



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

FRANCISCO EUGÊNIO ALVES DE SOUZA

**HOSPITAIS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE:
SUA INSERÇÃO NO SUS**

Londrina
2019

FRANCISCO EUGÊNIO ALVES DE SOUZA

**HOSPITAIS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE:
SUA INSERÇÃO NO SUS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação
Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade
Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial
para a obtenção do título de Doutor em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Elisabete F. P. A. Nunes.

Londrina
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Souza, Francisco Eugênio Alves.

Hospitais em municípios de pequeno porte: : sua inserção no SUS / Francisco Eugênio Alves Souza. - Londrina, 2019.

145 f. : il.

Orientador: Elisabete de Fátima P. de A. Nunes.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2019.

Inclui bibliografia.

1. Administração pública - Tese. 2. Hospitais - Tese. 3. Administração hospitalar - Tese. 4. Poder - Tese. I. Nunes, Elisabete de Fátima P. de A. . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

FRANCISCO EUGÊNIO ALVES DE SOUZA

**HOSPITAIS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE:
SUA INSERÇÃO NO SUS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação
Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade
Estadual de Londrina, como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

**COMISSÃO EXAMINADORA
TITULARES**

Profa. Dra. Elisabete de Fátima P. de A. Nunes
Universidade Estadual de Londrina - UEL
Orientadora

Prof. Dr. Olímpio J. Nogueira V. Bittar
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Profa. Dra. Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Fernanda de Freitas Mendonça
Universidade Estadual de Londrina – UEL

As. Social Dra. Argéria Maria Serraglio Narciso
Universidade Estadual de Londrina - UEL

**COMISSÃO EXAMINADORA
SUPLENTE**

Prof. Dr. Marcio José de Almeida
Faculdades Pequeno Príncipe - FPP

Prof. Dr. João José Batista de Campos
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 8 de fevereiro de 2019.

DEDICATÓRIA

À Wânia, Giovana e Bianca, meus três amores;

À minha mãe, Thereza, exemplo de mulher;

Ao meu pai Rubens e ao meu irmão José Rubens (in memoriam), minha eterna admiração.

AGRADECIMENTOS

“Nenhum dever é mais importante do que a gratidão”

Cícero

A Deus, pela minha vida ;

Aos meus familiares, por serem solidários comigo e juntos fazermos parte dessa abençoada bagunça que é a nossa família;

À minha orientadora, Professora Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes, exemplo de profissional, parceira de tantos trabalhos, por toda paciência, perseverança e confiança;

À Professora Brígida Gimenez de Carvalho, coordenadora do grupo de pesquisa GESTSUS, pelo apoio e ensinamentos a mim dedicados ao longo dessa trajetória;

Às professoras Fernanda de Freitas Mendonça e Flaviane Melo Lazarini, pelas contribuições no desenvolvimento deste trabalho;

Aos companheiros e companheiras do grupo de pesquisas GESTSUS pelas amizades, parcerias e disponibilidade constante;

Aos meus colegas, professores do Departamento de Saúde Coletiva da UEL, pelo apoio, incentivo, e contribuições;

Ao amigo Rafael de Oliveira pela paciência e pelos ensinamentos transmitidos;

Aos secretários de saúde e diretores dos hospitais dos municípios participantes deste estudo e aos técnicos da 17ª Regional de Saúde, cujas contribuições, apoio e informações permitiram a realização deste trabalho.

À minha Banca Examinadora, pela pronta disponibilidade, pelas contribuições a este trabalho e pelo incentivo na continuidade dos estudos;

Ao pessoal administrativo do departamento e do programa de pós-graduação, pela ajuda em tantos momentos dessa caminhada.

ΕΠΪΓΡΑΦΕ

MENSAGEM

Quando não há nada mais a ser dito, silencie.

Quando não há mais nada a ser feito, permita apenas ser, apenas estar e fique na companhia do teu coração e este indicará o momento apropriado para agires.

Quando a lentidão dos dias acomodar tua vontade, enlaçando-te com os nós da intranquilidade, descansa e refaça tua energia.

Não há pressa, a prioridade é que tu encontres novamente a tua essência para que tenhas presente em ti a alegria de ser e estar.

Quando o vazio instalar-se em teu peito, dando-te a sensação de angústia e esgotamento, repare tua atenção e encontre em ti mesmo a compreensão para este estado.

É necessário descobrirmo-nos em tais estados, para que estes não se transformem no desconhecido, no incontrolável.

Tudo pode ser mudado, existe sempre uma nova escolha para qualquer opção errada que tenhas feito.

Quando ouvires do teu coração que não há nenhuma necessidade em te preocupares com a vida, saibas que ele apenas quer que compreendas que nada é tão sério a ponto de te perderes para sempre da tua divindade, ficando condenado a não ver mais a luz que é tua por natureza.

Não te preocupes, se estiveres atento a ti mesmo verás que a sabedoria milenar está contigo, conduzindo-te momento a momento àquilo que realmente necessitas viver.

Confie e vá em teu caminho de paz.

Nada é mais gratificante que ver alguém submergindo da escuridão apenas por haver acreditado na existência da luz.

Ela sempre esteve presente...

Era só abrir os olhos...

São Francisco de Assis

RESUMO

SOUZA, Francisco Eugênio Alves de. **Hospitais em municípios de pequeno porte: sua inserção no SUS.** 2019. 145 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Apesar da grande maioria dos municípios brasileiros serem de pequeno porte, poucos estudos tem se debruçado sobre o Sistema Único de Saúde –(SUS) e sobre o papel dos hospitais existentes nessas localidades, principalmente estudos acerca do uso político destes, bem como sobre o poder simbólico que eles exercem. **OBJETIVOS:** Este estudo buscou refletir sobre o papel dos hospitais de pequeno porte (HPP) em municípios de pequeno porte (MPP) da região de Londrina, bem como, aprofundar a compreensão sobre a relação destes com as normativas do Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito aos programas de atendimento em redes de atenção à saúde (RAS), tais como a Rede de Urgência e Emergência (RUE) e da Rede Mãe Paranaense e também analisar os desafios dos gestores, os fatores que interferem na gestão e o poder simbólico dos hospitais em MPP. **MÉTODOS:** Estudo exploratório, de natureza compreensiva e interpretativa, desenvolvido por meio de métodos mistos, do tipo sequencial exploratório, utilizando-se de dados quantitativos e qualitativos. A coleta de dados e as entrevistas foram realizadas no período de março a dezembro de 2016, em 14 municípios de pequeno porte, que possuem hospitais, localizados na macrorregião norte do Paraná, na abrangência da 17ª Regional de Saúde. Os sujeitos foram os secretários de saúde e os diretores dos hospitais estudados, entrevistados utilizando roteiro semiestruturado. O foco teórico para a análise deste trabalho foi o conjunto de conceitos formulados para entender a sociedade moderna do sociólogo francês Pierre Bourdieu (1930-2002), especialmente os conceitos de poder simbólico, campo, habitus e capital. **RESULTADOS:** Apresentados por meio de três manuscritos científicos. Os dados do primeiro revelaram extrema ociosidade da capacidade instalada, centros cirúrgicos inativos e baixíssima ocupação dos leitos hospitalares, não estando adequados à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte (PNPHPP). O segundo manuscrito indicou que para os gestores entrevistados é fundamental a construção de um discurso pela manutenção desses hospitais ainda que faltem recursos para um atendimento integral, eficiente e que responda de forma resolutiva às demandas da população, pois o seu fechamento causaria um impacto negativo para a legitimação do gestor em exercício. Constatou-se que os HPP participam da RUE, embora não possuam condições de resolver muitos dos problemas dos pacientes atendidos, mas, como estão incluídos nas centrais reguladoras, os usuários podem ser encaminhados para hospitais de maior porte, conforme o desejo da população. Quanto a participarem da Rede Mãe Paranaense, verificou-se que a maioria dos HPP não tem condições de integração, tornando-se meros encaminhadores de gestantes para hospitais/maternidades de referência, embora o desejo dos gestores e da população local fosse que a atenção às parturientes ocorresse nos municípios de residência. O terceiro manuscrito, por fim, revelou que o capital político mobilizado pelo Poder Executivo local, representado por prefeitos e secretários de saúde, é determinante na seleção e escolha dos agentes que ocupam os cargos de direção e de outras funções nos hospitais. Logo, a autonomia da gestão técnica dos hospitais é limitada pelas condições estabelecidas mediante *jogos de poder* pertencentes ao campo político. **TECENDO CONSIDERAÇÕES:** Os HPP apresentaram desempenho abaixo do preconizado na assistência à saúde para a população à qual se destinam, bem como inserção incipiente na RAS. Os capitais simbólico e político investidos na ideia do Hospital ajudam a compreender

por que, mesmo com baixa produtividade e custos elevados, os agentes políticos não abrem mão de custeá-los, ampliá-los ou mantê-los com os meios que dispõem.

Palavras-chave: Administração pública. Hospitais. Administração hospitalar. Poder. Cidades pequenas. Sistemas locais de saúde.

ABSTRACT

SOUZA, Francisco Eugênio Alves de. **Hospitals in small municipalities: their insertion in SUS.** 2019. 145 p. Thesis (Doctorate in Collective Health) - State University of Londrina, Londrina, 2019.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Although the vast majority of Brazilian municipalities are small, just a few studies have focused on the unified health system (SUS) and on the role of these localities hospitals, mainly studies on the political use of them, as well as the symbolic power they exert. **OBJECTIVES:** this study sought to reflect the role of small hospitals (HPP) in small municipalities (MPP) at Londrina region, as well as to deepen the understanding of their connection with the Brazilian unified health system (SUS) regulations regarding the care networks (RAS), such as the emergency network (RUE) and the “mãe paranaense” network. Also analyze the challenges of managers, the factors that interfere in the management and the symbolic power of the hospitals in MPP. **METHODS:** An exploratory study, of a comprehensive and interpretive nature, developed using mixed methods, of the exploratory sequential type, using quantitative and qualitative data. Data collection and interviews were carried out from March to December 2016, in a small municipality, with hospitals located in the northern region of northern Paraná, covering the 17th regional health. The subjects were the health secretaries and the directors of the hospitals studied, using semi structured script. The theoretical focus for the analysis of this work was the set of concepts formulated to understand the modern society of the French sociologist Pierre Bourdieu (1930-2002), especially the concepts of symbolic power, field, habitus and capital. **RESULTS:** Presented through three scientific papers. The data of the first article revealed extreme idleness of the installed capacity, inactive surgical centers and very low occupation of the hospital beds, being not adequate to the pnhpp. The second article indicated that for the managers interviewed, it is fundamental to construct a discourse for the maintenance of these hospitals, even though there is a lack of resources for a comprehensive, efficient and resolute response to the demands of the population, because their closure would have a negative impact on the legitimacy of the current manager. It was found that HPP participate in the RUE, although they do not have the conditions to solve many of the problems of patients attended, but since they are included in the regulatory centers, users can be referred to larger hospitals, according to the desire of the population. As for participating in the “mãe paranaense” network, it was verified that most HPP do not have integration conditions, becoming mere referrals of pregnant women to reference hospitals or maternity hospitals, although the desire of managers and the local population was that the attention to the parturients occurred in the municipalities of their residence. The third article, finally, revealed that the political capital mobilized by the local executive power through mayors and health secretaries is decisive in the selection of the agents who occupy the positions of management or other functions in the hospitals. Therefore, the autonomy of the technical management of hospitals is limited by the conditions established by *power plays* of to the political field. **PROVIDING CONSIDERATIONS:** HPP presented below-recommended performance in health care for the target population, as well as incipient insertion into RAS. The symbolic and political capitals invested in the idea of the hospital help to understand why, even with low productivity and high costs, political agents do not give up bearing, expanding or keeping them with the means they have.

Keywords: Public administration. Hospitals. Hospital administration. Power. Small cities. Local health systems.

RESUMEN

SOUZA, Francisco Eugênio Alves de Souza. **Hospitales en municipios de pequeño porte: su inserción en el SUS.** 2019. 145 p. Tesis (Doctorado en Salud Colectiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina – Paraná, 2019.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: En la mayoría de los municipios brasileños son de pequeño porte, pocos estudios se han centrado en el sistema único de salud (sus) y sobre el papel de los hospitales existentes en esas localidades, principalmente estudios sobre el uso político de éstos, así como sobre el poder simbólico que ellos ejercen. **OBJETIVOS:** este estudio buscó reflexionar sobre el papel de los hospitales pequeños (HPP) en municipios de pequeño porte (MPP) de la región de londrina, así como, profundizar la comprensión sobre la vinculación de estos dentro de las normativas del sistema único de salud (SUS) en lo que se refiere a los programas de servicio a las redes de atención a la salud (RAS), tales como la red de urgencia y emergencia (RUE) y de la red madre paranaense; y también a los desafíos para los agentes públicos de realizar la gestión de esos hospitales. **MÉTODOS:** Estudio exploratorio, de naturaleza comprensiva e interpretativa, desarrollado por medio de métodos mixtos, del tipo secuencial exploratorio, utilizando datos cuantitativos y cualitativos. se realizó en el período de marzo a diciembre de 2016, en 14 municipios de pequeño porte, que poseen hospitales, ubicados en la macro región norte del paraná, en la cobertura de la 17ª regional de salud. los sujetos fueron los secretarios de salud y los directores de los hospitales estudiados, entrevistados utilizando un itinerario semi estructurado. el enfoque teórico para el análisis de este trabajo fue el conjunto de conceptos formulados para entender la sociedad moderna del sociólogo francés Pierre Bourdieu (1930-2002), especialmente los conceptos de poder simbólico, campo, *habitus* y capital. **RESULTADOS:** Presentados por tres artículos científicos. los datos del primer artículo revelaron extrema ociosidad de la capacidad instalada, centros quirúrgicos inactivos y bajísima ocupación de los lechos hospitalarios, no estando adecuados a la pnphp. el segundo artículo indicó que para los gestores entrevistados es fundamental la construcción de un discurso por el mantenimiento de esos hospitales aunque falten recursos para una atención integral, eficiente y que responda de forma resolutoria a las demandas de la población, pues su cierre causaría un impacto negativo para la legitimación del gestor en ejercicio. se constató que los HPP participan en la rue, aunque no tienen condiciones para resolver muchos de los problemas de los pacientes atendidos, pero como están incluidos en las centrales reguladoras, los usuarios pueden ser encaminados a hospitales de mayor porte, conforme el deseo de la población. en cuanto a participar en la red madre paranaense, se verificó que la mayoría de los hpp no tienen condiciones de integración, convirtiéndose en meros encaminadores de gestantes para hospitales / maternidades de referencia, aunque el deseo de los gestores y de la población local fuera que la atención a las parturientas se produjo en los municipios de residencia. el tercer artículo, finalmente, reveló que el capital político movilizado por el poder ejecutivo local mediante alcaldes y secretarios de salud es determinante en la selección y elección de los agentes que ocupan los cargos de dirección y de otras funciones en los hospitales. por lo tanto, la autonomía de la gestión técnica de los hospitales está limitada por las condiciones establecidas mediante *juegos de poder* pertenecientes al campo político. **TEJIENDO CONSIDERACIONES:** Los HPP presentaron desempeño bajo el preconizado en la asistencia a la salud para la población a la que se destinan, así como inserción incipiente en la ras. los capitales simbólico y político invertidos en la idea del hospital ayudan a comprender por qué, incluso con baja productividad y altos costos, los agentes políticos no

sólo no renuncian a los costos, sino que también los amplían y los mantienen con los medios que disponen.

Palabras clave: Administración pública. Los hospitales. Administración hospitalaria. El poder. Ciudades pequeñas. Sistemas locales de salud.

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE FIGURAS

TESE

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Projeto sequencial explanatório | 52 |
| Figura 2 - Regionais de Saúde do Paraná, 2018..... | 53 |
| Figura 3 - Municípios da 17ª Regional de Saúde, Paraná, 2018 | 54 |
| Figura 4 – Fluxograma dos momentos de obtenção de dados da pesquisa | 56 |

MANUSCRITO 2

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Mapa da rede de urgência e emergência dos municípios de pequeno porte da 17ª RS, Paraná, 2017..... | 89 |
| Figura 2 - Mapa da rede Mãe Paranaense dos municípios de pequeno porte da 17ª RS, Paraná, 2017..... | 93 |

LISTA DE TABELAS

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Distribuição dos Hospitais em MPP da 17ª RS, população, entidade mantenedora e leitos por hospital, Paraná, 2015 | 65 |
| Tabela 2 – Distribuição do número de leitos hospitalares por clínica, nos MPP da 17ª RS do Paraná, 2015..... | 66 |
| Tabela 3 – Distribuição das internações hospitalares por tempo de permanência e caráter de atendimento nos MPP da 17ª RS do Paraná, 2015..... | 68 |
| Tabela 4 – Distribuição das internações hospitalares por especialidade e indicadores hospitalares nos MPP da 17ª RS do Paraná, 2015 | 69 |

MANUSCRITO 3

| | |
|--|-----|
| Tabela 1 – Distribuição dos Hospitais em MPP da 17ª RS, população, entidade mantenedora e leitos por hospital, Paraná, 2015 | 104 |
| Tabela 2 – Distribuição das internações hospitalares por especialidade e indicadores hospitalares nos MPP da 17ª RS do Paraná, 2015 | 105 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| ABNT | Associação Brasileira de Normas Técnicas |
| ABS | Atenção Básica em Saúde |
| AIH | Autorização de Internação Hospitalar |
| AIS | Ações Integradas de Saúde |
| CIB | Comissões Intergestores Bipartite |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| CPS | Consórcio Público de Saúde |
| DATASUS | Departamento de Informática do SUS |
| ESF | Estratégia da Saúde da Família |
| GESTSUS | Grupo de Pesquisa de Gestão do SUS |
| GM | Gabinete do Ministro |
| HPP | Hospitais de Pequeno Porte |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| INAMPS | Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social |
| LOA | Lei Orçamentária Anual |
| MPP | Municípios de Pequeno Porte |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF-AB | Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica |
| ODM | Objetivos de Desenvolvimento do Milênio |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PNAS | Política Nacional de Assistência Social |
| PNHPP | Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte |
| PR | Paraná |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| RAS | Redes de Atenção à Saúde |
| RMP | Rede Mãe Paranaense |
| RS | Regional de Saúde |
| RUE | Rede de Urgência e Emergência |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SAS | Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde |

| | |
|------|--|
| SESA | Secretaria de Estado da Saúde |
| SIH | Sistema de Informações Hospitalares |
| SUDS | Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UPA | Unidades de Pronto Atendimento |
| VISA | Vigilância Sanitária |

SUMÁRIO

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 29 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO | 35 |
| 2.1 | CONCEITOS CLÁSSICOS DE BOURDIEU, SUAS DEFINIÇÕES E FORMAS DE ANÁLISES | 36 |
| 2.1.1 | Conceito de Poder Simbólico | 39 |
| 2.1.2 | Conceito de Campo..... | 42 |
| 2.1.3 | Conceito de <i>Habitus</i> | 43 |
| 2.1.4 | Conceito de Capital..... | 46 |
| 3 | OBJETIVOS | 49 |
| 3.1 | OBJETIVO GERAL..... | 49 |
| 3.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 49 |
| 4 | PERCURSO METODOLÓGICO | 51 |
| 4.1 | LOCAL DE ESTUDO | 53 |
| 4.2 | POPULAÇÃO DE ESTUDO | 55 |
| 4.3 | OBTENÇÃO E ANÁLISE DE DADOS..... | 55 |
| 4.4 | ASPECTOS ÉTICOS E DE BIOSSEGURANÇA..... | 58 |
| 4.5 | APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS | 58 |
| 5 | RESULTADOS | 60 |
| 5.1 | MANUSCRITO 1..... | 61 |
| 5.2 | MANUSCRITO 2..... | 78 |
| 5.3 | MANUSCRITO 3..... | 100 |
| 6 | TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES | 120 |
| | REFERÊNCIAS | 125 |
| | APÊNDICES | 131 |
| | APÊNDICE 1 – Instrumento de coleta..... | 132 |

| | |
|--|-----|
| APÊNDICE 2 - Solicitação de autorização para coleta de dados da 17ª Regional de Saúde | 135 |
| APÊNDICE 3 - Solicitação de Autorização para Coleta de Dados dos Hospitais Municipais | 136 |
| APÊNDICE 4 - Termo de consentimento livre e esclarecido | 137 |
| APÊNDICE 5 - Termo de Confidencialidade e Sigilo..... | 138 |
| | |
| ANEXOS | 139 |
| ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do CEP..... | 140 |

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Após a criação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), muitas dificuldades foram encontradas pelos gestores, prefeitos e secretários municipais de saúde na estruturação deste sistema em cada canto do país. Considerando a descentralização, traduzida por municipalização, um dos princípios do SUS, atribui-se aos municípios a tarefa maior de organizar o sistema em cada localidade (BRASIL, 1988; BRASIL 1990a). A esses cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos (BRASIL, 1990b).

