada nesse item são: Rede cegonha, Rede de atenção Psicossocial, Rede de cuidado a pessoa com deficiência, Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas e Rede de Urgência e Emergência.</p> <p>Esse compromisso busca a expansão dos serviços de saúde, como do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e dos serviços hospitalares com porta aberta para urgência e emergência regionalizada no estado.</p>						
Meta: Apoiar a ampliação de 100% na cobertura do SAMU 192.	291 Municípios cobertos pelo SAMU 192.	359 municípios coberto pelo SAMU;	403 municípios coberto pelo SAMU;	273 municípios cobertos pelo SAMU. A cobertura populacional do SAMU no estado é de 81,6%.	403 municípios cobertos pelo SAMU 192.	277 municípios cobertos pelo SAMU 192 (a cobertura populacional do SAMU 192 no Estado da Bahia é de 81,79%).
	236 Municípios com SAMU implantado com cofinanciamento.	256 municípios com cofinanciamento.	266 municípios com cofinanciamento.	224 municípios com cofinanciamento.	266 Municípios com SAMU implantado com cofinanciamento.	277 municípios com cofinanciamento.

Meta: Apoiar a ampliação para referência na gestação de alto risco em 04 municípios .	11 regiões de saúde apoiadas nas ações de saúde na rede materno infantil – Rede Cegonha.	19 regiões de saúde apoiadas nas ações de saúde na rede materna infantil – Rede Cegonha.	25 regiões de saúde apoiadas nas ações de saúde na rede materna infantil – Rede Cegonha.	27 regiões de Saúde apoiada	28 regiões de saúde apoiadas nas ações de saúde na rede materna infantil – Rede Cegonha.	27 regiões de saúde apoiadas.
	500 profissionais de saúde qualificados na atenção materno-infantil.	600 profissionais de saúde qualificados na atenção materno-infantil.	300 profissionais de saúde qualificados na atenção materno-infantil	1379 profissionais qualificados.	250 profissionais de saúde qualificados na atenção materno-infantil.	1487 profissionais qualificados.
	03 fóruns Regionais da Rede Cegonha implantados.	06 fóruns Regionais da Rede Cegonha implantados	03 fóruns Regionais da Rede Cegonha implantados	05 fóruns implantados.	03 fóruns Regionais da Rede Cegonha implantados.	01 fórum implantado.
	01 hospital apoiados com vistas à adesão à Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC e da Mulher.	01 Hospital apoiado com vistas à adesão à Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC e da Mulher.	01 hospital apoiado com vistas à adesão à Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC e da Mulher.	00	01 hospital apoiados com vistas à adesão à Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC e da Mulher.	0 Não foi possível atingir a meta, apesar dos esforços empreendidos por meio de visitas técnicas de avaliação, capacitação de profissionais e sensibilização a gestores, as Unidades Hospitalares trabalhadas ainda não conseguem atender a todos critérios preconizados a Adesão.
	01 Postos de Coleta de Leite Humano apoiados no processo de implantação.	01 Posto de Coleta de Leite Humano apoiados no processo de implantação.	01 Posto de Coleta de Leite Humano apoiados no processo de implantação.	00	01 Posto de Coleta de Leite Humano apoiados no processo de implantação.	01 Postos de Coleta de Leite Humano apoiado.
	*Política de Parto Normal	*Política de Parto	*Política de Parto Normal	00	01 Política de Parto	0 Política elaborada.

	de baixo Risco elaborada. *sem meta prevista para o ano de 2016.	Normal de baixo Risco elaborada. *sem meta prevista para o ano de 2017.	de baixo Risco elaborada. *sem meta prevista para o ano de 2018.		Normal de baixo Risco elaborada.	
	200 Unidade de saúde aparelhada.	200 Unidades de saúde aparelhada	08 Unidades de saúde aparelhada	15 unidades aparelhadas.	Não houve para 2019.	-
Meta: Reformar 06 unidades da Rede Materno Infantil.	Não houve meta para 2016	- Não houve meta para 2017.	01 Unidade reformada.	O RAG não esclarece sobre essa meta em específico.	01 unidade de saúde reformada.	-
Meta: Implantar 01 Maternida de	01 Unidade da Rede Materno Infantil construída.	01 Unidade materno infantil construída.	01 Unidade materno infantil construída.	O RAG não esclarece sobre essa meta em específico.	01 Unidade da Rede Materno Infantil construída	
Meta: Apoiar a ampliação em 10% do número de procedimentos ambulatoriais do SUS realizados pelos serviços habilitados na rede de cuidado à pessoa com deficiência (RCDP) no Estado da Bahia.	0 hospitais da Rede SUS-BA credenciados	01 hospital da Rede SUS-BA credenciados.	0 hospitais da Rede SUS-BA credenciados	0	01 Hospital da Rede SUS-BA credenciado por abrangência de NRS para cirurgia de reversão de ostomias.	
	Apoiar institucionalmente 17 municípios para implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD).	Apoiar institucionalmente 19 municípios para implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD).	Apoiar institucionalmente 19 municípios para implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD).	17 Municípios apoiados.	Apoiar institucionalmente 23 municípios para implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD).	22 municípios apoiados.
Meta – Apoiar a ampliação em 40 o número de municípios	Implantar 02 Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais	Implantar 02 Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais	Implantar 02 Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais	00	Implantar 06 leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais.	0 leitos implantados.

