



<https://doi.org/10.26512/g.s.v12i01.34445>
 Revista Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785
 Suzart NA, Rosado LB, Vieira SL, Santos TBS

ARTIGO ORIGINAL

Problemas e prioridades para atenção hospitalar no SUS Bahia: análise dos planos estaduais de saúde

Problems and priorities for hospital attention in SUS Bahia: analysis of state health plans

Problemas y prioridades para la atención hospitalaria en SUS Bahia: análisis de los planes estatales de salud

Nathália Almeida Suzart¹
 Lílian Barbosa Rosado²
 Silvana Lima Vieira³
 Thadeu Borges Souza Santos⁴

Recebido: 30.09.2020

Aprovado: 06.02.2021

RESUMO

Este estudo objetiva analisar as prioridades para a atenção hospitalar no SUS Bahia, durante o período de planejamento em saúde de 2008 a 2019. Trata-se de estudo qualitativo, a partir dos Planos Estaduais de Saúde elaborados para o período de 2008 a 2019, que foram submetidos à análise do discurso. Os seus resultados apontam para a heterogênea distribuição da oferta dos serviços de média e alta complexidade entre as macrorregiões do Estado da Bahia, com maior concentração nos grandes centros urbanos, e para a preocupação dos gestores com os vazios assistenciais existentes em outras áreas, que impactam na situação de saúde da população baiana. Conclui-se que a implantação de 28 policlínicas abrangendo cada região de saúde, a maior contratualização dos hospitais filantrópicos e de pequeno porte e o estabelecimento de modelos alternativos de gestão hospitalar foram medidas estratégicas para superar essas dificuldades.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Planejamento em Saúde; Planejamento Hospitalar; Hospital Público; Atenção Terciária à Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the priorities for hospital care in SUS Bahia, during the period of health planning from 2008 to 2019. This is a qualitative study, based on the State Health Plans prepared for the period of 2008 to 2019, which underwent discourse analysis. Its results point to the heterogeneous distribution of the supply of medium and high complexity services among the macro-regions of the state of Bahia with a greater concentration in large urban centers and the concern of managers with the assistance voids existing in other areas that impact the health situation. of the Bahian population. It is concluded that the

¹ **Autor correspondente.** Enfermeira – Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão/CEALAG – Salvador. Bahia/Brasil. Email: nathisuzart@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7348-1341>

² Enfermeira – Especialista em Saúde Coletiva – Secretaria Municipal de Saúde de Salvador – Salvador. Bahia/Brasil. Email: lilian_rosado@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8661-9338>

³ Doutora em Enfermagem. Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade do Estado da Bahia. Salvador. Bahia/Brasil. Email: silvana.limavieira@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9663-3691>

⁴ Doutor em Saúde Pública. Enfermeiro. Professor Adjunto da Universidade do Estado da Bahia. Salvador. Bahia/Brasil. Email: thadeu100@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2497-3889>

implementation of 28 polyclinics covering each health region, the greater contracting of small and philanthropic hospitals and the establishment of alternative models of hospital management were strategic measures to overcome difficulties.

Key words: SUS; Health Planning; Hospital Planning; Public Hospital; Tertiary Health Care.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es analizar las prioridades de la atención hospitalaria en el SUS Bahía, durante el período de planificación en salud de 2008 a 2019. Se trata de un estudio cualitativo, basado en los Planes de Salud del Estado elaborados para el período de 2008 a 2019, que se sometió a análisis de discurso. Sus resultados apuntan a la distribución heterogénea de la oferta de servicios de mediana y alta complejidad entre las macrorregiones del estado de Bahía con una mayor concentración en los grandes centros urbanos y la preocupación de los gestores por los vacíos asistenciales existentes en otras áreas que impactan la situación de salud de la población bahiana. Se concluye que la implementación de 28 policlínicos cubriendo cada región sanitaria, la mayor contratación de hospitales filantrópicos y pequeños y el establecimiento de modelos alternativos de gestión hospitalaria fueron medidas estratégicas para superar las dificultades.