Desde a década de 1980, com as Ações Integradas de Saúde (AIS) seguidas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e culminando com a criação do SUS na Constituição de 1988 e com a lei 8080 de 1990, os municípios de grande e médio portes foram se estruturando e conseguiram de alguma forma, em maior ou menor grau, organizar o SUS em cada localidade (CARVALHO, 1993; PAIM, 1986; PIMENTA, 1993).

No entanto, o mesmo não ocorreu nos municípios de pequeno porte (MPP), carentes de estrutura física e organizacional. Esses sofreram os impactos da descentralização aportando recursos financeiros acima de suas capacidades e, apesar disso, não atendendo a contento a sua parte da atenção à saúde.

Dessa forma, não se implementaram a contento outros princípios do SUS, a regionalização e a hierarquização, na medida em que, impossibilitados de atender os casos de baixa e média complexidade encaminham seus usuários para centros de maior capacidade de resolução, sobrecarregando serviços de alta complexidade (BRASIL, 1990b).

Como resultado, visando desenvolver e apoiar as gestões municipais, bem como organizar os fluxos de hierarquização dos serviços, ao longo desses anos foram criados mecanismos de regulação e pactuação entre os municípios, inclusive organizando instâncias de deliberação regional e estadual, como é o caso das Comissões Intergestores Regional e Bipartite (CIB), somente solidificados, esses mecanismos, através da Lei 12.466, de 2011 (BRASIL, 2011a).

Durante um longo período pré-SUS e mesmo após sua implantação, muitos municípios possuíam hospitais, inclusive os municípios de médio porte contavam com vários hospitais em cada localidade. Isso foi fruto de uma política que estimulava a assistência à saúde através da rede hospitalar.

Na época em questão, havia financiamentos subsidiados pelo governo federal para a construção de hospitais, o custeio das ações de saúde praticadas era feito por

pagamento por serviços prestados pelo então Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o que favorecia a prática de atos ilícitos, como cobrança de procedimentos desnecessários ou aqueles não realizados (MANSUR, 2001).

Ao mesmo tempo, não havia qualquer estímulo à implantação de serviços básicos de saúde, onde muitas das patologias que geravam internações hospitalares poderiam ser resolvidas. Mas, gradativamente, os municípios foram criando uma rede de unidades destinadas à Atenção Básica em Saúde (ABS) e, cujo gerenciamento e as demais ações de prevenção e promoção passaram a ser de sua responsabilidade, resultando na necessidade de estruturar serviços municipais de saúde, muitos, inclusive, com status de secretaria municipal.

Com o avançar da atenção básica, com a inserção de diversas estratégias que foram se aperfeiçoando, até o atual Programa de Saúde da Família (PSF), esses serviços mostraram-se mais eficientes e eficazes, do que o até então praticado intra-hospitalar, diminuindo sensivelmente o número de internações (ANDRADE; BARRETO; COELHO, 2013).

Por outro lado, o avanço das tecnologias na área da saúde, com equipamentos de diagnósticos e tratamentos cada vez mais sofisticados, melhorou a qualidade da assistência médico-hospitalar, porém de custo proibitivo em grande parte aos hospitais de pequenas localidades que não tinham e nem têm condições financeiras, pessoal especializado para adquirir tal tecnologia, e que foram se tornando locais de uma prática médica hospitalar mais obsoleta (UGÁ; LÓPEZ, 2007).

Associa-se a este cenário de dificuldades para os pequenos hospitais a falta do profissional médico, as exigências legais dos órgãos fiscalizadores quanto à atuação de diversas especialidades que muitas vezes era exercida por um só. A necessidade de contratação dos demais profissionais de saúde e o custeio cada vez mais elevado passaram a inviabilizar o “negócio” de prestação de serviços que gerava lucro para seus proprietários.

Com isso, os proprietários de hospitais de pequeno porte (HPP) passaram a fechar as portas, principalmente nos grandes e médios centros. Para não agravar a situação, em muitas localidades houve aquisição desses hospitais pelo poder municipal, mecanismo pouco conhecido quanto à essa operação.

Com este cenário de dificuldades na operacionalização da descentralização, hierarquização e regionalização, alguns estudiosos e integrantes de esferas governamentais propuseram um modelo de organização dos serviços em redes de atenção à saúde (RAS).

Vários são os modelos de redes propostos, mas o princípio delas é o mesmo, ou seja, a integração dos serviços de saúde como estratégia para superar a fragmentação da

atenção e da gestão nas regiões de saúde pelo seu enfoque nas necessidades de saúde da população, favorecendo uma correspondência destas com a capacidade de oferta de serviços. Dessa forma, procura-se aperfeiçoar os serviços e os recursos disponíveis já existentes para se tornarem referência para uma região ou microrregião (MENDES, 2010; OPAS, 2011).

As principais RAS que se encontram em fase de implantação no SUS são: Rede de Urgência e Emergência (RUE) (Portaria GM/MS nº1600/2011 e 1601/2011); Rede Cegonha (rede de atenção ao parto e ao recém-nascido) (Portaria GM/MS Nº 1.459/2011, 2351/2011 e 650/2011); Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Portaria 3088/2011) e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (Portaria 793/2012). No Paraná, a rede de assistência ao parto e recém-nascido, criada pela Secretaria Estadual de Saúde, tem o nome de Mãe Paranaense.

Conforme Cunha e Bahia (2014, p. 251)

[...] as Redes de Atenção à Saúde podem ser definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado.

Segundo os mesmos autores, “a construção de estabelecimentos de saúde deve ser orientada por diretrizes de regionalização e hierarquização dos serviços em redes cooperativas intermunicipais e estaduais” (CUNHA; BAHIA, 2014, p. 252). Essa afirmativa se baseia na questão da produção de alguns serviços, que exige um volume incompatível com a demanda de municípios de menor porte. Em muitos municípios com população pequena, faz com que não se justifique a oferta de todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde (CUNHA; BAHIA, 2014).

Oliveira et al. (2014), uma década após a publicação da Portaria GM/MS nº 1044 (BRASIL, 2004), que instituiu a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP), aponta que houve

[...] intensa discussão no âmbito intergovernamental sobre as possíveis destinações dos HPP na Rede de Atenção à Saúde do SUS, além dos critérios para o seu financiamento e dos pontos de corte populacionais e de número de leitos para a delimitação desse tipo de hospital em relação aos demais (OLIVEIRA et al., 2014, p. 1).

Ainda, conforme Oliveira et al. (2014, p. 2):

[...] a discussão dos critérios para a definição dos "pontos de corte" da população mínima que possa justificar a existência de uma unidade

hospitalar, bem como o número mínimo de leitos que caracterizaria um HPP, em geral não tem levado em consideração aspectos de acessibilidade geográfica, predominando justificativas de natureza econômica (economias de escala, desempenho hospitalar, ocupação hospitalar etc.).

No Brasil, ao contrário, observa-se que a existência dos hospitais de pequeno porte não está relacionada somente às condições de acesso a centros maiores, mas também à existência de municípios de pequeno porte (UGÁ; LÓPEZ, 2007).

O Ministério da Saúde preconiza que os hospitais de pequeno porte (HPP) são os que possuem até 30 leitos. Há estudiosos que classificam em HPP os que possuem até 50 leitos. Também há os que só consideram como HPP os de 31 a 49 leitos, sendo que com 30 leitos ou menos, nem sequer são considerados hospitais.

Corrêa (2009, p. 54) expõe que

[...] os 4.705 Hospitais de Pequeno Porte (HPP) se distribuem em 2.943 municípios brasileiros, sendo a maior parte (83%) localizada em municípios classificados como de interior e de até 30.000 habitantes. Os hospitais que apresentam de 1 a 30 leitos representam 48% dos HPP e o aumento desses hospitais no país está relacionado à municipalização do setor saúde.

Esses hospitais representam, em muitos municípios, a única possibilidade de tratamento de casos de internações pediátricas mais corriqueiras ou de atender o desejo de mães darem a luz a seus filhos nas cidades em que moram.

Porém, o maior problema desses hospitais se deve à sua manutenção. Sua saúde financeira é ruim, seus custos são maiores que suas receitas SUS, que não remunera adequadamente os procedimentos de baixa complexidade, que, regra geral, são realizados. Autores como La Forgia e Cottolenc, (2009), afirmam que em média o SUS cobre apenas 25% dos custos desses hospitais.

Em virtude dessa realidade apresentada por vários autores, mas, ao mesmo tempo carecendo de trabalhos que apontem o real papel dos HPP em municípios de pequeno porte, pretende-se analisar os existentes com este perfil na região da 17ª Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), que compreende 21 municípios, dos quais 17 são considerados de pequeno porte, ou seja, com população de até 20.000 habitantes e destes 14 possuem hospitais.

Eis então um ponto de partida e inflexão analítica que estrutura toda a pesquisa desenvolvida neste trabalho. Partindo de uma análise crítica dos indicadores de desempenho dos HPP e da constatação de sua permanência e reprodução na realidade das

políticas públicas de saúde, realiza-se um estudo minucioso que busca compreendê-los na intersecção dos campos sociais (médico, econômico, social, político) nos quais se realizam.

Para isso, algumas perguntas-chave que guiam a problematização da tese se desdobram em reflexões que serão trabalhadas nos capítulos subsequentes. Entre as principais questões, destacam-se: O que mantém os HPP estabelecidos enquanto instituições operantes nos municípios de pequeno porte? Quais papéis desempenham nas lógicas de interação social e política nesses municípios? Quais representações sociais são evocadas por gestores, funcionários e usuários a respeito dos HPP? Quais são seus limites e possibilidades em termos de cuidados de saúde?

Para trabalhar com as questões mencionadas, e outras, fez-se necessário acessar, adaptar e apresentar um arsenal teórico e metodológico capaz de ser operacionalizado na interface entre as áreas da saúde coletiva, médica, política e social. Isto é, uma teoria que fornecesse meios para explicar como, por que e quais os principais fatores compõem a lógica de funcionamento e reprodução dos HPP.

A principal referência nesse sentido foi a teoria sociológica dos campos sociais de Pierre Bourdieu (1930-2002), especialmente no que se refere ao estabelecimento dos valores simbólicos produzidos nas instituições sociais e mobilizados pelos agentes em suas práticas cotidianas. E é a partir dela, melhor explicitada a seguir, que iniciamos o percurso de reflexão desta tese.

REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Ao analisar um fenômeno social, deve-se levar em consideração que nem sempre as abordagens tradicionais são eficazes para responder aos problemas que a realidade nos impõe. Nesses momentos, a prática de pesquisa incita a criação de novas estratégias capazes de permitir, por meio de uma ótica inovadora, a construção de saberes ainda não trabalhados em uma espécie de alternância de foco e da colocação de nova luz sobre problemas antes vislumbrados.

O problema que se coloca como objeto da pesquisa – fenômenos ligados a administração pública da saúde – se aproveita da constatação acima sobre o ajuste de foco da pesquisa, e tenta buscar entendê-los segundo um conjunto teórico pouco usado para essa abordagem. O objetivo que se propõe é conseguir repetir o que acontece com estudos sobre os fenômenos sociais em geral, ou seja, chamar atenção para fatores não percebidos antes ou ainda abrir espaço para novas discussões, intervenções e novos trabalhos.

Tendo em vista essa postura inovadora, a proposta desse texto é refletir sobre o papel dos hospitais (regra geral constituem-se em HPP), em especial os de MPP e da ligação destes dentro das normativas do SUS no que diz respeito aos programas de atendimento em RAS tais como a RUE e da Rede Mãe Paranaense e também dos desafios para os agentes públicos em realizar a gestão desses hospitais. O foco teórico para a análise desse objeto é o conjunto de conceitos formulados para entender a sociedade moderna, do sociólogo francês Pierre Bourdieu (1930-2002).

O trabalho realizado por Bourdieu refere-se à construção de um saber capaz de entender a sociedade desvinculada da visão puramente materialista que colocava as questões econômicas e materiais como sendo, exclusivamente, determinantes das relações humanas e, como consequência, das instituições sociais. No lugar desse determinismo economicista, o autor apresenta uma série de conceitos que articulam fenômenos para além das questões materiais e econômicas que colaboram com o entendimento da lógica de organização da sociedade, estabelecendo regras de poder, classes sociais, dominantes e dominados.

Mais precisamente, a teoria de Bourdieu é uma proposta que visa superar o problema de origem de toda reflexão sociológica, o equilíbrio entre uma análise desde o ponto de vista da coerção da estrutura social e aquele do ponto de vista da agência dos sujeitos/indivíduos em interação. Sua postura sempre foi a de crítico, tanto em relação aos extremos materialistas e estruturalistas quanto aos idealistas e interacionistas. Sua proposta

teórica era justamente trabalhar com categorias que cobrissem ao mesmo tempo a reprodução social de estruturas mais amplas e os efeitos das ações de sujeitos sócio-históricos. Isso sempre perseguindo o desvelamento dos mecanismos de distinção e poder que constituem as relações sociais.

Os conceitos levantados por Bourdieu e utilizados no decorrer deste texto servirão de mecanismo para entendermos a teia de valores culturais e simbólicos que sustentam a lógica da manutenção dos HPP, uma vez que podemos levar em consideração que nem sempre a eficácia dessas instituições se justifica pelo extenso orçamento necessário para sua manutenção, ou, ainda, pelo fato de que os interesses da população e dos gestores de saúde desses HPP nem sempre compactuam com os propostos pelas diretrizes do SUS. A intenção é revelar que, além de questões econômicas ou legais, outros elementos com valores instituídos no interior dos campos sociais nos quais se realizam os HPP colaboram com a manutenção dessas instituições, atendendo mais aos interesses daqueles que controlam as questões políticas nessas pequenas cidades do que mesmo a população ou ainda as diretrizes determinadas pelos órgãos de gestão de saúde de caráter estadual e até nacional que buscam efetivar o funcionamento da saúde pública no país.

O referencial teórico de Bourdieu apresentado nesse capítulo servirá de arcabouço teórico para a discussão que ocorrerá nos outros capítulos do texto. O objetivo da análise realizada, com base nos dados obtidos por meio de entrevistas com membros da equipe de administração pública dos hospitais nessas cidades de pequeno porte, é evidenciar como as relações sociais entre os envolvidos colaboram com a construção de um jogo de interesses simbólicos que ocupa papel central na manutenção dos hospitais e que extrapola sua simples eficiência em termos de promoção de saúde. Por último, as conclusões e possíveis desdobramentos que o trabalho com os conceitos de Bourdieu levantaram servirão para a construção de um novo olhar sobre a questão da administração pública da saúde.

Um olhar puramente voltado para as questões de eficácia e da gestão dos HPP talvez não seja capaz de elencar os diversos matizes que essa atividade possui. É o trabalho com várias correntes teóricas que pode colaborar com esse novo objetivo.

2.1 CONCEITOS CLÁSSICOS DE BOURDIEU, SUAS DEFINIÇÕES E FORMAS DE ANÁLISES

Os estudos feitos pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu refletem sobre diversas áreas da sociedade. Seus objetos de pesquisas heterodoxos desde a arte, culinária, casamento no mundo rural, fotografia, alta costura, a linguística, o campo jurídico,

acadêmico, médico, permitiram-lhe tecer uma poderosa teoria para compreender a vida social. Seria imprudente delimitar um tema central na obra bourdiesiana, contudo, talvez, seja apenas possível afirmar que sua obra vem sendo apropriada com mais ênfase pelos estudos sobre a educação. O grande mérito desse autor foi desenvolver e aperfeiçoar, a cada novo estudo, conceitos-chave que elucidam as relações sociais em suas múltiplas facetas.

Ao estudarmos os conceitos de Bourdieu devemos levar em consideração as características biográficas do autor. Boa parte de suas preocupações para com a construção de sua forma de olhar a sociedade se deve à sua própria história de vida. Bourdieu, filho de uma família humilde, nascido numa região interiorana da França passou toda a sua formação inicial estudando com filhos de camponeses e operários. Seus estudos secundários foram feitos numa cidade vizinha onde as habilidades esportivas de Bourdieu lhe valeram muita fama como atleta de esportes como Rúgbi. (GRENFELL, 2018; JOURDAIN; NAULIN, 2017).

Já nos ensinos superiores, Bourdieu ingressou na famosa École Normale Supérieure para cursar filosofia e nesse novo contexto educacional percebe que o espaço recém-ocupado por ele não era mais o mesmo espaço dividido por humildes filhos de operários ou de interioranos, mas estava ele agora junto a um grande número de jovens de famílias ricas da capital da França. Ele pôde perceber na própria pele o que é ter uma desvantagem linguística, cultural, em relação aos colegas, na própria academia. Essas experiências provavelmente inspiraram uma série de reflexões a respeito do capital simbólico e linguístico como bem de classe, hereditário e regional. Anos mais tarde ele escreveu uma eloquente obra sobre o assunto: “A Economia das Trocas Linguísticas” de 1998, na qual trata seriamente dos efeitos de sentido e do valor atribuído ao domínio de uma língua legitimada como a oficial do universo culto de um país. (GRENFELL, 2018; JOURDAIN; NAULIN, 2017).

Bourdieu desenvolveu ao longo de sua trajetória como sociólogo uma teoria que desse conta de explicar como valores que extrapolam as questões econômicas, materiais e imediatamente objetivas organizam e influenciam as relações entre os indivíduos. Ele percebeu que, mesmo estando todos no mesmo nível de formação, alguns dos seus colegas de turma, que haviam estudado em outras instituições mais tradicionais ou ainda aqueles que frequentavam os recantos intelectuais da França, dominavam uma série de saberes ligados à cultura erudita da época de forma que tais valores estivessem manifestos em suas práticas cotidianas como se lhes fossem naturais. A condição de possuir esses saberes fazia com que esses indivíduos ocupassem uma posição superior em relação aos demais, colocando-os no

papel de dominantes, mesmo quando as relações de dominação estabelecidas não envolvessem bens materiais.

Esse é o ponto de partida biográfico para os estudos de Bourdieu que lhe permitiu pensar na manifestação social do poder simbólico que culmina na teoria dos campos e dos respectivos capitais. Não apenas a percepção da relação de dominação que não se faz simplesmente por questões econômicas e que se constrói com base nas características de cada organização social – as instituições educacionais por exemplo – mas, também, a naturalidade como alguns indivíduos se apropriam desses capitais e os utilizam no campo das práticas em oposição àqueles que, desprovidos desses mesmos saberes/capitais ocupam a posição de dominados. Essas indagações levaram Bourdieu à construção de quatro conceitos centrais da sua teoria que, entrelaçados, conseguem atribuir sentido à organização e interpretação da sociedade moderna. Os conceitos bourdesianos que trabalharemos neste referencial são: poder simbólico, campo, habitus e capital (particularmente o capital simbólico).

Esses conceitos foram utilizados por Bourdieu para construção de suas teorias, os quais ajudam-nos a compreender a prática existente no campo da saúde dos municípios de pequeno porte.

Baseado nos conceitos de Bourdieu, nossa prática é resultado das relações entre nossas disposições estruturadas e estruturantes (habitus) e nossa posição num determinado campo da prática social. Aquele é determinado por toda nossa trajetória de vida, do nascimento à morte, e esta (nossa posição) pelo volume de capital relativo que dispomos em cada campo. Trata-se de capital relativo pelo fato de que os capitais são valores instituídos em lógicas de produção diferentes, de acordo com as diferentes regras dos jogos de cada campo da prática social. Pode-se pensar, por exemplo, no capital artístico que se institui no interior de relações entre artistas reconhecidos e críticos desse campo. Mesmo quando um mecenas com muito capital econômico procura se imiscuir no campo artístico através da influência de seu respectivo capital, sua posição no campo nunca será reconhecida como a de dominante diante de um renomado pintor ou escultor que auferiu grande volume de capital artístico através dos jogos e interações próprias desse campo. Isto é, com suas regras, rotinas, expectativas e crenças.

Essa formulação concisa enfatiza um aspecto de importância crucial para compreender a abordagem de Bourdieu: a natureza entrelaçada de suas três principais “ferramentas de pensar”: *habitus*, campos e capital. Portanto, as práticas não são simplesmente o resultado de nosso *habitus*, e sim de relações entre nosso *habitus*, as circunstâncias dadas pelas lógicas de interação e relações de força no interior dos campos

sociais nos quais estamos inscritos. Dito de outro modo, nós não podemos compreender as práticas dos atores em termos apenas de seus *habitus* – o *habitus* representa uma parte da equação; a natureza dos campos onde ele está ativo é igualmente crucial, o que pode ser expresso por meio de uma equação:

$$\text{Equação: } [(\text{habitus})(\text{capital})] + \text{campo} = \text{Prática}$$

2.1.1 Conceito de Poder Simbólico

Para entendermos o pensamento sociológico de Bourdieu, o primeiro conceito formulado pelo autor a ser entendido é o conceito de poder simbólico. Esse, no entanto, é fruto da compreensão feita pelo autor da própria ideia de realidade social.

Como previamente mencionado, para construir sua teoria de sociedade, Bourdieu reflete sobre um tema clássico da sociologia que é a relação entre indivíduo e sociedade. Tema recorrente em clássicos da sociologia do século XIX, a concepção bourdiesiana explora elementos presentes em Max Weber, Émile Durkheim e Karl Marx. Isto é, sua teoria faz interface crítica com a Sociológica Clássica.