do estado desenvolvendo serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	01 hospital Psiquiátrico, com ações de desinstitucionalização promovida.	01 hospital Psiquiátrico, com ações de desinstitucionalização promovida.	01 hospital Psiquiátrico, com ações de desinstitucionalização promovida.	01	04 Hospitais Psiquiátricos, no Estado, com ações de Desinstitucionalização promovidas.	03 hospitais Psiquiátricos, com ações de desinstitucionalização promovida (Juliano Moreira (em Salvador), Unidade Crescêncio da Silveira (em Vitória da Conquista) e Hospital Especializado Lopes Rodrigues (em Feira de Santana))
Meta – Apoiar na Implantação de 05 Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)	06 Serviços de Atenção Especializada em oncologia implantados.	05 Serviços de Atenção especializada em oncologia implantada	03 Serviços de Atenção especializada em oncologia implantada.	04 serviços implantados.	05 Serviços de Atenção Especializada em oncologia implantada.	04 Quantitativo de serviços implantados.
	Monitorar 13 serviços de Atenção especializada em Oncologia que estão em funcionamento	Monitorar 19 serviços de Atenção especializada em Oncologia que estão em funcionamento	Monitorar 20 serviços de Atenção especializada em Oncologia que estão em funcionamento	17 serviços monitorados.	Monitorar 23 serviços de Atenção Especializada em Oncologia que estão em funcionamento	16 serviços monitorados.
Compromisso 09: Fortalecer a capacidade de gestão estadual do SUS, qualificando as ações de sistematização, monitoramento e fiscalização, ampliando os canais de diálogo com a sociedade e o exercício do controle social.						
Este compromisso busca contribuir com o aperfeiçoamento da gestão do sistema, pautado no desenvolvimento de processos de planejamento, com base nas necessidades de saúde da população, na organização de serviços, no planejamento regional integrado, através das comissões intergestores regionais, como espaço privilegiado de pactuações territoriais.						
Meta – Promover a elaboração e monitoramento de 26 instrumentos do sistema de Planejamento da Gestão do SUS Ba	417 Municípios apoiados quanto aos instrumentos de planejamento e gestão.	417 Municípios apoiados quanto aos instrumentos de planejamento e gestão.	417 Municípios apoiados aos instrumentos de planejamento e gestão.	132 Municípios apoiados.	417 Municípios apoiados quanto aos instrumentos de planejamento e gestão.	92 Municípios apoiados.
	06 Instrumentos de planejamento e gestão do SUS aprimorados.	04 Instrumentos de planejamento e gestão do SUS	07 Instrumentos de planejamento e gestão do SUS	00	06 Instrumentos de planejamento e gestão do SUS	05 instrumentos elaborados.

		aprimorados.				
M eta - Realizar 1.160 reuniões de pactuações interfedera tivas. In iciativa - Desenvolv er ações para o fortalecim ento do planejame nto regional integrado e dos espaços de negociaçã o e pactuação de gestores.	10 reuniões para apoiar o funcionamento da CIB. 280 reuniões para apoiar o funcionamento das CIRs.	10 reuniões para apoiar o funcionamento da CIB. 280 reuniões para apoiar o funcionamento das CIRs.	-	-	10 reuniões para apoiar o funcionamento da CIB. 280 reuniões para apoiar o funcionamento das CIRs.	11 reuniões realizadas. 197 reuniões realizadas.
	Realizar 09 Seminários Macrorregionais para a Pactuação dos Indicadores de Saúde.	Realizar 09 Seminários Macrorregionais para a Pactuação dos Indicadores de Saúde.	-	-	Realizar 09 Seminários Macrorregionais para a Pactuação dos Indicadores de Saúde.	-
	-	-	-	-	Realizar 28 oficinas para elaborar o Plano Regional Integrado – PRI (apenas na PAS de 2019)	-
	Realizar 28 oficinas regionais para Elaborar a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), Fase I	Realizar 28 oficinas regionais para Elaborar a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), Fase I	-	-	Realizar 28 oficinas regionais para Elaborar a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), Fase I	-
	Realizar 28 oficinas regionais para Elaborar a PGASS, Fase II, III e IV	Realizar 28 oficinas regionais para Elaborar a PGASS, Fase II, III e IV	-	-	Realizar 28 oficinas regionais para Elaborar a PGASS, Fase II, III e IV	-
	Realizar 28 oficinas regionais para Realizar a	Realizar 28 oficinas regionais para	-	-	-	-

	Repactuação da PGASS	Realizar a Repactuaç ão da PGASS				
--	-------------------------	--	--	--	--	--