Palabras clave: SUS; Planificación de la salud; Planificación hospitalaria; Hospital público; Atención terciaria de salud.

1. Introdução

A história da atenção hospitalar brasileira se caracterizou como política de assistência médico-previdenciária, com marcante expansão da rede hospitalar privada a partir dos anos 1960 e importante redirecionamento quanto à gestão dos sistemas e serviços com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁾. A descentralização da gestão para os entes estaduais e municipais ampliou a autonomia dos gestores dessas esferas, complexificando a reorganização do modelo da atenção hospitalar que ainda continuou com heterogênea distribuição territorial e entraves com os outros níveis de atenção. Emergiu, dessa forma, a importância da Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁽²⁾.

Com o fomento à implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), a partir de 2003, surgiu a necessidade de esforços governamentais em readequar suas redes de atenção hospitalares estaduais. Esse processo reiterou o Plano de Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira (RAHB) de 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) de 2004 e fundamentou a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) de 2013, quanto à sistematização da rede assistencial considerando os serviços hospitalares como pontos de assistência e serviços interarticulados com os demais níveis de atenção à saúde⁽³⁾.

Há de considerar a existência de um desafio nesse nível de atenção, associado ao alto custo e à baixa resolutividade dos serviços Hospitais de Pequeno Porte (HPP), com necessidade de aperfeiçoamentos administrativos com vistas a melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços prestados pelo setor público⁽⁴⁾.

Em revisão da literatura científica, os objetos de pesquisa sobre atenção hospitalar no SUS com

relação ao planejamento em saúde apontam para a sua complexidade, sendo utilizados frágeis instrumentos de gestão e havendo necessidade de contratação de serviços complementares, baixa capacidade instalada de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) e dependência das cidades interioranas em relação aos serviços ofertados na capital⁽²⁾.

Nesse contexto, o caso da atenção hospitalar no SUS Bahia se destaca pelo pioneirismo no processo de publicização, caracterizado pela transferência da administração pública para as entidades privadas não lucrativas como viabilidade para a consolidação e ampliação da Rede Hospitalar Própria (RHP) a partir de 2008. No entanto, os instrumentos de contratualização e seu processo de monitoramento apresentam inconsistências, quando se considera o aspecto da capacidade de gestão, impactando na eficiência da gestão indireta no estado⁽³⁾.

O processo de planejamento em saúde é institucionalizado e tem como principal instrumento o Plano Estadual de Saúde (PES), que é quadrienal e estruturado com base na análise situacional de saúde do estado e da sistematização das diretrizes e metas para a atuação da Secretaria Estadual. Este instrumento é embasado na utilização do Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS), que possibilita aos indivíduos envolvidos nesta criação a obtenção de dados epidemiológicos, socioeconômicos e demográficos da população adstrita no território, adequado, portanto, à respectiva realidade para intervir nos problemas identificados⁽⁵⁾.

Assim, dada a relevância da temática para compreensão do planejamento da atenção hospitalar no SUS e considerando quais seriam suas prioridades para o Estado da Bahia, objetivou-se analisar as prioridades para atenção hospitalar no SUS Bahia, no período de planejamento em saúde de 2008 a 2019.

2. Métodos

Este estudo qualitativo analisou três Planos Estaduais de Saúde (PES) do caso SUS Bahia, correspondente aos doze anos compreendidos entre 2008 e 2019, que correspondem ao período de governo responsável pela expansão da Rede Hospitalar Própria no SUS Bahia⁽⁵⁾. Ressalta-se que o referido estudo é vinculado ao Observatório de Análise de Políticas em Saúde (OAPS), como parte da pesquisa intitulada "Modelos alternativos de gestão na atenção hospitalar do SUS", aprovada pelo Comitê de Ética na Pesquisa, sob parecer CAAE nº 41872715.2.0000.5030.