Partindo de uma concepção compreensiva que é crítica a uma visão determinista ou estruturalista da sociedade sobre o indivíduo, mas que, tampouco, aceita seu inverso, uma visão fenomenológica ou individualista, Bourdieu constrói uma teoria denominada praxeologia (teoria da prática) que trabalha em uma chave na qual a ação individual, estrutura social e poder estão entrelaçadas. Isto é, há uma forte influência entre a sociedade e as relações humanas que as formam. A proposta do autor é pensar não apenas no funcionamento da sociedade como instituição, mas, também, percebê-la enquanto elemento de construção, reconstrução e ressignificação social. Ao explicar essa relação, Bourdieu afirma que:

[...] não é só o sistema das relações objetivas que o mundo do conhecimento objetivista constrói, mas também as relações dialéticas entre essas estruturas objetivistas e as disposições estruturadas nas quais elas se atualizam e tendem a reproduzi-la, ou seja, o duplo processo de interiorização da exterioridade e exteriorização da interioridade; [...] supõe uma ruptura com o modo de conhecimento objetivista, ou seja, uma interrogação sobre as condições de possibilidade e sobre os limites do ponto de vista objetivo e objetivante que apreende as práticas do exterior como um fato consumado [...] (BOURDIEU, 2006, p. 1)

Ou seja, a proposta do autor é acreditar na íntima relação entre os indivíduos e a sociedade da qual eles fazem parte. A relação entre eles acontece de forma dialética e não

objetivista, traçando uma relação entre os valores da sociedade que influenciam o indivíduo e também aquilo que parte do indivíduo para a construção da sociedade. É nesse processo de interiorização da exterioridade e exteriorização da interioridade que se molda a sociedade. Ela não existe como fim em si, mas obedece a criação e reconstrução daqueles que vivem dentro dela.

A compreensão da sociedade dentro dessa lógica implica na percepção de que a estrutura social obedece a normas específicas, construídas dessas relações subjetivas, o que acaba por produzir uma série de valores também subjetivos que permeiam todas as demais esferas da sociedade, entre elas a valoração de capitais não financeiros capazes de mobilizar toda uma estrutura social de dominação.

Como reflexo dessa configuração da sociedade temos o conceito de poder simbólico. Bourdieu considera que a organização da sociedade, marcada pela subjetividade de sua configuração, colabora com a construção de valores que implicam numa diferenciação entre os indivíduos. Esses valores são múltiplos e nem sempre materiais ou visíveis. Esse conjunto de valores, conhecido pelos membros do conjunto social legitima a dominação de um grupo por outro. São esses valores que, mesmo sem ser universais ou materiais, organizam a relação de dominação dentro dos grupos sociais.

É esse conjunto de valores que recebe o nome de poder simbólico pelo autor. Segundo Bourdieu, o poder simbólico corresponde ao poder invisível capaz de ser exercido com a cumplicidade daqueles que estão sob sua influência (BOURDIEU, 2012, p. 7-8). Assim, parece que o poder simbólico ocupa uma função central na organização da sociedade que, mesmo aceitando sua existência descontínua, mantém usando desses valores como forma de organização das ações dos indivíduos em sociedade.

A concepção do autor ao redor da ideia de poder simbólico demonstra a opinião do mesmo sobre a questão da forma pela qual a sociedade é construída. A relação entre indivíduos e sociedade se torna tão marcante que a construção de valores simbólicos que justifiquem a dominação obedece às mesmas lógicas da construção da sociedade. Sendo assim, a grande diversidade de papéis que estabelece as relações sociais acabam por definir um contingente de capitais¹ não acessíveis, porém valorados por todos que sirvam de referência para a construção de posições privilegiadas dentro da sociedade.

É esse conjunto de capitais que organiza a vida em sociedade para Bourdieu

¹ Bourdieu utiliza o conceito de capital em todas as suas formas e não apenas na forma reconhecida pela teoria econômica. Mais a frente faremos distinção às diversas formas de capitais simbólicos utilizadas pelo sociólogo, tais como capital social, cultural, linguístico, científico etc.

e ocupa um papel tão importante para a definição desta como os capitais financeiros. O capital simbólico passa a legitimar o exercício de um poder simbólico, ou seja, a organização desigual da sociedade, pautada por valores nem sempre materiais, estabelece uma relação de desigualdade entre os atores sociais e organiza seus papéis dentro da lógica dessa sociedade. Por ser fruto dessa relação, o conceito de capital simbólico e seu desdobramento em um exercício de poder se faz presente de diversas formas e dentro de um conjunto de saberes compartilhados pelos membros dos grupos sociais. Entender as características desses grupos e o conceito de campo é o objetivo de estudo de nosso segundo conceito.

2.1.2 Conceito de Campo

O espaço social é constituído de uma pluralidade de campos sociais como o campo artístico, o campo econômico, o campo jornalístico, o campo político, o campo religioso, o campo acadêmico, o campo esportivo, etc.

A Teoria dos Campos de Pierre Bourdieu consiste em colocar em evidência a similaridade de estrutura, e, portanto, de funcionamento, entre estes diferentes domínios da vida social.

Segundo Lahire (2017, p. 65) “um campo é um microcosmo incluído no macrocosmo constituído pelo espaço social global (nacional ou, mais raramente, internacional)”. Em seus próprios termos:

Os campos são os lugares de relações de forças que implicam tendências imanentes e probabilidades objetivas. Um campo não se orienta totalmente ao acaso. Nem tudo nele é igualmente possível e impossível em cada momento. Entre as vantagens sociais daqueles que nasceram num campo está precisamente o fato de ter, por uma espécie de ciência infusa, o domínio das leis imanentes do campo, leis não escritas que são inscritas na realidade [...] (BOURDIEU, 2003, p. 27).

Dentro dessa perspectiva, Bourdieu (2018) destaca que um aspecto relevante sobre esse conceito é que as regras e os interesses sociais são específicos a cada campo. Assim sendo, pode se dizer que os elementos que mobilizam um gestor público de um hospital, bem como a maneira pela qual tal agente é mobilizado dentro de seu campo, são específicos e diferentes em relação a um professor da educação básica, por exemplo. O pertencimento a um determinado campo implica em ser dotado do conhecimento inconsciente do sentido do jogo como arte de antecipar praticamente o futuro incluído no presente. Não se

entra no jogo por uma decisão consciente, se nasce no jogo, com o jogo, e a relação de crença de *illusio*, de inversão é tanto mais total, incondicional quanto se ignora como tal (BOURDIEU, 2018).

Bourdieu (2018) aponta que o campo pode ser entendido como um espaço ou sistema estruturado com posições que são ocupadas pelos agentes de campo cujas práticas e estratégias só são compreensíveis quando se leva em conta a posição dos mesmos dentro do campo. Nesse sentido, destaca-se a oposição entre duas estratégias, a saber: conservação e subversão. Enquanto a primeira estratégia visa a manutenção do estado da relação da força existente e é, portanto, mais comumente utilizada pelos dominantes, a segunda estratégia objetiva a subversão contra a ordem dominante e é mais frequentemente usada pelos agentes dominados, tal como os recém-chegados no campo. Essa oposição de estratégias entre dominantes e dominados pode resultar em conflito. Assim, o campo pode ser considerado um espaço de lutas, marcado pela competição e/ou concorrência entre os agentes de campo que ocupam posições e estratégias distintas (BOURDIEU, 2018; LAHIRE, 2017).

Para melhor compreensão do campo e suas lutas, faz-se necessário ponderar que a posição dos agentes no espaço está relacionada à maior ou menor dotação de capital. É a distribuição desigual de capital no campo que resulta em dominantes e dominados e determina a estrutura do campo. Em outras palavras, o estado da relação de forças históricas entre agentes e instituições em confronto define a estrutura do campo (BOURDIEU, 2018; LAHIRE, 2017).

Portanto, tendo em vista que a posição dos agentes no espaço está relacionada à dotação de capital específico acumulado e que o capital está distribuído desigualmente no campo, o objetivo das lutas entre os agentes de distintas posições reside na apropriação do capital específico do espaço que pode ocorrer, por exemplo, pela obtenção do monopólio desse capital específico e/ou pela redefinição do mesmo (BOURDIEU, 2018; LAHIRE, 2017).

Também destaca-se que as posições acarretadas pela desigualdade de dotações entre dominantes e dominados só têm sentido uma em relação às outras. Ou seja, as posições criadas pela distribuição desigual de capital no campo só existem relacionalmente (BOURDIEU, 2018; LAHIRE, 2017).

O histórico de lutas entre as forças pela aquisição ou pela conservação de capital específico do campo é cristalizado por meio de regras e/ou instituições – tal como títulos de nobreza, de propriedade ou acadêmicos – que, por sua vez, permitem a perpetuação do campo.

Apesar da competição e/ou concorrência entre as distintas forças que compõem o campo, deve-se ressaltar que todos os agentes têm o interesse que o campo exista e, conseqüentemente, buscam manter uma cumplicidade objetiva acima das lutas que os opõem (BOURDIEU, 2018; LAHIRE, 2017). Ou seja, é preciso que os jogadores acreditem no jogo para que ele continue existindo. Isto posto, pode-se afirmar que a adesão coletiva ao jogo consolida o campo e é tanto causa quanto efeito da existência do jogo. Bourdieu (2018, p. 108-109) denomina *illusio* o fato “de ser tomado pelo jogo, de crer que o jogo vale o investimento, ou, [...] que vale a pena jogar” (do latim ludus= jogo).

Todo campo possui uma autonomia relativa: as lutas que se desenrolam em seu interior têm uma lógica própria, mesmo que o resultado das lutas (econômicas, sociais, políticas etc.) externas ao campo pese fortemente no desfecho das relações de forças internas.

A autonomização de um campo social específico leva em conta aspectos que são próprios a tal espaço. Por exemplo, as apostas dos campos político, econômico e artístico, são, respectivamente, o poder, a riqueza e o reconhecimento. Assim sendo, espera-se que o comportamento e as lutas de agentes que participam em um certo campo, ocorra em função da aposta e da manutenção/aquisição do capital específico a este campo (BOURDIEU, 2018; JOURDAIN; NAULIN, 2017).

A entrada de novos agentes ou a ascensão no seio do campo é determinada pelas regras de recrutamento. Por exemplo, para entrar no campo universitário deve-se defender uma tese, já a elevação da posição de um escritor em seu campo pode estar vinculada ao recebimento de um prêmio literário (BOURDIEU, 2018; JOURDAIN; NAULIN, 2017).

O Estado, assim como o Mercado na sociedade moderna capitalista, se constitui como metacampo pois interage com os demais campos influenciando as regras e intercambiando capitais. O Estado possui o poder de ditar as regras e impor uma visão oficial do mundo social, inclusive utilizando-se das suas instituições para legitimá-las (o pessoal técnico-burocrata), para disseminá-las e inculcá-las (escola) e aplicá-las (justiça). (BOURDIEU, 2018; JOURDAIN; NAULIN, 2017).

2.1.3 Conceito de *Habitus*

Habitus é uma tradução feita por Tomás de Aquino da noção aristotélica de *hexis* que designa as atitudes e aptidões corporais (maneira de se comportar, destreza..) incorporadas ao longo da educação e que fundam a capacidade de ação dos indivíduos. A

socialização inculca práticas (no caso dele, religiosas) que depois se tornam espontâneas. Vários outros autores retomam esse conceito, mas sem torná-lo um elemento central de uma teoria. Bourdieu se apropria de *habitus* inspirando-se nos autores citados e notadamente em Émile Durkheim, Norbert Elias, Marcel Mauss e Max Weber (BOURDIEU, 2018; JOURDAIN; NAULIN, 2017).

A mais célebre definição de *habitus* está no livro “O senso prático” (BOURDIEU, 2018, p. 87):

Os condicionamentos associados a uma classe particular de condições de existência produzem *habitus*, sistema de disposições duráveis e transponíveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, enquanto princípios geradores e organizadores de práticas e de representações que podem ser objetivamente adaptadas ao seu objetivo sem supor a intenção consciente de fins e o domínio expresso das operações necessárias para atingi-los.

Para Pierre Bourdieu o *habitus* é composto de:

- esquema de percepções (maneiras de perceber o mundo),
- de apreciações (maneiras de julgá-lo),
- de ações (maneiras de comportar-se),

que foram interiorizados e incorporados pelos indivíduos ao longo de sua socialização – durante a infância e idade adulta – de maneira mais ou menos inconsciente. Variam segundo as condições de existência e trajetória social de cada indivíduo. Bourdieu (2018) faz, no entanto, uma distinção entre *habitus* coletivo e *habitus* particular. O primeiro termo é empregado quando se faz referência a todo um conjunto de pessoas com condições comuns de existência e que se encontram em uma mesma situação socioeconômica. Por exemplo, *habitus* operário, *habitus* burguês etc. O segundo termo, em contrapartida, representa a ideia de que cada pessoa apresenta uma trajetória própria e uma posição particular. O *habitus* particular seria, portanto, uma variante do coletivo (BOURDIEU, 2018; JOURDAIN; NAULIN, 2017).

Um aspecto relevante sobre o *habitus* é que os indivíduos frequentemente mantêm as disposições adquiridas durante o processo de socialização mesmo diante de modificações socioeconômicas no espaço ao redor. Isso parece ocorrer porque as suas disposições tendem a se perpetuar e a resistir a modificações, visto que são duráveis por estarem incorporadas nos sujeitos (BOURDIEU, 2018; JOURDAIN; NAULIN, 2017). Assim, “o *habitus* é a presença atuante de todo o passado do qual é o produto: portanto, é o que confere às práticas sua independência relativa com referência às determinações exteriores do

presente imediato.” (BOURDIEU, 2018, p. 92).

Outra característica relacionada ao *habitus* é a tendência de criação de estilos de vida homogêneos. Tal fenômeno tem relação com a capacidade de transposição das disposições adquiridas em um contexto para outro. Por exemplo, as disposições adquiridas na formação do *habitus* no ambiente escolar podem ser transportadas para o contexto do trabalho.

Ao longo da história observamos diversos estilos de *habitus*, resultados de disposições adquiridas em escolas e que se transformam em “estilos”, muito comum em arquitetura, em cinema, em outras artes. Dai é comum utilizar-se a expressão que a escola cria o *habitus* (BOURDIEU, 2018; JOURDAIN; NAULIN, 2017).

Tal como foi destacado no início deste subtópico, o *habitus* é formado pela percepção, apreciação e ação (BOURDIEU, 2018). Em outras palavras, Maton (2018) indica que o *habitus* é marcado por um processo contínuo de fazer história a partir da captura de como carregamos nossa história dentro de nós, de como trazemos essa história para nossas circunstâncias atuais e de como fazemos escolhas de agir em certos modos e não de outros. Estamos em um processo permanente de fazer história, mas isso não ocorre sob condições que criamos completamente. Nesse sentido, as estruturas do *habitus* pensadas por Bourdieu têm certa estabilidade, mas são também passíveis de mudança. Nessa mesma perspectiva, apesar da evolução dos campos contextuais seguir uma própria lógica, vale destacar que os agentes exercem influência sobre tal mudança. Assim sendo, a compreensão da prática envolve, por um lado, o campo em evolução com os seus diferentes atores e, por outro, o *habitus* em evolução que foi levado ao campo pelos atores (BOURDIEU, 2018; MATON, 2018).

Outro aspecto relevante sobre o conceito *habitus* é que ele é a “interiorização da exterioridade e a exteriorização da interioridade”. Ou seja, de um lado as estruturas do mundo social são interiorizadas mediante a socialização entre os atores – esse fenômeno de interiorização da exterioridade do mundo social facilita a produção de comportamentos exigidos pelo contexto social sem a necessidade de compulsoriamente refletir sobre isso. De outro lado, a exteriorização da interioridade diz respeito à característica de estrutura estruturante de práticas (BOURDIEU, 2004).

Apesar de o conceito de *habitus* sinalizar que o comportamento dos agentes é, em alguma medida, previsível, haja vista que as estruturas objetivas do mundo social determinam as estruturas subjetivas dos atores, cabe ponderar que o *habitus* tem uma dimensão geradora que também é transformadora (BOURDIEU, 2004; WACQUANT, 2017).

Em síntese, o *habitus* é o conceito que Bourdieu utiliza para explicar a

lógica da prática social como algo que nem deve ser confundido com a interação social, nem com a própria regra da instituição. Acompanhando os termos do comentador Telmo Huberto Caria (2003, p. 34): “a prática não é produto da estrutura presente, mas antes “uma relação dialética entre a estrutura interiorizada pela história do grupo ou da classe social (*habitus*) e a estrutura social presente”.

Através do *habitus* os agentes participam da história objetivada das instituições. “[...] é habitar as instituições, apropriar-se delas de maneira prática, e portanto, mantê-las em atividade, em vida, em vigor [...]” (BOURDIEU, 2018, p. 93).

2.1.4 Conceito de Capital

Embora capital seja um conceito do campo de saberes e práticas da Economia, cabe lembrar que ele não se limita a tal área. Nesse sentido, o capital, na perspectiva bourdesiana, pode ser compreendido com um estoque de elementos e/ou componentes de um indivíduo, uma comunidade, um país etc. Além disso, o capital pode também ser uma forma de poupança, tem características de poder e pode, inclusive, ser investido e acumulado em determinados casos (BOURDIEU, 2018; LEBARON, 2017).

Bourdieu considera a existência de capitais de diferentes naturezas: capital econômico, capital cultural, capital social, capital simbólico, capital político. Cada espécie de capital é fruto de uma acumulação em vista de obter um proveito ou rendimento, material ou não.

Capital econômico: corresponde patrimônio que pode ser avaliado tanto em unidades monetárias quanto de modo físico, a saber: terras, bens imobiliários, automóveis, equipamentos, posses diversas (BOURDIEU, 2018; LEBARON, 2017).

Capital cultural: caracterizado por existir de três formas: em estado incorporado, sob a forma de disposições de saberes e de habilidades; em estado objetivado Por meio de livros, pinturas etc. e em estado institucionalizado, sob a forma de títulos escolares e acadêmico (BOURDIEU, 2018; JOURDAIN; NAULIN, 2017).

Capital social: “Conjunto de recursos ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de interconhecimento e inter-reconhecimento [...]” (BOURDIEU, 2012, p. 67).

Capital simbólico: corresponde ao “olhar” depositado, pelo “valor” dado ao indivíduo ou instituição (BOURDIEU, 2004; LEBARON, 2018). Em outras palavras, é uma espécie de medida do prestígio daquele – indivíduo, grupo, instituição etc. - que é avaliado.

Além da posição relacional e coletiva, é o estatuto simbólico, em sua dimensão mais concreta, que corresponde ao fato de ser “reconhecido” e “valorizado”. Vale lembrar que o capital simbólico está associado a outras formas de capital e que, para Bourdieu (2004), a sua defesa pode resultar em condutas ruins do ponto de vista econômico.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o papel dos hospitais localizados em municípios de pequeno porte na área da 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná no Sistema Único de Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar os hospitais quanto à natureza jurídica, capacidade instalada, desempenho, grau de complexidade.

Analisar a atuação dos hospitais nos sistemas local, regional e sua inserção nas RAS.

Analisar os desafios dos gestores, os fatores que interferem na gestão e o poder simbólico dos hospitais em MPP.

PERCURSO METODOLÓGICO

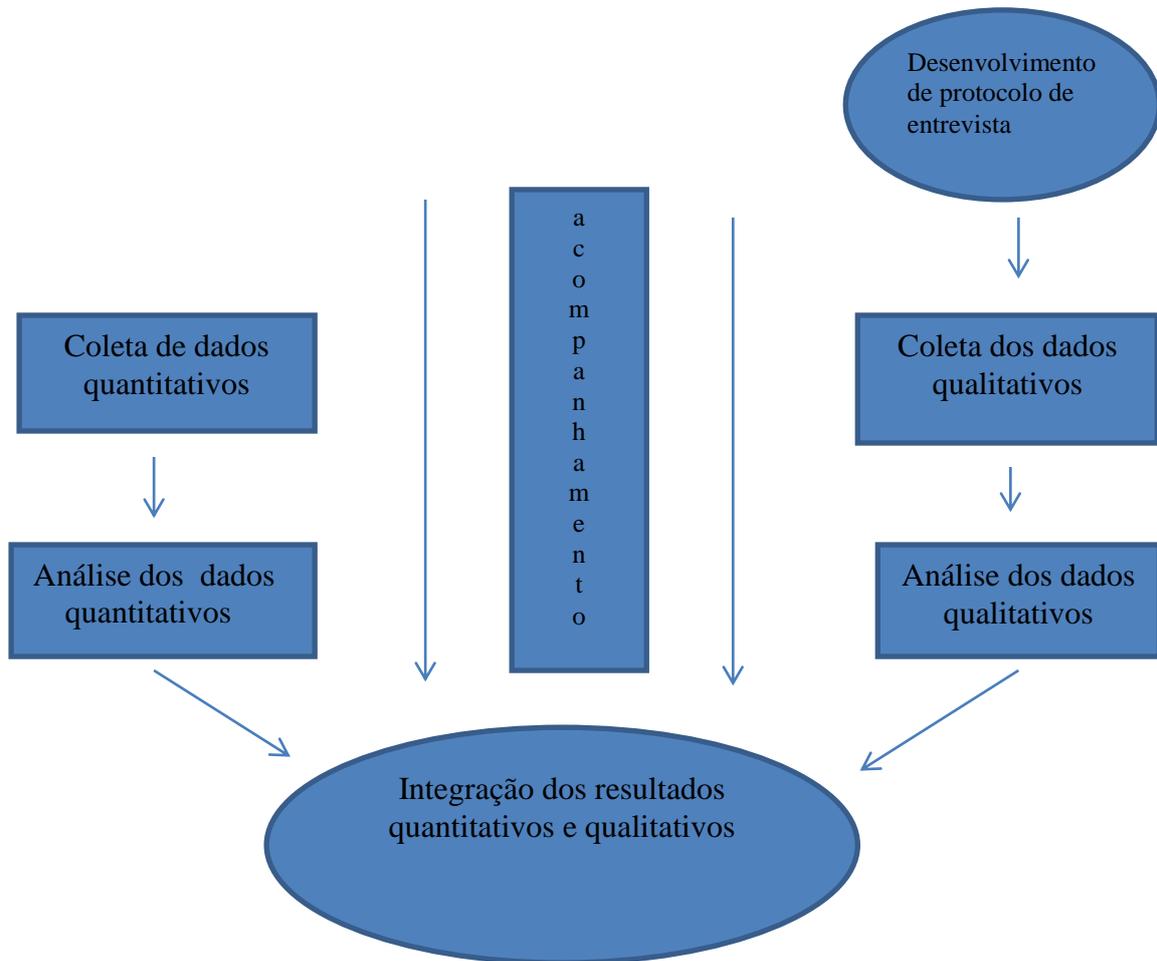
4 PERCURSO METODOLÓGICO

Este trabalho está vinculado ao grupo de pesquisa denominado Gestão do SUS – GESTSUS – do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina – PR.

A metodologia adotada deve orientar o caminho do pensamento que o objeto de investigação requer para melhor desenvolvimento do estudo, incluindo as concepções teóricas de abordagem e o conjunto de técnicas que possibilitem a compreensão da realidade pesquisada. Portanto, ao escolher a metodologia, considerou-se o problema estudado (MINAYO, 2004; MINAYO; DESLANDES, 2002).

Para abranger a máxima amplitude na explicação e compreensão do objeto do estudo, ou seja, para compreender como se caracterizam os hospitais nos MPP, como se dá a inserção destes no SUS, sua atuação nas RAS – redes de atenção à saúde - e como seus administradores enfrentam o desafio de realizar a gestão dessas unidades de saúde , desenvolveu-se um Estudo Exploratório de Natureza Analítica e Compreensiva. Trata-se de uma pesquisa orientada por métodos mistos, do tipo sequencial explanatório (CRESWEL; CLARK, 2013) ou seja, o pesquisador utilizará de técnicas quantitativas e qualitativas, efetivadas mediante estratégia de pesquisa de levantamento de dados, aplicação de entrevistas, na medida em que o próprio investigador, enquanto profissional de saúde, comprometido politicamente com o SUS, com a produção de conhecimentos estratégicos na área, reprodutor de conhecimento a certos grupos, condutor de negociação de proposições, facilitador de processos de aprendizagem, estará envolvido com o desenvolvimento da mesma. (Figura 1).

Figura 1 – Projeto sequencial explanatório



Fonte: Modificado de Creswell e Clark (2013).

Segundo Creswell e Clark (2013, p. 24):

Os problemas da pesquisa adequados aos métodos mistos são aqueles em que uma fonte de dados pode ser insuficiente, os resultados precisam ser explicados, os achados explanatórios precisam ser generalizados, um segundo método é necessário para melhorar o método primário, uma postura teórica necessita ser empregada e um objetivo geral da pesquisa pode ser mais bem tratado com fases ou projetos múltiplos.

Segundo esses mesmos autores, uma das vantagens de se utilizar os métodos mistos em pesquisas é que este método permite múltiplas visões do mundo, ou paradigmas (i.e., crenças e valores). Também nos estimula a pensar sobre um paradigma que possa abranger toda a pesquisa. Os pesquisadores que se utilizam dos métodos mistos podem usar uma lente teórica para melhor interpretação de seus resultados. Para tanto as teorias da ciência social são frequentemente utilizadas (CRESWELL; CLARK, 2013).

4.1 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nos 14 municípios de pequeno porte, que possuem hospitais, pertencentes à área administrativa da saúde compreendida pela 17ª Regional de Saúde – 17ª RS – localizada no norte do Estado do Paraná.

A figura 1 identifica a divisão do Estado do Paraná em Regionais de Saúde, e a figura 2 mostra em detalhes a 17ª RS.

Figura 2 - Regionais de Saúde do Paraná, 2018



Fonte: Paraná (2018a).

Figura 3 - Municípios da 17ª Regional de Saúde



Fonte: Paraná (2018b).

A 17ª RS é uma das 22 regionais administrativas da Secretaria de Estado da Saúde do PR – SESA. Compreende um conjunto de 21 municípios dos quais 17 são caracterizados como de pequeno porte, e, destes, 14 possuem hospitais. (Quadro 1)

As localidades com menos de 20.000 habitantes, segundo a Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004), são definidas como municípios de pequeno porte (BRASIL, 2005b).

Quadro 1 - Municípios com menos de 20 mil habitantes, que possuem hospitais, pertencentes à 17ª Regional de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2010

| Municípios | População |
|-----------------------|------------------|
| Alvorada do Sul | 10.298 |
| Assaí | 16.368 |
| Bela Vista do Paraíso | 15.080 |
| Centenário do Sul | 11.178 |
| Florestópolis | 11.220 |
| Jaguapitã | 12.256 |
| Jataizinho | 11.859 |
| Lupionópolis | 4.592 |
| Miraselva | 1.858 |
| Porecatu | 14.183 |
| Prado Ferreira | 3.434 |
| Primeiro de Maio | 10.832 |
| Sertanópolis | 15.637 |
| Tamarana | 12.232 |

Fonte: IBGE (2010).

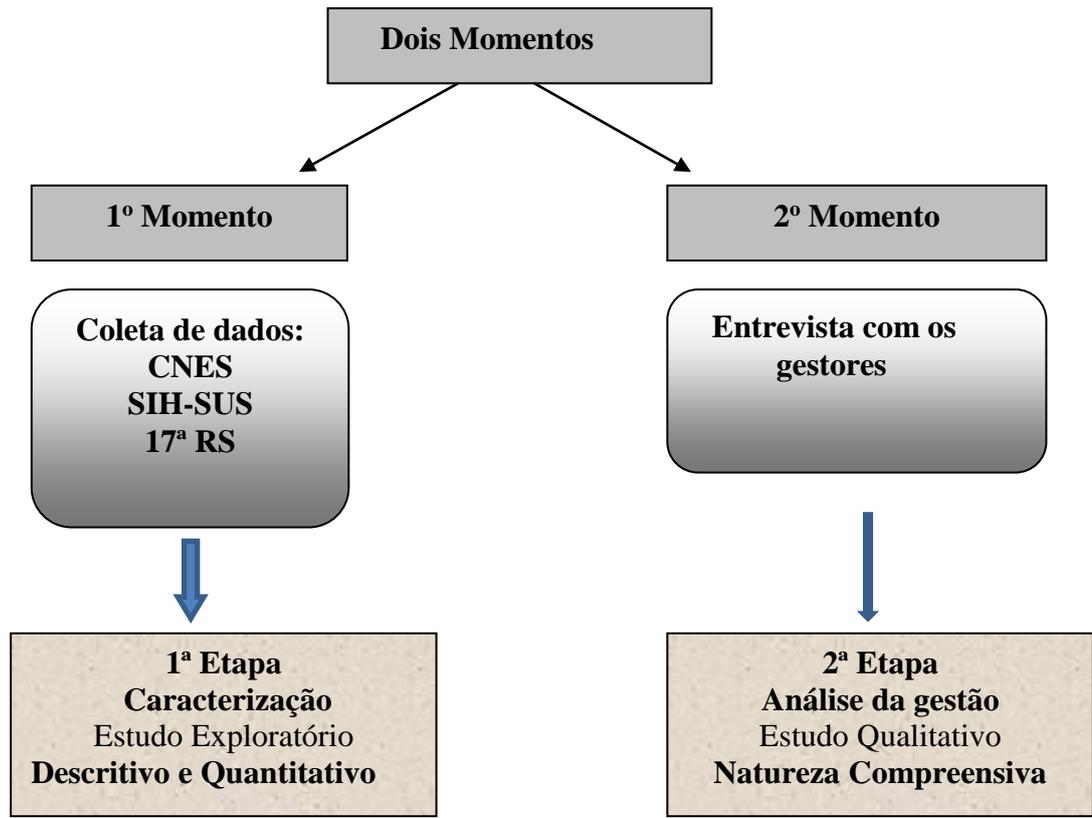
4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foi constituída por 14 secretários de saúde e sete diretores dos hospitais dos municípios pesquisados à época da coleta dos dados. Por meio de informação da diretoria da 17ª RS, foram identificados os secretários municipais de saúde dos municípios estudados e mantido contatos com os mesmos, visando à autorização de participação na pesquisa e da utilização de dados, bem como agendamento de entrevista e respectiva autorização da mesma. (Anexos 2, 3 e 4)

4.3 OBTENÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

A pesquisa foi desenvolvida em dois momentos. O primeiro, caracterizado pela coleta de dados de fontes secundárias, e, o segundo momento, dedicado às entrevistas. Ambos compreenderam também as respectivas análises dos dados obtidos (Figura 4).

Figura 4 – Fluxograma dos momentos de obtenção de dados da pesquisa



Fonte: O autor.

1º MOMENTO

Este momento, de natureza quantitativa, coletou e posteriormente analisou dados que permitiram caracterizar as instituições e analisar a produção dos hospitais. Para tanto utilizou-se a seguinte sequência de ações:

- Coleta de dados sobre os hospitais situados nos municípios de estudo. O dados obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES – do Departamento de Informática do SUS – DATASUS do Ministério da Saúde e também no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS, relativos ao ano de 2015. Para isso, foram selecionadas as seguintes informações: 1- tipo de instituição mantenedora, se pública ou privada; 2 - número de leitos e sua distribuição por clínicas; 4 – estrutura hospitalar, como salas de parto, salas de cirurgia, salas de recuperação pós-anestésica, pronto socorro, consultórios; 5 – pessoal; 6- número, tempo de permanência e valor das internações.

- Foram obtidos relatórios gerenciais dos hospitais junto à 17ª RS, relativos ao custo das internações, contribuições financeiras aportadas pela SESA-PR.

- Realizada tabulação dos dados obtidos;
- Análise dos dados: realizada através da análise de frequência absoluta e relativa e apresentados no formato de tabelas.

Os resultados e análise dos dados obtidos nessa etapa estão apresentados no capítulo 5 deste trabalho, através do Manuscrito 1: “Hospitais de Cidades Pequenas e sua inserção no SUS”.

2º MOMENTO

O segundo momento, de natureza qualitativa, visou compreender como se processa a gestão dos hospitais nesses municípios, incluindo a gestão da força de trabalho, a interferência política na gestão, a alocação de recursos financeiros, as principais dificuldades, a abrangência, importância, enfrentamento de problemas e estratégias utilizadas no cotidiano pelos gestores.

A escolha de uma metodologia qualitativa para essa etapa do trabalho se deu diante de situações, as quais foram determinantes para a compreensão do objeto de estudo, tais como atitudes, intenções, pressupostos e quadros de referência subjetivos e objetivos. Tratam-se de evidências que não são capturadas imediatamente por meio de informações estatísticas, e, portanto, demandam análise aproximada que enfatizam “as especificidades do fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser” (HAGUETTE, 2013, p. 59)

Segundo Minayo (2004, p. 10), a metodologia qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como “inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

Este momento constituiu-se das seguintes etapas:

- Elaboração de roteiro de entrevista (Apêndice 1);
- Validação de instrumento: realização de entrevistas com secretários de saúde de dois municípios não pertencentes à 17ª RS, sendo cada um de regionais de saúde diferentes;
 - Realização de entrevistas com os secretários municipais de saúde, no caso em que estes respondiam cumulativamente pela direção do hospital. Quando o hospital possui um diretor, que não o secretário, as entrevistas foram realizadas com a participação de ambos, totalizando 21 entrevistados.
 - A coleta de dados aconteceu por meio de entrevistas semiestruturadas

contendo questões relacionadas ao papel do hospital no contexto local e regional e sua inserção nas RAS, realizadas no período de março a dezembro de 2016. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

- As transcrições foram editadas visando eliminar vícios de linguagem e codificadas com a palavra município acrescentando um número de acordo com a ordem de realização das entrevistas e não por ordem alfabética, visando preservar o anonimato dos entrevistados.

- Análise das entrevistas: As entrevistas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2014).

- Os resultados e consequentes análises estão apresentados no capítulo 5 do presente trabalho, respectivamente por meio de Manuscritos 2: “Atuação dos hospitais de municípios de pequeno porte nas redes de atenção à saúde” e 3: “O Poder Simbólico e a Gestão dos Hospitais em Municípios de Pequeno Porte”

4.4 ASPECTOS ÉTICOS E DE BIOSSEGURANÇA

A realização deste estudo respeitou as normas relativas a pesquisas que envolvem seres humanos, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, sob o parecer nº1.440.160 (Anexo 1).

A realização do estudo foi previamente autorizada pela diretoria da 17ªRS (Apêndice 2 e 5) e pelos secretários dos municípios pesquisados. (Apêndice 3 e 6). Após a concordância em participar da pesquisa, os gestores foram esclarecidos sobre a gravação, sua participação e utilização anônima dos dados, e sua concordância em participar do estudo foi manifestada pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 4).

4.5 APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A apresentação e citação bibliográficas dos manuscritos no capítulo 5, componentes do presente trabalho, respeitam as normas editoriais dos periódicos a que foram submetidos.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos neste trabalho serão apresentados conforme os objetivos desta tese, no formato de manuscritos científicos com introdução, metodologia, resultados, conclusões e bibliografias próprias, seguindo as normas de edição dos periódicos a que foram submetidos, relacionados a seguir:

Objetivo 1: Caracterizar os hospitais quanto à natureza jurídica, capacidade instalada, desempenho, grau de complexidade. Manuscrito 1: Hospitais de Cidades Pequenas e sua inserção no SUS .

Objetivo 2: Analisar a atuação dos hospitais nos sistemas local, regional e sua inserção nas RAS. Manuscrito 2: Atuação dos hospitais de municípios de pequeno porte nas redes de atenção à saúde.

Objetivo 3: Analisar os desafios dos gestores na gestão dos hospitais. Manuscrito 3: O Poder Simbólico e a Gestão dos Hospitais em Municípios de Pequeno Porte.

Os manuscritos já se encontram em análise pelos respectivos conselhos editoriais dos periódicos a que foram submetidos.

5.1 MANUSCRITO 1

Hospitais de Cidades Pequenas e sua inserção no SUS²**Hospitales de Ciudades Pequeñas y su inserción en el SUS****Small Cities Hospitals and their insertion in SUS****Resumo**

Objetivo: Após 13 anos de implantação da Portaria GM/MS No 1.044 de 2004 este artigo tem o objetivo de descrever a caracterização dos hospitais de pequeno porte e sua adequação à política vigente e reafirma os resultados apresentados até então pela literatura. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado a partir de dados secundários obtidos de bases de dados nacionais: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES-MS), Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e o sistema de registro de dados hospitalares da Regional de Saúde. **Resultados:** Neste estudo mais de 90% dos hospitais em cidades pequenas da 17ª Regional de Saúde do Paraná são de pequeno porte. A oferta de leitos atende à estabelecida pela portaria do Ministério da Saúde nº 1.101/2002. Observou-se a extrema ociosidade da capacidade instalada, centros cirúrgicos inativos e baixíssima ocupação dos leitos hospitalares. **Conclusão:** Conclui-se que a forma de pactuação/contratualização isolada de cada hospital não surtiu os efeitos desejados. Sugere-se que uma nova vinculação ocorra de forma regionalizada e que se crie um sistema unificado de gestão.

Palavras-chave: Administração pública. Hospitais. Administração hospitalar. Tamanho das Instituições de Saúde. Cidades pequenas.

Resumen

Objetivo: Después de 13 años de implantación de la Ordenanza GM / MS No 1.044 de 2004 este artículo tiene el objetivo de describir la caracterización de los hospitales de pequeño porte y su adecuación a la política vigente y reafirma los resultados presentados hasta entonces por la literatura. **Método:** Se trata de un estudio transversal, descriptivo, que se realizó a partir de datos secundarios obtenidos de los registros nacionales: Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES-MS), Sistema de Informaciones Hospitalarias (SIH/SUS), datos hospitalarios de la Regional de Salud. **Resultados:** En este estudio más del 90% de los hospitales en ciudades pequeñas de la 17ª Región de Salud de Paraná son de pequeño porte. La oferta de lechos atiende a la establecida por la ordenanza del Ministerio de Salud n ° 1.101 / 2002. Se observó la extrema ociosidad de la capacidad instalada, centros quirúrgicos inactivos y bajísima ocupación de los lechos hospitalarios. **Conclusión:** Se concluye que la forma de pactación / contractualización aislada de cada hospital no surtió los efectos deseados. Se sugiere que una nueva vinculación ocurra de forma regionalizada y que se crea un sistema unificado de gestión.

² Manuscrito submetido ao periódico Cadernos de Saúde Coletiva.

Palabras clave: Administración pública. Hospitales. Administración hospitalaria. Tamaño de las Instituciones de Salud. Ciudades pequeñas.

Abstract

Objective: After 13 years of implementation of GM / MS Ordinance No. 1,044 of 2004, this article aims to describe the characterization of small hospitals and their adequacy to current policy and reaffirms the results presented so far in the literature. **Method:** This is a cross-sectional, descriptive study based on secondary data obtained from national databases: National Registry of Health Establishments (CNES-MS), Hospital Information System (SIH / SUS) and registry of data of the Regional of Health. **Results:** In this study, more than 90% of the hospitals in small cities of the 17th Regional of Health of Paraná are small. The supply of beds meets the established by the Ministry of Health nr. 1,101 / 2002. It was observed the extreme idleness of the installed capacity, inactive surgical centers and very low occupation of hospital beds. **Conclusion:** It is concluded that the form of agreement / contractualization isolated from each hospital did not have the desired effects. It is suggested that a new linkage occur regionally and that a unified management system be created.

Keywords: Public administration. Hospitals. Hospital administration. Health facility size. Small cities.

Introdução

É indiscutível a importância do hospital na organização no Sistema Único de Saúde, seja pelo tipo de serviços ofertados, seja pelo volume considerável de recursos destinado a esse nível de atenção. O setor hospitalar, além de realizar internações, é também responsável por um quarto das consultas ambulatoriais e por quase 80% dos atendimentos de urgência e emergência. Estima-se sua participação nos gastos do setor saúde em torno de 67,0% (1).

Os hospitais podem ser classificados, de acordo com o número de leitos, em: Pequeno porte: com capacidade de operação de até 50 leitos; Médio porte: de 51 a 150 leitos; Grande porte: de 151 a 500 leitos e acima de 500 leitos considera-se hospital de capacidade extra (2).

Em 2012 havia 7.219 hospitais cadastrados; destaca-se que, de acordo com os dados levantados pelo Conass para 2012, existiam 3.314 hospitais com até 50 leitos, sendo 1.621 municipais, 167 estaduais, 7 federais e 1.519 privados (3). No Brasil, cerca de 62% das instituições hospitalares (públicas e privadas) são hospitais de pequeno porte (HPP), responsáveis pela oferta de 18% dos leitos hospitalares. Frequentes no país, os HPP estão

distribuídos, majoritariamente, em municípios interioranos e com dimensões demográficas reduzidas, os pequenos municípios (4).

Apesar de serem numericamente expressivos, o desempenho dos HPP deixa a desejar. Segundo a Diretora do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência do Ministério da Saúde quanto menor o porte do hospital, menores são as suas taxas de ocupação, chegando ao patamar de 22% nos hospitais com menos de 50 leitos (5). Ainda, para a diretora, esses estabelecimentos possuem, em geral, baixa resolubilidade, possuem má relação custo-efetivo e, via de regra, não se caracterizam como um ponto de atenção em rede, ou seja, não têm claro qual sua missão nas redes de atenção à saúde (RAS) (5).

Os HPP, apesar de terem produzido (no ano de 2005), 21% das AIH pagas, faturaram apenas 12% do valor total pago pelo SUS a título de internações, o que se deve à baixa complexidade de suas internações e, conseqüentemente ao baixo valor da sua produção (4).