O plano analítico consistiu na leitura profunda dos documentos e no reconhecimento das prioridades correlacionadas à atenção hospitalar de cada período de gestão analisado (2008-2011, 2012-2015 e 2016-2019). Este conteúdo estruturou a elaboração de planilha de tratamento de dados em Microsoft Rev. Gestão e Saúde (Brasília), v. 12 n. 01 (2021): Janeiro – Março 2021

Excel, viabilizando a identificação dos fatores relacionados à atenção hospitalar e à rede de assistência à saúde. Assim, avançou-se ao agrupamento categórico⁽⁶⁾, cujos dados são apresentados em tabelas sobre quantitativo de leitos de terapia intensiva e distribuição dos leitos SUS e em figura que especifica a distribuição percentual de leitos pelas macrorregiões do SUS Bahia.

3. Resultados

A partir da análise dos dados, percebeu-se que três aspectos são destacados nas prioridades estabelecidas nos PES de 2008 a 2019 do SUS Bahia. O primeiro é associado à oferta da atenção especializada, em que, no período de 2008 a 2011, predominou a necessidade de expansão das especialidades de nefrologia, oncologia e neurologia nas macrorregiões do estado. Maior ênfase foi dada à macrorregião Leste, na qual os serviços de alta complexidade em cardiologia e traumatologia eram as únicas disponíveis (PES 2008-2011, p. 28).

Este fato evidencia as desigualdades entre as macrorregiões de saúde, dada sua heterogênea oferta de serviços de média e alta complexidade, problema priorizado pelos planejadores em saúde do estado, quando demonstram, através do PES 2008-2011, que existia a necessidade de “reestruturação da rede de assistência em saúde, com fortalecimento da gestão do sistema, maior equidade na distribuição dos recursos financeiros com o objetivo de superar a baixa capacidade instalada” (PES 2008-2011, p. 26).

Como estratégia para ampliação da cobertura assistencial e superação da baixa oferta dos serviços nas Regiões de Saúde (RS), em 2015, o Governo da Bahia propôs a implantação de Consórcios Interfederativos de Saúde e assegurou que iria

[...] financiar a construção e os equipamentos de policlínicas que possibilitarão a oferta de procedimentos médicos de média e alta complexidade [...]. Portanto, serão implantadas 28 (vinte e oito) policlínicas, uma em cada área de abrangência das RS do Estado da Bahia (PES 2016-2019, p. 64).

Assim, reconheceu-se que existe má distribuição territorial dos serviços especializados, de modo a privilegiar o acesso das populações residentes em regiões metropolitanas, situação caracterizada como problemática no planejamento estratégico em saúde da Bahia, segundo o PES 2008.

Também foi destacado problema correlacionado à heterogênea distribuição dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e, até mesmo, a situação de vazios assistenciais, como pode ser apresentado na tabela 1.

Tabela 1. Quantitativo de leitos de UTI por macrorregiões de saúde na Bahia entre 2008 e 2011.

Macrorregião	Leitos de UTI	Adulto	Pediátrico	Neonatal	Total
Leste		343	109	64	516
Centro-Leste		22	11	8	41
Nordeste		17	-	-	17
Sul		16	12	-	28
Extremo-Sul		17	7	-	24
Sudoeste		21	10	6	37
Oeste		10	7	7	24
Norte		7	-	-	7
Centro-Norte		-	-	-	-
Total		453	156	85	694

Fonte: Plano Estadual de Saúde de 2008 e 2012

Como percebido, dentre as nove macrorregiões do estado, a Leste se destaca com o maior quantitativo de leitos de UTI, sendo 343 adultos, 109 pediátricos e 64 neonatais, condição que a diferencia das demais, que apresentavam o quantitativo de leitos muito inferior, não possuíam um ou dois tipos de leitos de UTI (Nordeste, Sul, Extremo Sul e Norte) ou se constituíam como vazio assistencial para alta complexidade (Centro-Norte) (PES, 2008-2011). Neste período, a mais baixa cobertura territorial estava relacionada aos perfis de alta complexidade neonatal e pediátrica.