Especialistas em Economia da Saúde (6), corroboram essa análise e acrescentam que, dessa forma, a saúde financeira dos HPP é sempre prejudicada, visto que apresentam receitas SUS menores que seus custos. Além disso, as atividades e procedimentos de baixa complexidade são mal remuneradas nesses estabelecimentos, que recebem somente cerca de 25% do custo real dos mesmos.

No ano de 2004, com intuito de estimular a inserção dos HPP na rede hierarquizada de atenção à saúde, foi instituída, por meio da Portaria nº 1044/GM, a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP). Por esta política, hospitais com menos de 30 leitos foram estimulados a aderir voluntariamente a um processo de contratualização (com as Secretarias Estaduais de Saúde), com redefinição de seu papel na rede de serviços, estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas, e de um orçamento global, em substituição ao pagamento por internações (7).

Após a implantação da PNHPP, um estudo (4) realizou uma avaliação do desempenho dos HPP, no período de 2004 a 2006. Como resultado, não foi observada grande mudança no perfil de produção desses hospitais. Concluem que, “se analisados a estrutura e o perfil de sua produção, os hospitais de pequeno porte, no Brasil, não aderiram suficientemente à indução da redefinição do seu perfil”. Uma das hipóteses, apontada por esse resultado, teria sido o breve espaço de tempo após a contratualização desses hospitais e a coleta dos dados da referida pesquisa.

Passados mais de 10 anos da edição da PNHPP, propomos a realização de um novo estudo, em uma região composta por 13 HPP, todos localizados em pequenas cidades, com objetivo de identificar se há sinais de mudança desse perfil, por meio de análise da capacidade instalada, e de alguns indicadores de desempenho desses hospitais.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, sobre os hospitais localizados em cidades pequenas, com população de até 20.000 habitantes, pertencentes a uma região de saúde, localizada no norte do Estado do Paraná. Realizado a partir de dados secundários, analisou os seguintes aspectos: identificação dos municípios e hospitais, população, natureza jurídica das instituições, infraestrutura e pessoal dos hospitais e alguns indicadores hospitalares (taxa de leitos por habitante, valor médio da internação, média mensal de internação, média mensal de internação/leito, proporção de internações eletivas e de urgência).

Os dados foram obtidos de bases de dados nacionais: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES-MS), Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e o sistema de registro de dados hospitalares da Regional de Saúde. Foi realizada análise

descritiva (frequência absoluta e relativa), utilizando-se o programa Microsoft Excel e se referem ao ano de 2015.

Este estudo integra uma pesquisa de doutorado, desenvolvida em Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, denominada Hospitais em Municípios de Pequeno Porte: sua inserção no SUS, tendo sido a mesma submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição a que os pesquisadores estão vinculados, com parecer número: 1.440.160.

Resultados

A 17ª Regional de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) – PR é constituída por 21 municípios, destes 17 são MPP, e 14 deles têm hospitais, 13 com menos de 50 leitos, chamados de HPP. A tabela 1 apresenta a relação dos hospitais nesses municípios, a natureza jurídica e a distribuição dos leitos.

Tabela 1 – Distribuição dos Hospitais em MPP da 17ª RS, população, entidade mantenedora e leitos por hospital, Paraná, 2015.

| Município | População | Natureza Jurídica | Total de Leitos | Leitos/1.000 Hab |
|-----------------------|------------------|---------------------------------|------------------------|-------------------------|
| Alvorada do Sul | 11.057 | Público/Municipal | 21 | 1,8 |
| Assaí | 16.212 | Público/Municipal | 58 | 3,5 |
| Bela Vista do Paraíso | 15.612 | Público/Municipal | 26 | 1,6 |
| Centenário do Sul | 11.312 | Público/Municipal | 25 | 2,2 |
| Florestópolis | 11.205 | Público/Municipal | 22 | 1,9 |
| Jaguapitã | 13.174 | Público/Municipal | 29 | 2,2 |
| Jataizinho | 12.504 | Privado/Sociedade Emp. Ltda. | 19 | 2,3 |
| Lupionópolis | 4.859 | Público/Municipal | 16 | 3,2 |
| Miraselva | 1.885 | Público/Municipal | 10 | 5,3 |
| Porecatu | 13.973 | Público/Municipal | 49 | 3,5 |
| Prado Ferreira | 3.668 | Público/Municipal | 20 | 5,4 |
| Primeiro de Maio | 11.243 | Público/Municipal | 24 | 2,1 |
| Sertanópolis | 16.373 | Público/Municipal | 27 | 1,6 |
| Tamarana | 13.730 | Público/Municipal | 21 | 1,5 |
| TOTAL | 156.807 | | 367 | 2,3 |

Fonte: DATASUS (8).

Em relação à entidade mantenedora, 13 hospitais são públicos municipais (92,8%) e apenas um é privado com fins lucrativos. Dos 12 HPP públicos, oito estão contratualizados junto à Secretaria de Saúde do Estado, com vistas à implantação da PNHPP.

O total de leitos ofertados por esses hospitais é de 367, o que corresponde a 2,34 leitos por mil habitantes nessa região. Essa oferta de leitos está praticamente de acordo com o antigo parâmetro de 2,5 a 3,0 leitos por 1000 habitantes, da portaria nº 1101/MS de 12/06/2002 (9), que estipulava este número de forma estática e, portanto, foi revogada. A portaria 1631/MS de 01/10/2015 (10) estabelece maior flexibilidade na definição das necessidades assistenciais:

Art. 4º Os parâmetros de planejamento e programação são referenciais quantitativos indicativos, sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório, visando à equidade de acesso, à integralidade e à harmonização progressiva dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde. § 1º Os Estados e Municípios podem promover a sua alteração, realizando os ajustes necessários para adequação à realidade epidemiológica, demográfica, patamares de oferta e ao estágio de estruturação da Rede de Atenção à Saúde existente em seus territórios.

Do total de leitos dos 14 hospitais, quase a metade, 170 leitos (46,32%) são clínicos, 77 obstétricos (20,98%), 75 pediátricos (20,43%) e 45 cirúrgicos (12,26%). (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição do número de leitos hospitalares por clínica, nos MPP da 17ª RS do Paraná, 2015.

| Municípios | Leitos | | Cirúrgico | | Clínico | | Obstétrico | | Pediátrico | | Total |
|-----------------------|-----------|------|------------|------|-----------|------|------------|------|------------|---|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| Alvorada do Sul | 2 | 9,5 | 10 | 47,6 | 4 | 19,0 | 5 | 23,8 | 21 | | |
| Assaí | 15 | 25,8 | 19 | 32,7 | 13 | 22,4 | 11 | 18,9 | 58 | | |
| Bela Vista do Paraíso | 4 | 15,3 | 12 | 46,1 | 5 | 19,2 | 5 | 19,2 | 26 | | |
| Centenário do Sul | - | - | 12 | 48 | 7 | 28 | 6 | 24 | 25 | | |
| Florestópolis | 1 | 4,5 | 11 | 50 | 6 | 27,2 | 4 | 18,1 | 22 | | |
| Jaguapitã | 5 | 17,2 | 17 | 58,6 | 4 | 13,7 | 3 | 10,3 | 29 | | |
| Jataizinho | 2 | 10,5 | 10 | 52,6 | 4 | 21,0 | 3 | 15,7 | 19 | | |
| Lupionópolis | 2 | 12,5 | 6 | 37,5 | 5 | 31,2 | 3 | 18,7 | 16 | | |
| Miraselva | - | - | 6 | 60 | 2 | 20 | 2 | 20 | 10 | | |
| Porecatu | 4 | 8,1 | 26 | 53 | 8 | 16,3 | 11 | 22,4 | 49 | | |
| Prado Ferreira | 1 | 5 | 10 | 50 | 5 | 25 | 4 | 20 | 20 | | |
| Primeiro de Maio | 5 | 20,8 | 9 | 37,5 | 5 | 20,8 | 5 | 20,8 | 24 | | |
| Sertanópolis | 3 | 11,1 | 13 | 48,1 | 5 | 18,5 | 6 | 22,2 | 27 | | |
| Tamarana | 1 | 4,7 | 9 | 42,8 | 4 | 19 | 7 | 33,3 | 21 | | |
| TOTAL | 45 | | 170 | | 77 | | 75 | | 367 | | |

Fonte: DATASUS (8).

Essa preponderância de leitos clínicos ocorre em 13 hospitais. Apenas o hospital com mais de 50 leitos apresentava uma distribuição mais homogênea dos leitos nas diferentes clínicas.

Esses hospitais possuíam cadastro de estruturas destinadas ao atendimento ambulatorial (consultórios, sala de curativo, sala de observação, dentre outras). Além dessa estrutura, todos os hospitais contavam com uma ou mais salas de cirurgia cadastradas, e a maioria possuía também sala de recuperação, parto e pré-parto.

Dentre as categorias profissionais cadastradas no CNES as equipes de enfermagem e médica eram as mais expressivas. Do total da equipe de enfermagem, os auxiliares correspondiam a 55 %, seguida dos enfermeiros com 29% e os técnicos representavam 16%. Os clínicos-gerais somavam 75% do total de médicos cadastrados nos hospitais, enquanto que os pediatras correspondiam a apenas 4%.

A Tabela 3 apresenta a distribuição de internações por tempo de permanência e caráter de atendimento. O número total de internações hospitalares no período de janeiro a dezembro de 2015 foi de 5.049. O hospital com o maior número de internações foi Assaí, com 1.403 representando 27,8% do total e o menor foi Prado Ferreira com 57 internações no ano (1,1%). Os HPP realizaram 3.646 internações, e, se considerados apenas os HPP contratualizados, este número cai para 1.515 (uma média de 126 internações/mês). O maior número de internações teve duração de até quatro dias (85,0%), o que foi comum para todos os hospitais estudados.

Tabela 3 – Distribuição das internações hospitalares por tempo de permanência e caráter de atendimento nos MPP da 17ª RS do Paraná, 2015.

| Permanência Município | (Internações Hospitalares) | | | | | | | | Eletivo | Urgência | Total |
|------------------------------|----------------------------|------------|-------------|-------------|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|-------------|-------------|
| | 0 dia | 1 dia | 2-4 dias | 5-7 dias | 8-14 dias | 15- 21 dias | 22- 28 dias | 29 dias e + | | | |
| Assaí | 44 | 252 | 1014 | 77 | 14 | 2 | - | - | 2 | 1401 | 1403 |
| Bela V Paraíso | 16 | 86 | 355 | 91 | 20 | 2 | - | - | 39 | 531 | 570 |
| Centenário Sul | 1 | 12 | 161 | 24 | 4 | - | - | - | 1 | 201 | 202 |
| Florestópolis | - | 74 | 175 | 25 | 12 | - | - | - | - | 286 | 286 |
| Jaguapitã | 78 | 36 | 155 | 67 | 26 | 7 | 1 | - | - | 370 | 370 |
| Jataizinho | 2 | 22 | 743 | 75 | 9 | 1 | - | 2 | 1 | 853 | 854 |
| Lupionópolis | - | 24 | 60 | 10 | 3 | 1 | - | - | - | 98 | 98 |
| Miraselva | - | - | 48 | 9 | - | - | - | 1 | - | 58 | 58 |
| Porecatu | 4 | 62 | 201 | 37 | 14 | 1 | - | 5 | 6 | 318 | 324 |
| Prado | - | 3 | 37 | 13 | 4 | - | - | - | - | 57 | 57 |
| Ferreira Primeiro Maio | 4 | 32 | 75 | 56 | 10 | 2 | - | - | - | 179 | 179 |
| Sertanópolis | - | 16 | 277 | 59 | 24 | 2 | - | 4 | 25 | 357 | 382 |
| Tamarana | - | 63 | 161 | 30 | 11 | - | - | 1 | - | 266 | 266 |
| Total | 149 | 682 | 3462 | 573 | 151 | 18 | 1 | 13 | 74 | 4975 | 5049 |

Fonte: DATASUS (8).

A quase totalidade das internações (98,5%), ocorreu em caráter de urgência enquanto o eletivo correspondeu a apenas 1,5% das internações.

Os dados hospitalares referentes à internação do município de Alvorada do Sul não foram apresentados por não constarem no SIH. Os motivos que impediram esse hospital de realizar internações nesse ano não foi objeto deste estudo.

A Tabela 4 apresenta as internações por especialidade, por valor médio da internação, número médio mensal de internações por hospital e por leito.

Tabela 4 – Distribuição das internações hospitalares por especialidade e indicadores hospitalares nos MPP do Paraná, 2015.

| Especialidade | | | | | | Valor | Nº. Médio | Nº. Médio |
|----------------------|------------|------------|-------------|------------|-------------|------------------|-------------------|--------------|
| Município | Cirúrgica | Obstétrica | Clínica | Pediátrica | Total | Médio Internação | Mensal Internação | Mensal/Leito |
| Assaí | 193 | 172 | 998 | 40 | 1403 | 979,32 | 117 | 2,01 |
| B. V. Paraíso | 13 | 177 | 312 | 68 | 570 | 844,15 | 47 | 1,82 |
| Centenário Sul | - | 2 | 190 | 10 | 202 | 644,68 | 17 | 0,67 |
| Florestópolis | - | 96 | 159 | 31 | 286 | 749,70 | 24 | 1,08 |
| Jaguapitã | - | 29 | 307 | 34 | 370 | 846,99 | 31 | 1,06 |
| Jataizinho | 5 | 1 | 848 | - | 854 | 1.028,90 | 71 | 3,74 |
| Lupionópolis | 4 | 6 | 78 | 10 | 98 | 672,66 | 8 | 0,51 |
| Miraselva | - | - | 53 | 5 | 58 | 576,87 | 5 | 0,48 |
| Porecatu | 5 | 6 | 270 | 43 | 324 | 478,33 | 27 | 0,55 |
| Prado Ferreira | - | - | 56 | 1 | 57 | 444,35 | 5 | 0,23 |
| Primeiro Maio | - | - | 179 | - | 179 | 571,50 | 15 | 0,62 |
| Sertanópolis | 60 | - | 288 | 34 | 382 | 861,75 | 32 | 1,17 |
| Tamarana | - | 8 | 197 | 61 | 266 | 517,46 | 22 | 1,05 |
| Total | 280 | 497 | 3935 | 337 | 5049 | 840,06 | 421 | 1,26 |

Fonte: DATASUS (8).

Observa-se que as internações clínicas são as mais recorrentes, das realizadas pelos hospitais (77,9%), seguidas das obstétricas (9,8%), pediátricas (6,6%) e cirúrgicas (5,5%).

Além disso, somente dois hospitais realizaram internações cirúrgicas em número significativo, permitindo inferir que somente essas instituições realizam rotineiramente procedimentos cirúrgicos. Dos oito HPP contratualizados, em apenas um deles registrou-se a ocorrência de internação cirúrgica em 2015 (e neste ocorreu apenas quatro internações). Vários hospitais realizaram internações pediátricas e obstétricas, porém não possuíam médicos especialistas destas áreas cadastrados no CNES, o que permite concluir que os clínicos-gerais estão realizando essas atividades.

Na soma de todos os hospitais, o número médio mensal de internações foi de 421 para o total de 346 leitos (excluem-se os leitos de Alvorada do Sul, que no ano de 2015 não realizou internações), alcançando a irrisória taxa de 1,21 internações mensais por leito, em média. A menor taxa foi de 0,23 e a maior 2,01 (justamente no único hospital com mais de 50 leitos) entre os hospitais públicos. O único hospital privado apresentou a média de 3,74 internações/leito por mês, destoante do perfil dos demais HPP estudados.

O valor médio das internações dos hospitais foi de R\$ 840,06 variando de R\$ 444,35, justamente no hospital que realizou menor número de internações, e de R\$1.028,90 para as internações realizadas no hospital privado. Destaca-se que, apesar de apresentar o maior valor médio, essa instituição privada apresentou número reduzido de internações cirúrgicas e tem cadastrados poucos equipamentos e serviços especializados nos registros do CNES, o que leva a supor a existência de distorções na emissão das AIH para essa instituição.

Discussão

Os HPP representam hoje mais de 50% das instituições hospitalares do país e estão distribuídos de forma bastante capilarizada em termos geográficos, atuando de maneiras distintas e de acordo com sua localização (5). Isso se verifica na região estudada, pois, dentre os 17 municípios com menos de 30 mil habitantes da região, apenas três não possuem hospital em seu território.

Em relação à oferta de leitos hospitalares à população, constata-se que esta tem diminuído na maior parte do mundo desenvolvido. Os avanços tecnológicos, novas drogas, procedimentos e técnicas reduzem fortemente a permanência hospitalar permitindo melhor aproveitamento (giro) dos leitos existentes (11).

Ao avaliar a oferta de leitos por esses hospitais na região, verifica-se que nos 13 municípios com HPP, o número de leitos existentes supera o recomendado. Chega-se a essa conclusão ao aplicar os parâmetros estabelecidos pela PNHPP, com intuito de redefinir a necessidade de leitos desses hospitais, baseados em critérios populacionais e parâmetros hospitalares (10).

Por esses parâmetros, o número de leitos ajustados para esses municípios seria de 120, o que é bem inferior aos 309 disponíveis nos 13 municípios. Considera-se que um desenho de necessidade de leitos, fundamentado no perfil epidemiológico regional, que tenha clareza da

missão de cada estabelecimento hospitalar nas RAS e que promova a resolubilidade dos leitos deve preceder às decisões de construção de hospitais (5).

No entanto, essa recomendação certamente não foi adotada na região estudada porque a maioria desses hospitais existe de longa data, alguns deles eram hospitais privados e foram municipalizados à época da implantação do SUS e estudos aprofundados sobre a necessidade da manutenção desses hospitais na região não ocorreram. Outros fatores diferentes da questão da eficácia dos hospitais, enquanto instituições de saúde, foram levados em consideração para a decisão de manutenção dos mesmos em descumprimento das normatizações legais.

Esses fatores podem ser entendidos como um conjunto de valores de cunho simbólico/cultural que, assim como os fatores objetivos que organizam as instituições, exerce tanta pressão para o funcionamento da sociedade como os demais. Essa ideia pode ser melhor apresentada compreendendo algumas teorias de Pierre Bourdieu, sociólogo francês da segunda metade do século XX, Pierre Bourdieu (12).

O principal conceito da teoria formulada por Bourdieu é o de poder simbólico. Segundo o autor, a organização da sociedade é marcada pela subjetividade de sua configuração e construída em meio a uma série de valores que implicam numa diferenciação entre os indivíduos. Esses valores são múltiplos e nem sempre materiais ou visíveis, obedecem e são, ao mesmo tempo, determinantes da construção social. Assim, parece que o poder simbólico ocupa uma função central na organização da sociedade que, mesmo aceitando sua existência descontínua, mantém usando desses valores como forma de organização das ações dos indivíduos em sociedade (12).

A proposta é pensar a questão da valorização dos hospitais dentro da lógica esboçada por Bourdieu e interrogar que tipo de capitais simbólicos e culturais os hospitais representam enquanto instituição social, a fim de perceber por que, mesmo com questionamentos sobre a

real eficácia desses para a questão de saúde, os municípios de pequeno porte ainda os mantêm.

É provável que este poder simbólico esteja alicerçado no modelo hospitalocêntrico, ainda hegemônico no SUS, o que contribui para reforçar os problemas do setor saúde. O modelo, centrado no hospital, predominantemente inserido no imaginário popular, está historicamente associado à forma como o Brasil, ao longo dos anos, enfrentou os problemas de saúde, buscando solucioná-los basicamente a partir da doença e preponderantemente em instituições hospitalares (5).

Além do mau desempenho, ou seja, de sua baixa produtividade em termos do número de internações produzidas, questiona-se também sobre a resolubilidade dessas internações, ou seja, se seriam de fato necessárias. Precisaria repensar a realidade dos leitos, pois, um hospital de 50 leitos deveria atender a várias cidades de 20 mil habitantes, o que ocorreria se estivessem instituídas, de forma efetiva, a microrregionalização e a regulação da atenção. Essas questões estavam previstas quando da edição da PNHPP.

Com relação à atuação desses hospitais na região estudada, verificou-se que, após mais de 10 anos da publicação da PNHPP, dos 12 HPP existentes e que atendiam aos critérios de adesão, oito realizaram a adesão a essa política.

Ao analisar os parâmetros recomendados para HPP quanto ao número de internações, considerando a necessidade de 0,05 internações/habitante/ano (ou seja, estima-se que 5% da população deveria ser internada nos HPP/ano), conclui-se que deveriam ter sido realizadas 7.028 internações nos 13 HPP da região para atender essa estimativa. Ainda, segundo estes parâmetros assistenciais estabelecidos para os HPP, essas internações deveriam se distribuir em 20% cirúrgicas, 30% clínicas, 30% obstétricas e 20% pediátricas. Acontece que, nesses hospitais ocorreu um número bem menor de internações (3.646 internações no ano de 2015), o que correspondeu a 0,02 internações (apenas 2% da população se internou nesses hospitais).

Em relação à distribuição de internações entre as clínicas, os percentuais destas também não ocorreram segundo os parâmetros estabelecidos, sendo de 2,4% para a cirúrgica, 80,5% clínica, 9,0% para internações obstétricas e 8,1% para as pediátricas.

Quanto à distribuição das internações, chama atenção o fato de todos hospitais terem salas cirúrgicas, mas, somente seis hospitais realizaram tais internações e em apenas um deles ocorreu mais de 10 internações deste tipo (em média) no ano de 2015, permitindo concluir que somente neste ocorreram cirurgias rotineiramente.

Como já exposto, a maioria realizou apenas internações na urgência, o que leva a deduzir que as internações praticamente acontecem após atendimento em seus serviços de Pronto Atendimento/Pronto Socorro. E, embora o número de internação em caráter de urgência tenha sido alto, apenas quatro desses hospitais declararam serviço especializado de urgência e emergência no CNES. Nesse sentido, cabe questionar: que papel está sendo desempenhado por esses hospitais na Rede de Urgência e Emergência (RUE)?

O papel do HPP depende da região onde ele se situa, das necessidades e do perfil epidemiológico da população local. São as características da região que devem determinar isso (5). Dessa forma, parece não estar sendo cumprido papel específico por esses hospitais na RUE, nem mesmo após a contratualização.

Ainda sobre a inserção dos HPP nas RAS, analisando o desempenho destes na Rede Materno-infantil, denominada no Estado de Rede Mãe Paranaense, verificou-se que os hospitais de Bela Vista do Paraíso, Florestópolis, Jaguapitã e Porecatu são referência no parto de risco habitual para esta Rede (13). Ao analisar os resultados constatou-se que apenas o hospital de Bela Vista do Paraíso tem os profissionais médicos ginecologista/obstetra e pediatra cadastrados no CNES. O Hospital de Florestópolis tem apenas pediatra e os dois últimos, apesar de estarem integrados nesta Rede, inclusive como referência para outros municípios, não contam nem com pediatra nem com ginecologista/obstetra cadastrados no

CNES. Em relação ao atendimento obstétrico, apenas Bela Vista do Paraíso e Florestópolis realizaram número significativo de internações obstétricas no ano de 2015 (177 e 96 internações respectivamente), o que pressupõe a participação efetiva apenas desses hospitais na Rede Mãe Paranaense.

Em relação ao valor médio da internação, os valores dos hospitais em estudo estão muito acima do encontrado por Ugá e López (4), que foi de R\$ 342,00, mesmo considerando a diferença de 10 anos daquele estudo, enquanto nos hospitais da região o valor médio foi de R\$ 840,06 variando de R\$ 444,35 a R\$ 1.028,90. Cabe destacar que nesse período não houve reajuste significativo nos valores das internações pela tabela do SUS.

O tempo de internação encontrado corroborou com os achados de Ramos et al. (1) onde os HPP que prestavam assistência ao SUS no Estado de São Paulo tiveram internação com duração média de 3,7 dias.

Enfim, destaca-se a extrema ociosidade da capacidade instalada, centros cirúrgicos praticamente inativos, leitos hospitalares com baixíssima ocupação. Ao contrário, nos maiores centros urbanos as filas de cirurgias são enormes, os leitos de hospitais secundários e terciários quase sempre totalmente ocupados, muitas vezes com internações que poderiam ser resolvidas em HPP, encarecendo os custos finais e reduzindo os recursos direcionados para a Atenção Básica (14). Nesse último aspecto, relativo às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, conforme disposto na portaria nº 221/SAS/MS (15), não foi abordado neste estudo, pois não ocorreu investigação sobre os diagnósticos das patologias que constavam nas autorizações de internações hospitalares (AIH).

Nesse panorama, esses hospitais públicos, mais fortemente castigados pela crise, poderiam estar desempenhando um papel estratégico, organizando-se de forma coordenada com o sistema de saúde, evitando superposições de atividades e ineficiência, o que acarretaria

numa maior presença destes no cenário de discussão e execução das políticas de saúde, rumo aos princípios e diretrizes do SUS.

Considerações Finais

Passados mais de 10 anos da edição da PNHPP, verifica-se que seus objetivos não foram plenamente alcançados, ao menos na região estudada. O desempenho dos HPP, considerando os indicadores analisados, apresenta-se abaixo do preconizado e a inserção destes nas Redes de atenção ainda é incipiente.

Conclui-se assim que, a forma de pactuação/contratualização isolada, de cada instituição hospitalar com a SESA, não surtiu os efeitos esperados. Para superar essa situação, sugere-se que a pactuação/contratualização ocorra de forma regionalizada, ou seja, que os gestores municipais, detentores da maioria dos hospitais, criem um sistema de gestão unificado, onde hospitais estrategicamente localizados em microrregiões sejam melhor equipados, inclusive com transferência de equipamentos de outros hospitais, e que estes últimos passem a atuar como Unidades de Pronto Atendimento.

Além de melhor adequação física e de equipamentos desses hospitais microrregionais, há a necessidade de se organizar equipes médicas, em especial de áreas cirúrgicas, para atenderem pacientes não apenas de uma microrregião, mas, de uma região inteira, englobando uma ou mais especialidades cirúrgicas, descomprimindo assim a demanda dos grandes centros.

Para operacionalizar a gestão dos hospitais, os municípios poderiam viabilizar a criação de um consórcio de saúde específico, nos mesmos moldes dos existentes (16). Nesse sentido, há a possibilidade também da criação de uma empresa pública ou algum outro tipo de ente jurídico, público ou privado, sem fins lucrativos, que administre os hospitais municipais por meio de instrumentos jurídicos adequados.

Essa proposta é interessante do ponto de vista de melhoria da gestão, uma vez que poderiam ser implantados serviços centralizados de compras, recursos humanos, manutenção, treinamentos, entre outros, com ganhos em escala. Da mesma forma, podem ser implantados serviços de custos, avaliações, controles e auditorias para potencializar o acompanhamento do desempenho de cada serviço.

As propostas de mudança de gestão deverão ser trabalhadas regionalmente, em cada hospital e com a comunidade, numa finalidade conjunta de transformação dos hospitais em pronto atendimentos, o que não significaria perda do hospital local, mas, ao racionalizar e otimizar recursos, haveria melhor qualidade da atenção e maior resolubilidade dos serviços. Como em qualquer proposta de mudança, esforços em capacitação técnica, educação permanente e gerencial deverão ser aplicados.

Referências

1. Ramos MCA, Cruz LP, Kishima VC, Pollara WM, Lira ACO, Couttolenc BF. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2015; 49:43.
2. Negri Filho A, Barbosa Z. O papel dos hospitais nas redes de atenção à saúde. Elementos para pensar uma Agenda Estratégica para o SUS. *Consensus* 2014; 4(11):42-9.
3. Ministério da Saúde (Brasil). CONASS. Política Nacional de Atenção Hospitalar: Atualizada em 24 de setembro de 2012. Brasília; 2013.
4. Uga MAD, Lopez EM. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Ciênc. Saude Coletiva* 2007; 12(4):915-28.
5. Rosa T. O papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde. *Consensus* 2014; 4(11):13-22.
6. La Forgia GM, Couttolenc BF. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular; 2009.
7. Brasil. Portaria nº 1044/GM, de 1º de junho de 2004. [Internet]. 2004 [acesso em 2018 jan. 14]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1044_ac.htm.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Informática do SUS-DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES. Brasília; 2017.

9. Brasil. Portaria nº 1101/GM/MS, de 12 de junho de 2002. [Internet]. 2004 [acesso em 2018 jan. 5]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html.
10. Brasil. Portaria nº 1631/GM, de 1º de outubro de 2015. [Internet]. 2015 [acesso em 2018 jan. 14]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html.
11. Bittar O, Mendes J. Hospital, fetiche e decepção. Valor Econômico [Internet] 2017 mar. 28 [acesso em 2018 jan. 10]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//hospital_fetiche_e_decepcao.pdf.
12. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2012.
13. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. Plano Diretor de Regionalização PDR. [Internet] 2015 [acesso em 2018 jan. 5]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/PDR_2015.pdf.
14. Correa LRC. Os hospitais de pequeno porte do sistema único de saúde brasileiro e a segurança do paciente. 2009. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo; 2009.
15. Brasil. Portaria nº 221/SAS/MS, de 17 de abril de 2008. [Internet] 2008 [acesso em: 2018 jan. 7]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html.
16. Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. Cad. Saúde Pública 2006;22(10):2207-17.

5.2 MANUSCRITO 2

Atuação dos hospitais de municípios de pequeno porte nas redes de atenção à saúde³

Performance of hospitals of small municipalities in health care networks

Resumo

Com o processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde os hospitais de pequeno porte (HPP) tornam-se um elemento estratégico para a formulação do modelo de atenção principalmente para aqueles localizados em cidades pequenas. Este trabalho tem como objetivo interpretar os valores sociais e a atuação dos HPP no sistema local e regional, bem como sua inserção nas redes de atenção à saúde. Para compreender o conjunto de valores que justificam a manutenção dos hospitais nas cidades de pequeno porte, considerando que nem sempre são eficazes quanto à questão da saúde, utilizou-se como referencial teórico conceitos bourdesianos de capital simbólico, *habitus* e campo. Para isto, realizou-se estudo de natureza qualitativa, com entrevistas aos secretários de saúde e diretores dos HPP localizados em 14 municípios de até 20.000 habitantes de uma regional de saúde do Estado do Paraná. Verificou-se que, para gestores entrevistados, é fundamental a construção de um discurso pela manutenção desses hospitais ainda que faltem recursos necessários para um atendimento integral e eficiente, e que responda de forma resolutiva às demandas da população, pois o seu fechamento causaria um impacto negativo para a legitimação do gestor em exercício. Constatou-se que os HPP participam da Rede de Urgência, embora não possuam condições de resolver muitos dos problemas dos pacientes atendidos, mas como estão incluídos nas centrais reguladoras, os usuários podem ser encaminhados para hospitais de maior porte, conforme o desejo da população. Quanto a participarem da Rede Mãe Paranaense, esta pesquisa mostrou que a maioria dos HPP não possuem condições de integração, tornando-se meros encaminhadores de gestantes para hospitais/maternidades de referência, embora o desejo dos gestores e da população local fosse que a atenção às parturientes ocorresse nos municípios de residência.

Palavras-chave: Administração hospitalar. Administração em saúde pública. Poder. Assistência à saúde. Cidades pequenas.

Abstract

With the implementation of the health care networks, the small hospitals become a strategic element for the creation of a health model, especially for those located in small cities. This study aims to interpret the social values and the performance of the small hospitals in the local and regional system, as well as its insertion in health care networks. In order to understand the set of values that justify the maintenance of hospitals in small cities, considering that they are not always effective on the health issue, concepts of symbolic capital, habits and field from Pierre Bourdieu were used as theoretical reference. For this, a qualitative study was carried out, interviewing the health managers and directors of the municipal hospitals. The small

³ Manuscrito submetido à revista Saúde e Sociedade.

hospitals were located in 14 municipalities with maximum 20,000 inhabitants of a specific region in the State of Paraná. It was verified that for managers interviewed it is fundamental to construct a discourse for the maintenance of these hospitals, since their closure would have a negative impact on the legitimation of the current manager, even though there is a lack of necessary resources for an integral and efficient care with the population. The small hospitals also participate of the emergency network. Although they don't have the conditions to solve many of the attendances, they are included in the regulatory centers, so the users can be referred to larger hospitals, according to the desire of the population. As for participating in the "Mãe Paranaense" network, this research showed that most of the small hospitals don't have integration conditions, becoming mere referrals of pregnant women to other hospitals / maternities, although the desire of managers and local population was that the attention to parturients occurred at the place of residence.

Key words: Hospital administration. Public health administration. Power. Delivery of health care. Small cities.

INTRODUÇÃO

São considerados hospitais de pequeno porte (HPP) aqueles que possuem até 50 leitos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2017). Eles representam mais da metade (62%) dos estabelecimentos hospitalares do sistema de saúde brasileiro com vinculação expressiva ao SUS (78%), o que os torna um elemento estratégico para a formulação do modelo de atenção de um determinado território (UGA; LOPEZ, 2007). Vale ressaltar que 36% dos HPP estão localizados em municípios também de pequeno porte, ou seja, até 20 mil habitantes (IBGE, 2010).

Ao entender o papel estratégico dessas instituições para a organização dos serviços públicos de saúde nos territórios, o Ministério da Saúde, em julho de 2004, publicou a portaria 1044 que Instituiu a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Foi criado um modelo de organização e financiamento que estimulasse a inserção dos HPP na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolubilidade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade (BRASIL, 2004).

Os municípios podem aderir voluntariamente à política, desde que preencham os seguintes critérios: serem de esfera administrativa pública ou privada sem fins lucrativos (filantrópicos), estarem localizados em municípios ou microrregiões com até 30.000 habitantes; possuírem entre 5 e 30 leitos de internação cadastrados no CNES; e estarem localizados em municípios que apresentem cobertura da Estratégia de Saúde da Família igual ou superior a 70% (BRASIL, 2004).

Este movimento de repensar o papel dos hospitais de pequeno porte tem relação direta com a expansão da atenção básica, sobretudo em virtude da estratégia saúde da família (RIVERA, 2003). Nos municípios onde já existe uma satisfatória cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF), o hospital de pequeno porte não tem uma função claramente definida ou uma resolubilidade que justifique a continuidade dos serviços ali prestados, além de consumir praticamente metade dos recursos que são investidos na saúde (UGA; LOPEZ, 2007).

Alguns estudos, de acordo com a lógica da escala de produção em unidades hospitalares, sugerem que o porte ideal para hospitais seria de 100 a 450 leitos. Esta lógica, associada à introdução de mecanismos de mercado no âmbito do setor público durante as reformas setoriais europeias, levou a um expressivo fechamento de leitos (ALETRAS *et al.*, 1997; SALTMAN; FIGUEIRAS, 1997).

No Brasil, a ideia de economia de escala no contexto hospitalar ganhou destaque com o advento das redes de atenção à saúde (RAS). A RAS pode ser definida como uma rede de serviços, também chamada de pontos de atenção à saúde, que oferece ações equitativas e integrais à população. Ela pode combinar a concentração bem como a dispersão de certos serviços dentro de um determinado território (MENDES, 2011). Ambas as ações, devem estar baseadas em economia de escala, grau de escassez de recursos e acesso (MENDES, 2011). O mesmo autor afirma que os serviços que podem e devem ser dispersos são aqueles que não se beneficiam de economia de escala e de escopo, sendo a distância fator decisivo para a acessibilidade.

A implementação e a organização da RAS em pontos de atenção têm como principais objetivos: alcançar maior eficácia na produção de saúde; melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional; e contribuir para o avanço do processo de efetivação do SUS. Assim, abarca ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Entre esses pontos de atenção estão os hospitais, cuja função na RAS é fornecer suporte nos casos de urgência e emergência. Esse papel tem como eixos: o modelo assistencial; a gestão hospitalar; a formação de recursos humanos; a gestão da força de trabalho; o financiamento; a responsabilidade de cada ente gestor na política; e a contratualização (ROSA, 2014). A partir do momento em que os municípios iniciaram o processo de implantação das redes, grandes preocupações começaram a surgir, especialmente nos pequenos municípios que possuíam hospitais. Os gestores e principalmente a população

temeram pelo fechamento dos hospitais em seus territórios, visto que em termos de economia de escala e até mesmo de acesso, não havia justificativa para a permanência dessas unidades.

Diante desse contexto, é fundamental indagar: qual a importância e que papel esses HPP exercem? Como ocorre sua participação nas RAS? Para responder estas questões propõe-se utilizar como referencial teórico o poder simbólico na ótica de Bourdieu, a fim de compreender qual o conjunto de valores torna a manutenção do hospital enquanto instituição social. Dessa forma, objetiva-se interpretar os valores sociais e a atuação dos HPP no sistema local e regional, bem como sua inserção nas redes de atenção à saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO: ELEMENTOS CONCEITUAIS DE BOURDIEU QUE SUBSIDIARAM A ANÁLISE

O olhar sociológico defendido por Bourdieu busca entender que existem fatores não econômicos com capacidade de exercício de poder tão eficazes quanto o capital financeiro (BOURDIEU, 2012). Constrói-se assim uma abordagem na qual valores sociais são encarados como um conjunto de regras que estabelecem a organização dessas variáveis de capital simbólico, definindo uma hierarquia entre os grupos sociais e, conseqüentemente, possibilitando o exercício de uma dominação de caráter simbólico. O poder simbólico ocupa, dessa forma, uma função estratégica nos estudos da sociedade, uma vez que, para lidar com conceitos socialmente construídos, é fundamental compreender as ordens e os valores que estabelecem a construção dos mesmos. Na perspectiva deste trabalho, a circulação de capital social e político aparecem como conjuntos de valores que legitimam a manutenção dos HPP uma vez que a eficácia dos mesmos para a efetiva manutenção de políticas de saúde pode ser questionada.

O autor chama a atenção para capitais não econômicos e não legais que exercem pressão tão eficaz como os citados anteriormente na construção da realidade social dentro do campo. Os conceitos Bourdieusianos aparecem ligados aqui em virtude da comparação de que o campo, como recorte teórico da realidade, opera sob o conjunto de uma série de valores sociais entendidos como capitais simbólicos que se reproduzem, segundo uma série de valores próprios, e estabelecem e legitimam a dominação dentro do campo e ao mesmo tempo são por elas construídas.

A proposta é identificar que valores ou capitais simbólicos também organizam a sociedade numa equação em que se percebe “[...] duplo processo de interiorização da exterioridade e exteriorização da interioridade” (BOURDIEU, 1983c, p. 66), que é

responsável pela construção de uma intrincada relação entre a realidade objetiva da sociedade e os valores simbólicos e abstratos que a constroem e ao mesmo tempo são por elas construídos.

Além do conceito de capital simbólico, outros dois conceitos Bourdieusianos foram utilizados neste trabalho: os conceitos de *habitus* e de campo. Ambos complementam a construção das ideias do autor sobre o conceito de capital simbólico que é abordado aqui como justificativa da manutenção dos hospitais nas cidades de pequeno porte.

O primeiro a ser definido, o conceito de campo, é desenvolvido pelo autor dentro da perspectiva de que a ação do pesquisador apenas se torna possível pela “[...] construção de um objeto que vai comandar – ou orientar – todas as opções práticas da pesquisa.” (BOURDIEU, 1983a, p. 26). O campo nada mais é do que um espaço cujo membros participam de um jogo de influências levando em consideração regras e valores conhecidos por eles e que legitimam sua conduta enquanto parte do funcionamento dessa estrutura. Dessa forma, não se encontra isolado dos elementos que compõem a realidade social, compreendendo uma estrutura social construída pelo estabelecimento de valores e capitais culturais (BOURDIEU, 1983b).

A análise dos fenômenos sociais, segundo a ótica bourdieusiana, leva em consideração, sobretudo, os valores simbólicos que permeiam as estruturas econômicas e políticas desta ordem social, ou seja, o campo. O que possibilita compreender as ações dos indivíduos em sociedade dentro de uma determinada hierarquia simbólica é entendê-las como um espaço em que o conjunto de práticas dos indivíduos aparece enquanto resultado de uma configuração simbólica das ações dos mesmos, e que só pode ser entendido com o apoio de outro conceito – *habitus* – que expõe valores importantes dentro de uma lógica somente compreendida por aqueles que conhecem o campo e os capitais simbólicos que o organizam.

O foco do trabalho com esse conceito é a construção de um saber que consiga ampliar as discussões sobre um dos clássicos problemas da sociologia: a relação entre indivíduo e sociedade. O conceito de *habitus* abre espaço para a compreensão mais aprofundada dessa relação ao abordá-la enquanto faces de uma mesma situação. Nesse sentido, o conceito de *habitus* configura-se como ferramenta para compreender essa relação como algo marcado pela interiorização da exterioridade e pela exteriorização da interioridade, o que evidencia que a relação entre homem e sociedade não pode ser enxergada em apenas um desses caminhos.

O *habitus* aparece para Bourdieu como um esforço do autor em definir um conceito capaz de explicar não apenas valores morais abstratos, mas, também, valores da *práxis* e da ação. Para o autor, a ideia de *habitus* apenas pode ser compreendida por meio da *práxis*, uma vez que o *habitus* se expressa na ação, na vontade prática do sujeito de agir externalizando

valores construídos socialmente, que acabam sendo expostos pelos indivíduos por meio de suas escolhas e ações.