Quando considerado o segundo período de planejamento com o PES 2012-2015, percebeu-se como problema a necessidade de leitos complementares para suprir a capacidade instalada da atenção hospitalar no SUS. Não obstante os 417 leitos disponíveis à época, considerou-se, para fins do planejamento, que eram “necessários 1.820 leitos para atender as necessidades do SUS-BA”. E a situação agrava quando se considera a necessidade de leitos de UTI pediátrica, pois existiam “94 disponíveis ao SUS, menos de 30% do preconizado pelo MS, que é de 357”, e quando se atenta aos leitos de UTI neonatal, cujo “o déficit é de 190 leitos” (PES 2012-2015, p. 79).

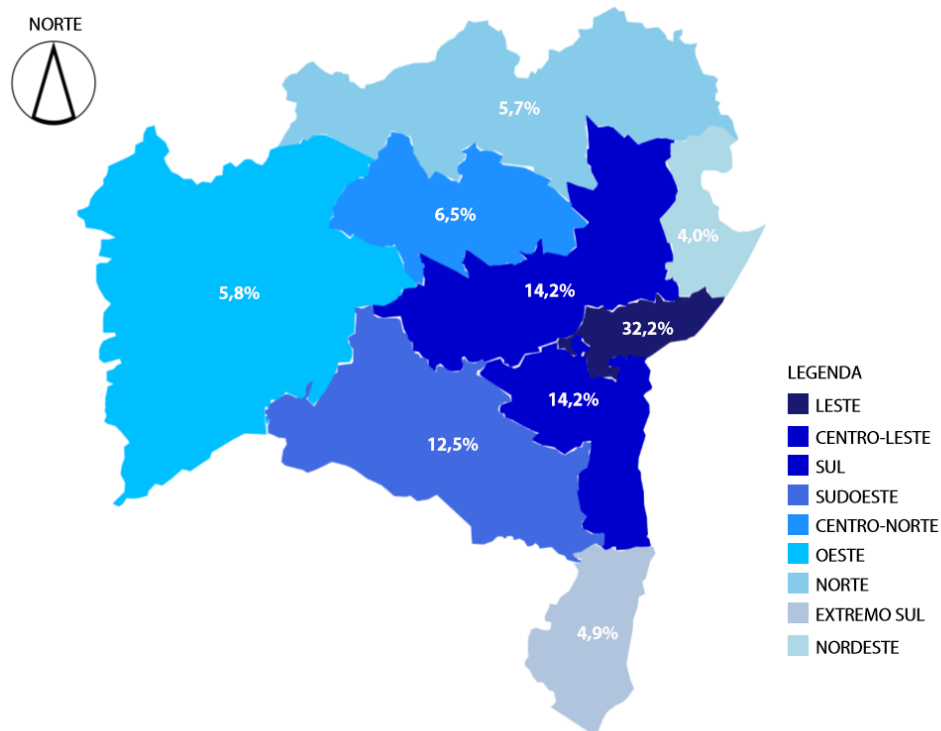
Neste PES, também foi apontado problema na má distribuição territorial da oferta de leitos SUS por macrorregião (Tabela 2). Essa situação, mesmo não sendo correlacionada ao perfil dos leitos de UTI, sugere a continuidade da heterogênea distribuição territorial da capacidade instalada hospitalar no SUS Bahia. A figura 1 apresenta um mapa das macrorregiões da Bahia, que permite melhor visualização da distribuição percentual dos leitos SUS.

Tabela 2. Distribuição de leitos SUS por macrorregião da Bahia em 2011

Macrorregiões	N	%
Leste	8.402	32,2%
Centro-Leste	3.711	14,2%
Nordeste	1.042	4,0%
Sul	3.706	14,2%
Extremo-Sul	1.266	4,9%
Sudoeste	3.284	12,5%
Oeste	1.488	5,8%
Norte	1.481	5,7%
Centro-Norte	1.702	6,5%
Total	26.084	100%

Fonte: elaborado pelos autores baseado no PES 2012-2015.