Ao ser definido como gerador e organizador das práticas e representações sociais, o conceito de *habitus* acaba por ligar-se ao conceito de campo, uma vez que o último pode ser entendido como um espaço que possui uma lógica particular que é compartilhada por aqueles que dele fazem parte, e o primeiro como sendo justamente essas regras e normas internalizadas e externalizadas nos julgamentos e ações daqueles que compreendem a lógica do espaço. É no trânsito entre os diversos campos da prática social que os sujeitos (indivíduos, agentes) realizam a internalização dos *habitus* em caráter individual e coletivo. Isto é, através da influência dos aspectos que previamente estruturam os campos e dos resultados da própria ação dos agentes que os *habitus* são cultivados. Simultaneamente, os agentes, ao internalizarem seus *habitus*, agem nos campos sociais, reproduzindo seus valores, reconfigurando suas posições, alterando a economia dos capitais que circulam nos campos. Enfim, os indivíduos agem de acordo com as regras previamente constituídas nos campos da prática social, mas ao agirem externalizam suas singularidades que influem na transformação do próprio campo. Esse é processo de experiência social (práxis) que proporciona a efetivação do *habitus* enquanto estrutura que caracteriza o sujeito individualmente (cada um tem uma trajetória singular) e socialmente (o *habitus* é o elemento que permite o reconhecimento do indivíduo como pertencente a um determinado grupo social ou categoria).

A partir desses conceitos, o trabalho trata de interpretar as ações dos indivíduos buscando compreender a significação e configuração dos capitais simbólicos utilizados pelos mesmos, entendendo um campo e um conjunto de *habitus* específicos na gestão e manutenção de hospitais em cidades de pequeno porte. Trabalhando com os conceitos Bourdieusianos, compreende-se que os HPP são operacionalizados de tal modo que os agentes que neles atuam agem desde uma perspectiva situada em região de intersecção entre o médico-hospitalar, o campo político e o social.

Procura questionar sobretudo a real eficácia desses hospitais na melhoria da saúde nessas cidades. Trata-se de um ajuste de foco, ampliando o olhar para os valores simbólicos dessa relação e dessa forma identificar por que os capitais simbólicos experimentados nessa configuração das sociedades atribuem tão grande importância para essa instituição.

CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de estudo de natureza qualitativa que analisou o papel dos HPP localizados em municípios de pequeno porte (MPP), ou seja, com população de até 20.000 habitantes, pertencentes à 17ª Regional de Saúde, uma das 22 regionais de saúde do Estado do Paraná. Esta regional caracteriza-se por delimitar 21 municípios, fazendo parte da macrorregional norte, com área de 7.834 km², população de 871.267 habitantes em 2015 e densidade demográfica de 108,08 hab/km². O estudo, entretanto, refere-se apenas aos 14 municípios de pequeno porte que dispunham de hospitais em seus territórios, conforme quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição dos Hospitais em MPP da 17ª RS, população, entidade mantenedora e leitos por hospital, Paraná 2015.

| Município | Pop. | Manten. | Leitos | Leitos/1000 Hab |
|-----------------------|-------------|----------------------|---------------|------------------------|
| Alvorada do Sul | 11.057 | Município | 21 | 1,8 |
| Assaí | 16.212 | Município | 58 | 3,5 |
| Bela Vista do Paraíso | 15.612 | Município | 26 | 1,6 |
| Centenário do Sul | 11.312 | Município | 25 | 2,2 |
| Florestópolis | 11.205 | Município | 22 | 1,9 |
| Jaguapitã | 13.174 | Município | 29 | 2,2 |
| Jataizinho | 12.504 | Sociedade Emp. Ltda. | 19 | 2,3 |
| Lupionópolis | 4.859 | Município | 16 | 3,2 |
| Miraselva | 1.885 | Município | 10 | 5,3 |
| Porecatu | 13.973 | Município | 49 | 3,5 |
| Prado Ferreira | 3.668 | Município | 20 | 5,4 |
| Primeiro de Maio | 11.243 | Município | 24 | 2,1 |
| Sertanópolis | 16.373 | Município | 27 | 1,6 |
| Tamarana | 13.730 | Município | 21 | 1,5 |

Fonte: Brasil (2017).

Os participantes do estudo foram os secretários de saúde e os diretores desses 14 HPP da região. A coleta de dados aconteceu por meio de entrevistas semiestruturadas contendo questões relacionadas ao papel do hospital no contexto local e regional e sua inserção nas RAS. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2014).

Este estudo integra uma pesquisa de doutorado, desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, denominada Hospitais em Municípios de Pequeno Porte: sua inserção no SUS, tendo sido submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em que os pesquisadores estão vinculados, com parecer número: 1.440.160.

Os aspectos éticos foram rigorosamente obedecidos conforme a resolução 466/12 que regulamenta pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 2012). Todos os entrevistados foram consultados anteriormente, informados dos objetivos e metodologia da

pesquisa e, após a concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os municípios citados no artigo foram identificados com números em ordem cronológica do aparecimento das citações, preservando o sigilo dos entrevistados.

RESULTADOS

Da análise emergiram três categorias: 1 – Importância local e regional dos hospitais, 2 – Atuação na Rede de Urgência e Emergência e 3 – Atuação na Rede Mãe Paranaense, descritas a seguir:

Categoria 1 - Importância local e regional dos Hospitais

Em relação aos HPP de cidades de pequeno porte nota-se, nas falas dos gestores entrevistados, que é comum a construção de um discurso que apresenta as vantagens da manutenção desses hospitais levando em consideração a valorização do fator simbólico dos mesmos e não sua real eficácia na questão da saúde. Mesmo sendo o principal gerador de despesas da pasta de saúde, ainda mais prejudicado pela baixa produtividade e eficácia, os hospitais em cidades como essas, aparecem na fala dos gestores como sendo de suma importância para a organização dos serviços de saúde do município e para a consolidação de uma boa gestão política na cidade. Uma das vantagens citadas refere-se ao fato de que os hospitais garantiriam a oferta de serviço de vinte e quatro horas, o que favoreceria o atendimento, fora do horário comercial, de turistas que visitam a região, bem como de trabalhadores de empresas locais.

Porque, assim, ele é a porta de entrada depois que as unidades fecham. [...] Nós temos duas unidades: uma aqui no município e outra no distrito. Então, assim, depois das cinco (17:00), todo o atendimento ambulatorial é ali no hospital (Município 1);

Então, o município hoje tem dez mil a quase onze mil habitantes, nesses finais de semana prolongados chega a quinze mil habitantes no município. Então essas quatro, cinco mil pessoas a mais aí são totalmente atendidas... (Município 2);

Temos a questão também de usinas aqui, não é? [...] Atende bastante gente de usinas, que passa mal. Tem o pessoal de (abatedouros), que mora aqui também. Aqui é uma demanda grande. Sem o hospital hoje, eu acredito que a gente não... Só [com] um posto de saúde a gente não daria conta (Município 3).

A realização de internações e cirurgias de baixa complexidade também contribui para reforçar o papel do hospital nos municípios de pequeno porte. Além de manter o município próximo de sua família, há a vantagem, na visão dos participantes, de desafogar os hospitais de maior porte que se localizam em centros urbanos maiores.

Idosos, que às vezes precisam de um atendimento, ou tomar um antibiótico... A gente não precisa encaminhar esse paciente, está perto da família. Crianças, não é? Que às vezes precisam tomar um medicamento [...] Então aí não tem a necessidade de o paciente ir para fora, ter todo o transtorno, a família ficar preocupada [...] (Município 4); é importante ter porque... Se a gente não tivesse o local aqui, nossos vinte e um leitos aqui, essa pessoa iria estar provavelmente no corredor de um hospital aguardando uma vaga (Município 5); Esse hospital é fundamental aqui na região. Não só para o município, como também é para as cidades circunvizinhas também... Ele dá uma aliviada para as grandes regionais. Ele está num local assim de suma importância (Município 6).

Outra importância desses hospitais é em relação à oferta de consultas especializadas e exames de imagem e laboratório. Entre as especialidades ofertadas pelos municípios foram citadas: cardiologia, ginecologia e ortopedia. Os exames de imagem são, em sua maioria, Raios-X e ultrassonografia em alguns locais.

Na análise das falas desses gestores, fica evidente a presença de uma construção cultural que estabelece a figura simbólica do hospital enquanto sinônimo de acesso à saúde e à segurança e como essa mesma construção exerce um poder de valorização social da presença do hospital.

Outro fator influente, também de caráter social, é a figura do médico presente. A visão social que se constrói sobre a presença do médico plantonista em tempo integral nos hospitais colabora com a manutenção dos mesmos, sobretudo pela associação entre este e o atendimento de emergência.

Mesmo que os hospitais de municípios de pequeno porte ainda tenham como foco, segundo os gestores, o acesso a cuidados com idosos e crianças e a facilidade de não ter que retirá-los de suas cidades de origem, a presença do médico em tempo integral também é um dos fatores mais importantes.

Percebe-se nas entrevistas que a presença do médico em tempo integral no hospital é marcada por valores culturais que a definem como valor simbólico, com peso tão grande quanto o valor real desse profissional para atendimento da população. É presente nessa discussão a intenção dos gestores em manter ou ainda em ampliar a presença desse

profissional como forma de atender aos valores socialmente reconhecidos pela população, justificando a manutenção dos hospitais nessas cidades de pequeno porte.

Outro fator é o quê? A cidade atende. Qualquer hora que o paciente chegar no hospital vai ter médico e vai ter atendimento a esse paciente. É isso que.... Geralmente a gente escuta assim, que eles alegam (Município 4).

Exatamente. Na verdade, nós estruturamos bastante o hospital nesses últimos anos, porque anteriormente nós tínhamos um enfermeiro dentro do hospital, hoje nós temos enfermeiro vinte e quatro horas no hospital. Médico plantonista vinte e quatro horas. Sempre teve e a gente sempre melhorou isso também. Porque nós sabemos, assim, que a urgência e emergência não escolhe hora... (Município 7);

[...] a gente faz a pergunta. “Mas você é de outro município, a gente não pode atender, é somente o nosso município”, eles alegam, falam assim “não, mas aqui a gente consegue, na nossa cidade temos dificuldade”. É o que realmente a gente escuta (Município 4).

Outro papel do hospital nos pequenos municípios é ser campo de estágio para cursos de nível técnico e superior, bem como espaço para treinamento da equipe local de saúde.

E a parte de estágio, eu tenho bastante [...] É mais o pessoal do município, que faz técnico de enfermagem em outros municípios, o curso, acaba fazendo, executando o estágio aqui. Agora, o pessoal do município tal... vem aqui também (Município 2);

Nós servimos também para os universitários, que as universidades pedem estágio, a gente abre campo de estágio (Município 8).

Alguns discursos dos gestores ainda apontam que a presença do hospital no município confere atratividade para a implantação de empresas. *E foi muito importante a questão do hospital. Porque quando nós iniciamos o processo da vinda dessas indústrias, a participação, a primeira questão foi a saúde (Município 6).*

Sobre a organização social subjetiva da sociedade é possível compreender, nos relatos dos gestores, que em meio a uma série de valores econômicos e políticos que deveriam organizar a gestão e manutenção dos hospitais em cidades de pequeno porte estão, também, questões de cunho não econômicos, ou ainda de cunho simbólico cultural, que exercem tanta ou até mesmo maior e mais expressiva força nas decisões sobre a manutenção desses HPP.

As questões utilizadas como referência para justificar a manutenção dos HPP nessas cidades estão associadas à manutenção da lógica de poder simbólico que estruturam a sociedade. Não se trata aqui de um olhar puramente técnico sobre a eficácia dos hospitais, mas, de uma série de valores culturais construídos dentro da lógica dessa realidade social na qual estão inseridos.

A manutenção desses HPP extrapola a visão técnica dos gestores. A questão é se perguntar que valores culturais e simbólicos são relevantes para a manutenção destes? Que estruturas simbólicas e que capitais culturais são valorizados e rearranjados dentro da lógica cultural específica desse campo para que justifiquem a manutenção desses (mesmos se a eficácia dos HPP for questionada)?

Sob este aspecto seria salutar mencionar a função simbólica, histórica, política e social da medicina na sociedade moderna como estabilizadora dos padrões de normalidade e de patológico. A clínica moderna divide com a instituição escolar, jurídica e policial o exercício da autoridade moral-civilizacional relativa ao Estado e aos padrões sociais estabelecidos como dominantes pelo ocidente não dispor de um hospital (instituição central na representação social a respeito da saúde) e da figura do médico à disposição da população, pode representar no imaginário dos gestores um sintoma de enfraquecimento do município. Talvez não tanto enquanto comunidade funcional, mas como coletividade em relações concorrenciais com outros municípios em um sistema mais amplo de disputas por capitais econômicos e políticos.

Sutilmente pode-se notar nas falas de alguns dos gestores como a presença dos HPP representa vantagens em um cenário de disputas pelo estabelecimento de indústrias, universidades e outros bens econômicos nos municípios.

Outro aspecto importante a ser notado é o sentido que se pode compreender quando alguns gestores argumentam que os HPP proporcionam aos usuários a proximidade, durante os atendimentos, com os familiares. Isso, possivelmente, tem valor em relação à comunidade e até mesmo poderia ser pensado na chave dos benefícios em termos de promoção de saúde. Mas também diz respeito a um outro sentido mais implícito, a provável intenção de manter no município a totalidade do controle da ação de saúde. Isto é, na medida em que todo o processo de saúde-doença dos munícipes é diagnosticado, tratado, curado ou não no interior do próprio município, mais poder simbólico é produzido em torno da figura da municipalidade local, escapando menos para outras cidades ou para uma noção de Estado mais ampliada. Mesmo que não seja consciente, a manutenção dos HPP é defendida pelos mesmos agentes (gestores, secretários, vereadores e prefeitos) que com ela auferem mais capital simbólico.

Categoria 2 - Atuação na Rede de Urgência e Emergência

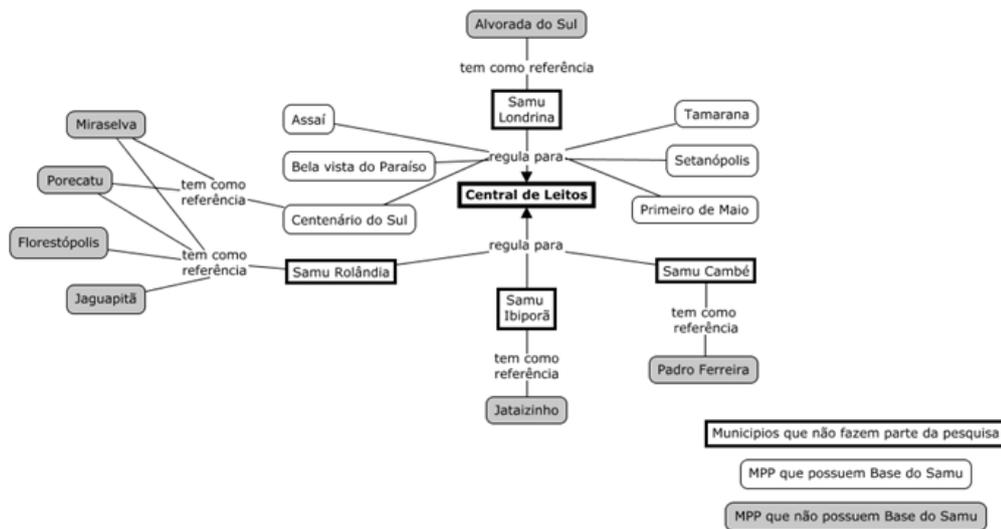
Desde 2011, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) é uma das quatro Redes Temáticas priorizadas pelo Ministério da Saúde. De acordo com a Portaria nº 1.600, de

7 de julho de 2011 (BRASIL, 2011a), a RUE tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. Para tanto, utiliza o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos.

São componentes da RUE: a Promoção, a Prevenção e a Vigilância à Saúde; a Atenção Básica em Saúde; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; a Sala de Estabilização; a Força Nacional de Saúde do SUS; as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; a hospitalar; e a atenção domiciliar (BRASIL, 2011a).

A rede de urgência e emergência, na região estudada, encontra-se organizada, conforme figura 1.

Figura 1 – Mapa da rede de urgência e emergência dos municípios de pequeno porte da 17ª RS, 2017.



Fonte: Do autor.

Dos 14 municípios de pequeno porte que possuem hospitais da 17ª RS, cinco possuem base do SAMU e os demais utilizam o SAMU de quatro municípios de referência, sendo o de Rolândia o mais requisitado pelos municípios.

Na avaliação de todos os gestores que participaram do estudo, a inserção dos hospitais na RUE foi positiva. Entre os motivos citados, a central de leitos se destaca por tornar ágil a regulação dos mesmos. “E, anteriormente, nós tínhamos muita dificuldade

quando não tinha o SAMU no município [...] Central de leitos, vaga zero, o médico tinha que sair correndo com o paciente. Deixava o hospital sem profissional médico” (Município 7).

Segundo Brasil (2005), a Regulação Assistencial ou regulação do acesso à assistência pode ser definida como um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que respondem às necessidades e demandas dos usuários por serviços de saúde, buscando garantir acesso equitativo, ordenado, oportuno e qualificado. A Regulação Assistencial ganha destaque no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir das Normas Operacionais de Assistência. Configura-se como um dos eixos estruturadores do Pacto de Gestão que consolida o processo de descentralização, com responsabilidades compartilhadas pelos entes federados, de modo a produzir ações integrais de assistência à saúde em função das necessidades da população, com vistas ao cumprimento dos princípios doutrinários do SUS (BRASIL, 2005).

O principal enfoque dos estudos na área de regulação é a dimensão econômica. Santos e Merhy (2006) destacam que sob a ótica da teoria econômica clássica, a regulação poderia ser caracterizada como a intervenção estatal para corrigir ‘falhas de mercado’, utilizando de instrumentos como incentivos financeiros, de comando e de controle. Quando a saúde é tratada como mercadoria, acaba seguindo as tais falhas as condições de competição, voltadas para a ‘lei da oferta e da demanda’’, gerando desequilíbrio financeiro no sistema.

Dessa forma, considera-se a regulação uma forma de dirigir, justificar, ajustar, facilitar ou limitar alguns processos de alcance de resultados que podem estar relacionados à satisfação do consumidor ou ao atendimento das necessidades mais prementes de uma população, de acordo com o melhor custo-benefício (SCHILLING; REIS; MORAES, 2006; VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Em Santa Maria (RS), um estudo analisou indicadores mensais de ocupação de leitos do Hospital Geral, da Unidade Psiquiátrica e do Pronto Atendimento do Hospital Universitário. Os resultados mostraram que no setor de Pronto Atendimento houve superlotação em quase todo o período de análise, ressaltando a necessidade de melhoria de atendimento nesse local. Porém, a regulação realizada por meio do gerenciamento de dados do hospital melhorou os serviços prestados, garantindo melhor qualidade no atendimento a seus pacientes (SILVEIRA; SOUZA, 2004). O mesmo ocorreu em Minas Gerais, na medida em que, o percentual de internações reguladas aproximou-se de 100%, a média de permanência hospitalar dos pacientes caiu, otimizando o uso do recurso leito hospitalar (GONÇALVES; RAUSH; OLIVEIRA, 2009).

Destaca-se também como positivo o incentivo financeiro oriundo da habilitação na rede, que permitiu qualificar melhor a equipe, bem como adquirir equipamentos e materiais

necessários para a sala de estabilização. *“Por conta da Rede de Urgência e Emergência nós ganhamos para reestruturar também... nós estamos caminhando aí para melhorar”* (Município 8).

De acordo com o artigo 2º da Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011b), são estabelecidas as diretrizes para a Sala de Estabilização (SE), que deve funcionar como local de assistência temporária e qualificada para estabilizar pacientes críticos/graves para posterior encaminhamento a outros pontos da RAS. Os critérios são:

I - Funcionamento 24 horas do dia e 7 (sete) dias da semana.

II - Equipe interdisciplinar compatível com suas atividades.

III- Funcionamento conforme protocolos clínicos e procedimentos administrativos estabelecidos e/ou adotados pelo gestor responsável.

A mesma Portaria destaca os requisitos a serem observados para a sua implantação, tais como: Cobertura regional do SAMU em localidades com SE, localização das SE em municípios estratégicos para a RUE, instalação das SE em hospitais públicos ou filantrópicos e em HPP, treinamento de pessoal e equipe mínima.

Também referem a sensação de segurança que a rede confere aos munícipes, uma vez que existe uma estrutura hospitalar adequada para estabilização e um serviço de transporte já qualificado e equipado para suprir as necessidades dos usuários.

Na fala de alguns gestores fica claro que pertencer à RUE passa a ser vantajoso para o município, em virtude de que os casos atendidos nessas unidades terão garantia de serem encaminhados para centros hospitalares maiores. *“A gente ter [para] onde mandar o paciente depois, que município pequeno sofria muito com isso, não é? A gente ficava aqui às vezes com paciente mal, estabilizava, mas a gente não sabia nem para onde mandar”* (Município 8).

Nesse sentido, as necessidades sociais supridas pelos hospitais, mesmo aqueles de pequeno porte, colaboram com a construção de um conjunto de valores coletivos que associam a figura dos hospitais a valores culturais socialmente construídos. A temática sob o olhar bourdesiano apresenta a sociedade como reflexo de construções sociais exclusivamente ligadas ao conjunto de valores que permeiam o grupo.

A intenção é revelar que, além de questões econômicas, valores simbólicos organizam a manutenção dessas instituições, atendendo mais aos interesses daqueles que controlam as questões políticas nessas pequenas cidades do que a população que realmente utiliza os hospitais para tratamentos médicos.