Figura 1. Distribuição percentual dos leitos SUS por macrorregião da Bahia em 2011.



Fonte: elaborado pelos autores baseado no PES 2012-2015.

Constata-se o maior percentual de leitos SUS sendo ofertados nas macrorregiões Leste, Centro-Leste e Sul com 32,2%, 14,2% e 14,2%, respectivamente, estando na primeira a maior concentração da cobertura assistencial hospitalar do SUS Bahia. Por sua vez, a macrorregião Nordeste apresenta a menor distribuição de leitos SUS do estado (4%). Da leitura do PES 2012-2015, alerta-se para o “déficit de 5.679 leitos SUS, conforme preconiza a Portaria GM/MS 1.101/2002, sendo a Rev. Gestão e Saúde (Brasília). v. 12 n. 01 (2021): Janeiro – Março 2021

macrorregião Centro-Leste a que apresenta a maior defasagem”, quando considerada a correlação leito/habitantes (PES 2012-2015, p. 78).

A análise dos dados leva a se considerar o fator histórico da oferta hospitalar brasileira, principalmente em grandes centros urbanos, que especifica como problema para a gestão o quantitativo de leitos SUS. O problema é evidenciado no documento quando afirma que “há uma grande concentração de leitos SUS na macrorregião Leste, especialmente no Município de Salvador” (PES 2012-2015, p. 79).

Em relação ao quantitativo de unidades hospitalares associado às modalidades de gestão na RHP do SUS Bahia, em 2009, o estado contava com 22 hospitais sob a forma de gestão direta. É pertinente destacar a macrorregião Leste, pois esta dispunha de 14 unidades nesta modalidade, seguida pela Sul (4), Sudoeste (2) e Norte e Extremo-Sul, ambas com 1 unidade hospitalar com administração direta à época. No que tange à gestão indireta, neste período, existiam 6 hospitais terceirizados, 3 instalados na macrorregião Leste e 3 distribuídos entre as macrorregiões Centro-Norte, Nordeste e Oeste (PES 2008-2011).

O planejamento do estado para o período entre 2012 e 2015 destaca que, quanto à gestão dos hospitais da rede própria, “23 encontram-se sob gestão direta e 17 com gestão indireta (Organizações Sociais, Terceirizadas e Parceria Público-Privada)”, contabilizando 40 unidades “das quais cinco foram construídas nos últimos quatro anos” (PES 2012-2015, p.75).

A Parceria Público-Privada (PPP) é mencionada no instrumento de planejamento para o período de 2016 a 2019, como uma alternativa de gestão inovadora, em que foram estabelecidos pelo estado três contratos de concessão administrativa para a área da saúde. Os objetos da contratualização foram o Hospital do Subúrbio, o Instituto Couto Maia e outro voltado para serviços de apoio ao diagnóstico por imagem que moderniza parque tecnológico de 12 unidades hospitalares da Rede Hospitalar Própria, com gestão direta, vinculadas a uma central de imagem (PES 2016-2019, p.65).

No que concerne ao planejamento do período de 2008 a 2011, o plano destaca que 26 HPP foram contratualizados no estado. A macrorregião que concentra mais hospitais de pequeno porte é a Centro-Leste, que detém 8 unidades, seguida das macrorregiões Leste e Sudoeste com 6 unidades cada, a Sul e Nordeste possuem 2 hospitais e a Extremo-Sul e Oeste 1 hospital. A baixa capacidade resolutiva desses estabelecimentos é evidenciada no documento quando afirma que:

Grande parte das unidades assistenciais com internação, na Bahia, é de pequeno porte (48% com menos de 30 leitos), sem apresentar, necessariamente, capacidade resolutiva condizente com um esperado perfil para uma unidade hospitalar (PES 2008-2011, p.23).

Nesse cenário, o estado da Bahia apresentava no período entre 2008 e 2011, 26 unidades de Hospitais Filantrópicos contratualizados, com destaque para a macrorregião Leste que apresentava o maior quantitativo (11) e as macrorregiões Extremo-Sul e Oeste que não apresentavam nenhum (PES 2008-2011). Este número foi ampliado no período de 2012 a 2015 e o instrumento afirma que “encontram-se contratualizados no Estado 38 HPP e 30 Hospitais Filantrópicos (21 contratualizados pelo Governo Federal e 9 pelo Governo do Estado)” (PES 2012-2015, p.75).

Assim, quando comparados os períodos referentes aos planejamentos de 2012 e de 2016, houve ampliação no quantitativo de hospitais disponíveis ao SUS Bahia. Em 2012, existiam “467 hospitais com leitos disponíveis ao SUS, dos quais 390 estão classificados como hospitais gerais, 58 hospitais especializados e 19 hospitais dia” (PES 2012-2015, p. 75). No ano de 2016, estavam disponíveis “464 hospitais gerais, 74 hospitais especializados, 44 unidades mistas e 96 hospitais dia isolado” (PES 2016-2019, p. 68).

Com a intenção de melhorar a capacidade instalada da atenção hospitalar no SUS Bahia, o planejamento estratégico apontado pelo PES, a partir de 2008, considerou uma maior diversidade de modelos de gestão (OS e PPP) e ampliação da contratualização complementar para os hospitais filantrópicos e HPP. Dessa forma, favoreceu a melhoria da oferta e da distribuição territorial e a ampliação da Rede Hospitalar Própria.

4. Discussão

Para fins analíticos, a discussão versa os três aspectos centrais, conforme apresentado nas categorias dos resultados. Na questão da oferta da atenção especializada, emergiu a necessidade de ampliação da cobertura assistencial de modo a superar a baixa oferta dos serviços em macrorregiões de saúde não metropolitanas. Esta problemática é uma característica relatada na literatura⁽⁷⁻⁸⁾ e condicionada a outros problemas, tais como dependência dos serviços metropolitanos por parte dos municípios polos, que agrava o problema do acesso da população⁽⁹⁾, e necessidade de estratégias para disponibilização de profissionais especializados, principalmente médicos, em outros territórios⁽¹⁰⁻¹²⁾. Além disso, há necessidade de ampliação da oferta de equipamentos de alta tecnologia utilizados na prestação dos serviços de alta complexidade que, conseqüentemente, auxilia na superação do estrangulamento do sistema de saúde, minimizando, dessa forma, a desarticulação com outros níveis de atenção⁽⁸⁾.

Sobre o fato de a oferta da atenção hospitalar revelar heterogênea distribuição dos leitos e vazios assistências principalmente para UTI (em detrimento da maior concentração em algumas

Rev. Gestão e Saúde (Brasília), v. 12 n. 01 (2021): Janeiro – Março 2021

macrorregiões), apontou-se a prioridade de ampliar a capacidade instalada da atenção hospitalar no SUS, suprindo as necessidades regionais de leitos de alta complexidade. Esta desproporcionalidade no Estado da Bahia condiz com o relatado em literatura, em que se observou maior concentração de leitos de UTI na capital Salvador, mas que estrategicamente tem-se reconformado e ampliado no interior da Bahia a partir do período de 2005 a 2014⁽¹³⁾.

No que se relaciona às alternativas de gestão hospitalar, evidenciou-se que os modelos de OS e PPP permitiram priorização da ampliação da rede hospitalar do SUS Bahia. A colaboração entre o setor público e o privado, originária do modelo adotado para o sistema de saúde inglês, se baseia na parceria com entidades privadas de interesse público, na flexibilização organizacional e na concepção de eficiência do setor privado⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Merece destaque o caso do Hospital do Subúrbio, uma das unidades planejadas para serem operacionalizadas como PPP no Estado da Bahia. Localizado em Salvador, foi projeto pioneiro para serviços de saúde no Brasil e sua representatividade aponta para o melhor serviço assistencial ofertado aos usuários e para êxito nos resultados contratados⁽¹⁶⁾.

Quanto à situação de aumento dos contratos de leitos complementares através da rede hospitalar filantrópica, verifica-se que os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) podem ser utilizados estrategicamente para a reorganização da rede microrregional, superando necessidades de acesso dos usuários⁽¹⁷⁾. Na Bahia, especificamente, estes HPP representavam importante percentual de internação no SUS, mais que nos hospitais de médio e grande porte⁽¹⁸⁾.

5. Considerações finais

Os resultados desse estudo apresentaram as problemáticas identificadas pelo estado durante o planejamento da atenção hospitalar do SUS na Bahia e os meios propostos para superá-las. Nesse contexto, o primeiro período analisado, após a mudança do governo, entre 2008 e 2011, identificou a heterogênea oferta de serviços de média e alta complexidade nas macrorregiões da Bahia, concentrados em maior quantidade nos grandes centros, e exibiu situações de completo vazio assistencial em outras áreas. Compreendendo o impacto que esta condição causa na situação de saúde da população baiana, os gestores formalizaram consórcios e propuseram a implantação de policlínicas como medida para ampliação da cobertura assistencial.

Os instrumentos de planejamento em saúde, nos períodos de 2008 a 2011 e de 2012 a 2015, enfatizam a preocupação com a distribuição desproporcional dos hospitais, a insuficiente capacidade instalada e a baixa resolutividade dos casos. Pôde-se perceber que a contratualização foi a estratégia criada na Rev. Gestão e Saúde (Brasília), v. 12 n. 01 (2021): Janeiro – Março 2021

busca de eficiência para a administração dessas unidades assistenciais. Além disso, o estabelecimento de modelos de gestão alternativos proporcionou a ampliação da RHP, concedendo à Bahia o reconhecimento pelo pioneirismo dessas experiências.

Deve-se salientar que os documentos analisados não seguem um padrão determinado, constituindo uma limitação para a comparação cronológica de alguns aspectos. Em especial, esse estudo destaca que a atenção hospitalar é uma das temáticas priorizadas pelos gestores no SUS Bahia, principalmente, no que tange às medidas tomadas para a redução da iniquidade da oferta e acesso aos serviços especializados, aprimorando simultaneamente a sua qualidade e com maior eficácia da gestão.

Referências

1. Braga-Neto FC; Barbosa PR; Santos IS; Oliveira CMF. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: Giovanella, L; Escorel, S; Lobato, LVC; Noronha, JC; Carvalho, AI; *et. al.*, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 665-704.
2. Santos TBS; Moreira ALD; Suzart NA; Pinto, ICM. Gestão hospitalar no sistema único de saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet] 2019 [citado 2020 fev. 01]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/gestao-hospitalar-no-sistema-unico-de-saude-problematicas-de-estudos-em-politica-planejamento-e-gestao-em-saude/17081?id=17081>.
3. Santos TBS; Souza JS; Martins JS; Rosado LB; Pinto ICM. Gestão indireta na atenção hospitalar: análise da contratualização por publicização para rede própria do SUS. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 2, p. 247-261, [Internet] 2018 [citado 2020 jan. 31]. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe2/247-261/pt>.
4. Ibañez N; Vecina Neto G. Modelos de gestão e o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(Sup): 1831-1840, [Internet] 2007 [citado 2020 fev. 04]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/06.pdf>.
5. Jesus WLA; Teixeira CF. Planejamento estadual no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.5, p. 2383-2393. ISSN 1678-4561.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
7. Solla J; Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella, L. *et al.* (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. cap. 17, p. 547-576.
8. AraújoPNB; Colenci R; Rodrigues AS. Mapeamento dos equipamentos e exames de diagnóstico *Rev. Gestão e Saúde (Brasília)*. v. 12 n. 01 (2021): Janeiro – Março 2021

por imagem no Estado de São Paulo. *Tekhne e Logos*, Botucatu, SP, v.7, n.2, [Internet] 2016 [citado 2020 jan. 06]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/25217515-Mapeamento-dos-equipamentos-e-exames-de-diagnostico-por-imagem-no-estado-de-sao-paulo.html>.

9. Aguilera SLVU; França BHS; Moysés ST; Moysés, SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Rev. Adm.* [Internet] 2013 [citado 2020 jan. 06]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v47n4/v47n4a10.pdf>.
10. Scheffer M. *et. al.* Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp; 2018. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf).
11. Silva CR; Carvalho BG; Júnior, LC; Nunes EFPA. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1109-1120, [Internet] 2017 [citado 2020 jan. 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1109.pdf>.
12. Sampaio MVA. Acesso à atenção especializada na região de saúde de Vitória da Conquista/BA e a garantia do direito à integralidade na atenção à saúde. [Internet] 2016 [citado 2020 jan. 27]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/26329/ve_M%c3%a1rcia_Vivianr_ENSP_2016.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
13. Passos JS; Souza EA; Junior EPP; Oliveira SMA; Pedreira, RBS. Distribuição dos leitos de unidades de terapia intensiva adulto na Bahia. *Enfermagem Brasil*, 17(3):266-72. [Internet] 2018 [citado 2020 jan. 14]. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1129/3754>.
14. Peci A; Sobral FA. Parcerias Público-Privadas: análise comparativa das experiências britânica e brasileira. *Cadernos EBAPE.BR*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 1 a 14, ISSN 1679-3951. [Internet] 2007 [citado 2020 jan. 10]. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cadernosebape/article/view/5026>.
15. Miguel JLF; Belda CF; Vieites, AR. Analysis of the technical efficiency of the forms of hospital management based on public-private collaboration of the Madrid Health Service, as compared with traditional management. *Int J Health Plann Manage*;34(1):414-442. DOI: 10.1002/hpm.2678. Epub 2018 Oct 10. PMID: 30303272. [Internet] 2019 [citado 2020 jan. 30]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hpm.2678>.
16. Barreto FL; Souza CC; Luedy A; Mendes VLPS; Tahara ATS. Processo de gestão hospitalar em *Rev. Gestão e Saúde (Brasília)*. v. 12 n. 01 (2021): Janeiro – Março 2021

Parceria Público-Privada. Revista Baiana de Saúde Pública. v. 40, supl. 1, p. 133-153 [Internet] 2016 [citado 2020 jan. 31]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859674>.

17. Ugá MAD; López EM. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. Ciência & Saúde Coletiva, 12(4):915-928. [Internet] 2007 [citado 2020 jan. 29]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/10.pdf>.
18. Barretto LD; Freire RC. Tendências da atenção hospitalar no SUS da Bahia: uma análise de 2006 a 2009. Revista Baiana de Saúde Pública. v. 35, n.2, p.334-347 [Internet] 2011 [citado 2020 jan. 10]. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/0100_0233/2011/v35n2/a2446.pdf.

Participação dos autores na elaboração do artigo original

Nathália Almeida Suzart : concepção da pesquisa, elaboração do plano analítico, sistematização da produção de dados; leitura documental, tratamento dos resultados e elaboração das tabelas/imagens; discussão dos resultados com a literatura, elaboração texto em versão final.

Lílian Barbosa Rosado: concepção da pesquisa, elaboração do plano analítico, sistematização da produção de dados; leitura documental, tratamento dos resultados e elaboração das tabelas/imagens; discussão dos resultados com a literatura, elaboração texto em versão final.

Silvana Lima Vieira: concepção da pesquisa, elaboração do plano analítico, sistematização da produção de dados; leitura documental, tratamento dos resultados e elaboração das tabelas/imagens; discussão dos resultados com a literatura, elaboração texto em versão final.

Thadeu Borges Souza Santos: concepção da pesquisa, elaboração do plano analítico, sistematização da produção de dados; leitura documental, tratamento dos resultados e elaboração das tabelas/imagens; discussão dos resultados com a literatura, elaboração texto em versão final.