O funcionamento dos hospitais em municípios de pequeno porte obedece a critérios específicos da realidade do município onde estão localizados. Pensando na lógica estrutural compartilhada pelas cidades de pequeno porte, nota-se que os hospitais atendem também a critérios que extrapolam a eficácia, mas que envolvem fenômenos socioculturais.

Em referência à gestão dos hospitais, o impacto do capital cultural e do poder simbólico pode ser visualizado nas relações de poder que são construídas entre os gestores políticos/administrativos e a população. A construção desse poder também envolve o reconhecimento, mesmo que de forma não explícita por parte da população, de que a manutenção dos hospitais extrapola as questões ligadas à eficácia e real utilidade desses serviços, estando também associada a demandas socioculturais que geram acumulação de capitais culturais.

Dessa forma, a manutenção desses hospitais pode não significar a real consolidação de melhorias no atendimento à saúde nessas cidades. Culturalmente, a função desses hospitais está ligada à construção do poder político baseada no que os serviços de saúde representam. Ainda que faltem recursos necessários para um atendimento integral e eficiente que responda de forma resolutiva às demandas da população, o hospital é mantido pela gestão municipal, uma vez que seu fechamento causaria um impacto extremamente negativo para a legitimação do gestor em exercício.

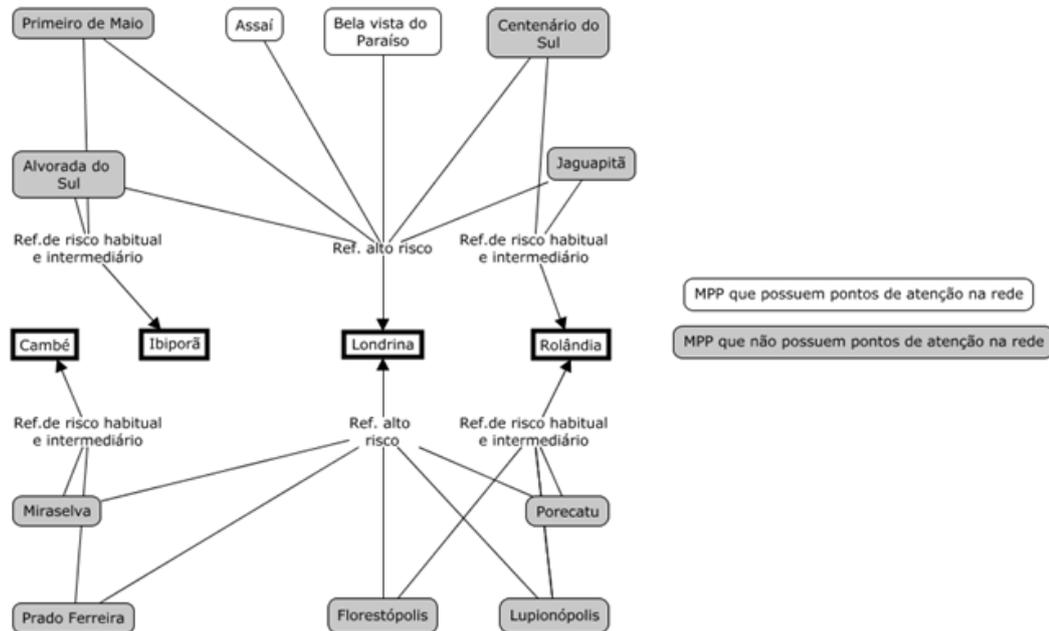
Categoria 3 - Atuação na Rede Mãe Paranaense

A Rede Mãe Paranaense propõe a organização da atenção materno-infantil nas ações de pré-natal e puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no primeiro ano de vida. É um conjunto de ações que envolve a captação precoce da gestante, seu acompanhamento no pré-natal, com ao menos sete consultas, a realização de exames, a classificação para gestantes e crianças de risco, com garantia de ambulatório especializado para estas, e garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional (PARANÁ, 2012).

Nesse estudo constatou-se que a participação dos hospitais da região é mínima, uma vez que apenas quatro desses serviços estão inseridos nessa RAS como unidade hospitalar para o parto de risco habitual e intermediário (PARANÁ, 2012).

A Rede Mãe Paranaense (MP), por sua vez, se encontra organizada conforme figura 2.

Figura 2 - Mapa da rede Mãe Paranaense dos municípios de pequeno porte da 17ª RS, 2017.



Fonte: Do autor.

Assim como na RUE, quatro municípios de maior porte são os responsáveis por conferir apoio para os demais municípios, com destaque para um município, que é a referência para toda a regional no que se refere aos partos de alto risco. Pela análise do mapa, verifica-se que apenas um município não está inserido na rede MP e a maioria dos municípios não realiza partos, seja de risco habitual ou intermediário.

A inserção desses municípios na rede trouxe uma série de implicações, o que, segundo os gestores, mesmo que importantes, tiveram seus contrapontos.

A pactuação de um hospital de referência para encaminhamento em casos mais graves é citada como um dos grandes benefícios da inserção nas redes.

A gente ter [para] onde mandar o paciente depois, que município pequeno sofria muito com isso, não é? A gente ficava aqui às vezes com paciente mal, estabilizava, mas a gente não sabia nem para onde mandar. A Rede Mãe Paranaense, a gente também já ter uma referência, onde mandar gestantes [...] (Município 8).

Segundo a Linha Guia Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2012), sua consolidação se dá a partir da estruturação de 5 componentes, são eles:

1. Atenção Primária de qualidade, resolutiva e ordenadora do cuidado dos cidadãos residentes em seu território, com ações de pré-natal e puerpério, acompanhamento

do crescimento e desenvolvimento das crianças em especial no primeiro ano de vida.

2. Atenção Secundária com acompanhamento das gestantes e crianças de risco em ambulatórios especializados com equipe multiprofissional (Centro Mãe Paranaense).
3. Atenção Terciária com a disponibilidade de leitos de UTI adulto e neonatal, a garantia da vinculação das gestantes conforme seu risco nos hospitais, para a atenção de qualidade às intercorrências e ao parto;
4. Os sistemas logísticos, cartão SUS, SISPRENATAL, Carteira da Criança e da Gestante, transporte sanitário eletivo e de urgência, regulação.
5. O sistema de governança da rede, por meio da Comissão Intergestores Bipartite e CIB regionais.

Por outro lado, a inserção na rede implicou o fechamento de alguns centros cirúrgicos para partos. A maior parte dos municípios que antes realizavam partos fazia, em sua maioria, partos cesarianos (o que implicava em que os partos eram agendados), em virtude da incapacidade financeira desses municípios manterem médicos obstetras em regime de plantão. Desse modo, os partos eram realizados na lógica da cesariana programada, indo totalmente contra a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a legislação brasileira.

Mas anteriormente nós tínhamos essas cesáreas eletivas. Mesmo a médica não residindo aqui, ela atendia na rede, fazia essas cesáreas, só que daí nós fomos chamados à atenção porque o município de [nome do município] só tinha cesárea. O alto índice de cesárea, sabe? (Município 7); Pelo protocolo do Mãe Paranaense e pelo PNHPP (Hospitais de Pequeno Porte), a gente não pode ter mais sala cirúrgica (Município 5).

As cesarianas no Brasil são um grande problema de saúde pública. O país não conseguiu atingir a meta número cinco dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU): melhorar a saúde da gestante. Esse objetivo se dividia em dois pontos principais: reduzir a mortalidade materna (meta A) e universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva (meta B).

Com o elevado número de partos cesáreos e sua tendência de crescimento em todas as regiões do país, observou-se que o índice nacional de 41% em 1996 subiu para quase 54% em 2011 (TORRES; DOMINGUES; SANDALL; HARTZ; GAMA; THAME FILHA; SCHILITZ; LEAL, 2014). A recomendação da OMS é um índice entre 5% e 15%.

A ação da SESA, em consonância com o MS e a OMS, visou diminuir a ocorrência de cesáreas, e exigir todas as condições técnicas necessárias para a realização de parto de risco habitual ou intermediário, principalmente da presença de médicos obstetra, pediatra e anestesista. Essa ação resultou no fechamento dos serviços de obstetrícia na maioria dos hospitais e não contou com a aprovação dos gestores.

Ainda, para os gestores, a determinação de não realizar mais partos no município gerou insatisfação na população, sobretudo nas gestantes que realizavam parto de risco habitual. *“Isso foi muito ruim para os municípios e para a população também, sabe? Porque é muito mais tranquilo estar dentro do próprio município, onde a família pode estar próxima e tudo mais, do que encaminhar essas pacientes”* (Município 7).

As configurações determinadas por programas como a Rede Mãe Paranaense e a questão das cesarianas em excesso refletem diretamente na forma como a população entende o funcionamento dos próprios hospitais. Mesmo que as deliberações indiquem que hospitais em MPP não tenham mais salas de cirurgia para realização de cesáreas, o poder cultural, ou seja, a organização sociocultural que estabelece os valores simbólicos da sociedade sente a necessidade de organizar-se contra tais medidas.

Essa pressão é sentida pela equipe de gestão e pelos quadros políticos das cidades de pequeno porte, implicando na busca por programas que revertam tal situação a fim de garantir que os valores sociais associados à manutenção dos hospitais sejam mantidos e os interesses respeitados.

O que se percebe é o constante apelo popular que acaba por impulsionar alguns gestores a desejar o retorno da realização de partos, ainda que na lógica das cesáreas programadas.

Então a gente está estudando alguma coisa, para ter aqui, mas em termos de cesárea. Cesárea programada, vamos dizer. Ele vem e faz umas três, quatro, no final de semana ali. Mas mesmo assim fica a criança lá e tem um pediatra que tem que estar acompanhando. O município [...] tem um pediatra hoje, só que, a bem dizer, ele é contratado como clínico-geral. Só que ele tem o título de pediatra e, ele, hoje, trabalha como pediatra, a bem dizer, no município (Município 2).

Nesse quadro fica evidente como o poder simbólico que organiza a sociedade permeia as ações do poder político. A presença dos hospitais nos municípios de pequeno porte como moeda de valoração simbólica também é evidente, uma vez que, mesmo com medidas

propostas por programas mais amplos do governo do Estado, ainda existe a tentativa de organizar estratégias onde a demanda da população seja atendida.

A ação dos hospitais acaba por se organizar, dessa forma, numa estratégia ligada à manutenção do poder político, onde nem sempre as questões associadas ao sucesso do atendimento e da saúde são respeitadas.

A tensão gerada pela política pública da Rede Mãe Paranaense evidencia a complexidade da relação entre o Estado amplo nas figuras jurídicas do Paraná e do Brasil e as lógicas de reprodução da vida comunitária dos pequenos municípios. Trata-se de questão central na Ciência Política brasileira e refere-se aos processos de centralização e descentralização de poder na formação da Federação. Análises mais densas discorrem sobre os esgarçamentos dos laços ou as alianças entre os municípios e a União, entre os poderes local e central. Mas, em linhas gerais, pode-se desvelar uma tendência observada. Da perspectiva da estrutura técnico-burocrática que organiza as ações amplas de saúde no Estado do Paraná e na União, a lógica impessoal de eficiência das políticas públicas ou da alocação dos recursos serve como parâmetro quando postas em ação nos pequenos municípios. Nesse sentido, há o exercício de uma pressão desses entes maiores no sentido de coagir com regras, normas e hábitos as práticas locais. Do ponto de vista local, há resistência em aderir aos ditames externos, mesmo que isso comprometa a eficácia da promoção de saúde.

Ainda que visualizemos essa tendência, é no circuito político, nas relações, trocas, alianças, conchavos e disputas entre as instâncias locais, regionais e federais que seria possível detectar como as lutas pela permanência dos HPP se desenrolam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa evidenciou que o importante para os gestores, independente do custo-benefício desses hospitais, é manter a satisfação dos usuários, com médicos disponíveis nos serviços hospitalares nos municípios de pequeno porte e atendimento acessível para qualquer tipo de grau de complexidade, conforme regem os valores populares locais.

Neste estudo, ao fazer parte da RUE, o gestor municipal consegue garantir que os cidadãos atendidos nos casos de urgência e emergência, que regra geral as pequenas cidades não possuem condições de resolver, sejam incluídos nas centrais reguladoras e consigam ser recebidos em hospitais de maior porte. O que coincide com o desejo da população de ser atendida em centros maiores, nos casos de maior complexidade. O que se constata é que para

o gestor o hospital de seu município está inserido na RUE, mesmo que na realidade ele não atenda aos requisitos técnicos.

Em virtude das exigências técnicas da Rede Mãe Paranaense, esta pesquisa mostrou que a grande maioria dos HPP não possui condições de integração, tornando-se meros encaminhadores de gestantes para hospitais/maternidades de referência, quando o desejo dos gestores e da população local, ao contrário do exemplo anterior, era que a atenção às parturientes ocorresse nos municípios de residência dessas. Para tanto vários gestores burlam as regras da Rede de obstetrícia e incentivam a realização de cesarianas eletivas, Agendando várias dessas cirurgias num mesmo dia em que viabilizam a presença do obstetra, pediatra e anestesista.

Fica evidente que o gestor só vai aderir às RAS, que ele possui alguma forma de participação e que ele tenha interesse em participar, desde que atenda também aos interesses dos cidadãos.

As demais RAS não foram desenvolvidas em muitos municípios, sequer são do conhecimento dos gestores, demonstrando que a proposta de organização dos serviços em Redes, apesar de documentação normativa ser do início da década, ainda há muito que se fazer para que comecem a sair do papel.

REFERÊNCIAS

- ALETRAS, V.; JONES, A.; SHELDON, T. Economies of scale and scope. *In*: FERGUSON, B.; SHELDON, T.; POSNETT, J. **Concentration and choice in healthcare**. London: Financial Times Healthcare, 1997. p. 23-36.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2014.
- BOURDIEU, P. Gostos de classe e estilos de vida. *In*: ORTIZ, R. **Coleção grandes cientistas sociais**. São Paulo: Editora Ática, 1983a.
- BOURDIEU, P. O campo científico. *In*: ORTIZ, R. **Coleção grandes cientistas sociais**. São Paulo: Editora Ática, 1983b.
- BOURDIEU, P. **Pierre Bourdieu**: sociologia. São Paulo: Ática, 1983c.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS-DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.044/GM, de 1º de junho de 2004**. Institui Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1044_ac.htm. Acesso em: 10 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 10 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011**. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação de componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html. Acesso em: 8 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 25 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 10 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão: garantindo saúde para todos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

GONÇALVES, I. M.; RAUSH, M. C. P.; OLIVEIRA, J. C. Avanços e resultados da regulação do acesso aos serviços de saúde no SUS de Minas Gerais. *In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA*, 3., 2009, Belo Horizonte. *Anais [...]* Belo Horizonte: CONSAD, 2009. Disponível em: http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_9/avancos_e_resultados_da_regulacao_do_acesso_aos_servicos_de_saude_no_sus_de_minas_gerais.pdf. Acesso em: 10 jan. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 25 mar. 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha guia rede mãe paranaense**. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde, 2012. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf. Acesso em: 5 mar. 2018.

RIVERA, F. U. J. Análise estratégica hospitalar e projeto assistencial: a perspectiva de Michel Crémadez e François Gâteau. *In: RIVERA, F. U. J. Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 37-96.

ROSA, T. O papel do hospital na rede de atenção à saúde. **Consensus**, Brasília, v. 4, n. 11, p. 13-22, 2014.

SALTMAN, R. B.; FIGUEIRAS, J. **European health care reform**: analysis of current strategies. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1997.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. Public regulation of the health care system in Brazil - a review. **Interface** – Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

SCHILLING, C. M.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. **A política regulação do Brasil**. Brasília: OPAS, 2006.

SILVEIRA, R. B.; SOUZA, A. M. **Avaliação dos indicadores de ocupação de leitos do hospital universitário de Santa Maria por meio da estatística descritiva**. 2004. Monografia (Especialização) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2004. Disponível em: <http://w3.ufsm.br/adriano/mon/rb.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

TORRES, J. A.; DOMINGUES, R. M. S. M.; SANDALL, J.; HARTZ, Z.; GAMA, S. G. N.; THAME FILHA, M. M. SCHILITHZ, A. O. C.; LEAL, M. C. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl 1, p. S220-31, 2014.

UGA, M. A. D.; LOPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 915-28, 2007.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-7, 2012.

5.3 MANUSCRITO 3

O Poder Simbólico e a Gestão dos Hospitais em Municípios de Pequeno Porte⁴**The Symbolic Power and Hospital Management in Small Cities**

Resumo: Num contexto de crise econômica, a existência de hospitais de pequeno porte (HPP) torna-se mais um gerador de problemas do que de soluções. Este artigo visou compreender os aspectos que interferem na gestão desses hospitais sob conceitos teóricos de Pierre Bourdieu. Trata-se de um estudo de métodos mistos, realizado nos hospitais de 14 municípios, no norte do Paraná. Foram utilizados dados secundários e entrevistas semiestruturadas com secretários de saúde e diretores dos hospitais. Foi realizada análise compreensiva e interpretativa articulada às formulações de Bourdieu. Os resultados foram organizados em duas categorias. A primeira categoria tratou do desafio de manter um serviço de saúde que, além de gerar grandes despesas traz poucos resultados na prestação de serviços à população. A segunda revelou como o jogo político torna o processo de gestão dos HPP uma tarefa complexa e desafiadora. O estudo concluiu que apesar desses hospitais não se constituírem instituições eficientes para prover assistência à saúde para as populações às quais se destinam, têm-se mantido historicamente: por um lado influenciado pelo *habitus* coletivo cultural desse valor existente entre a população e, sobretudo pela força do poder simbólico que mobilizam os gestores/agentes políticos dominantes.

Palavras-chave: Administração hospitalar. Administração pública. Poder. Cidades pequenas.

Abstract: In a context of economic crisis, the existence of small hospitals (HPP) becomes more a problem generator than a solution. This article aimed to understand the aspects that interfere in the management of these hospitals under theoretical concepts of Pierre Bourdieu. This study used mixed methods, carried out in hospitals of 14 towns, in the north of Paraná. Secondary data was collected and semi-structured interviews were conducted with the department of health and hospital directors. A comprehensive and interpretative analysis was carried out articulated to the formulations of Bourdieu. The results were organized into two categories. The first category dealt with the challenge of maintaining a health service that, besides generating onerous expenses, presents poor results in providing services to the population. The second revealed how the political interests make the HPP management process a complex and challenging task. The study concluded that although these hospitals are not efficient institutions to provide health care for the intended population, they have been historically maintained: on one hand influenced by the collective cultural *habitus* of this value among the population and, above all, by the strength of the symbolic power that mobilizes the dominant political managers /agents.

Keywords: Hospital administration. Public administration. Power. Small cities.

⁴ Manuscrito submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva.

EIXO: Implicações da crise na regulação e gestão dos sistemas e serviços de saúde.

Introdução

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no final da década de 1980, sua gestão ocorre por meio da atuação das esferas federal, estadual e municipal. Contudo, em virtude da descentralização, os municípios são atualmente os grandes responsáveis pela prestação dos serviços públicos de saúde.

Um dos locais de oferta de serviços de saúde à população são os hospitais. Nos Municípios de Pequeno Porte (MPP), aqueles cuja população não ultrapassa 20.000 habitantes, a maioria dos hospitais são caracterizados como de pequeno porte, ou seja, possuem até 50 leitos. Esses hospitais são do tipo gerais, isto é, realizam atendimentos de urgência e emergência, atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas, pediátricas, obstétricas e, apesar de terem presença marcante nas comunidades por todo o interior do país, pouco se tem estudado ou discutido sobre o seu papel no SUS¹.

A existência de hospitais em MPP são muitas vezes heranças de antigos hospitais filantrópicos, os quais, em grande parte, tornaram-se mais um gerador de problemas do que de soluções, visto a dificuldade em manter equipes médicas e pessoal especializado, comprometendo o orçamento das pequenas cidades².

Esse quadro tem se tornado mais grave em virtude da crise financeira por que passam os MPP, especialmente pela redução proporcional da participação da União no financiamento da saúde nos últimos anos. Este fato é analisado no documento da Organização Pan-Americana da Saúde “Financiamento em Saúde no SUS”, que destaca que no ano de 2002, 53% dos gastos em Saúde Pública eram custeados pela União e que em 2008 esse percentual se reduziu para 45%. Os gastos dos estados aumentaram neste mesmo período de 22% para 26%, assim como o dos municípios, de 26% para 30%. Entre 2002 a 2008 a União aumentou

seus gastos em 97%, entretanto os estados e municípios ampliaram em 170% seus gastos em saúde³.

Diante desse cenário desfavorável, emergem elementos por vezes não explícitos, acerca dos mecanismos de reprodução do poder simbólico que colaboram com a manutenção dos HPP. Nesse sentido, conceitos propostos por Bourdieu (campo, *habitus* e poder simbólico) serão utilizados no decorrer desse texto para compreensão da teia de valores culturais e simbólicos que sustentam a lógica da manutenção dos HPP nos MPP.

Com base em Bourdieu⁴, campo é um espaço estruturado de posições onde aqueles que as ocupam concorrem entre si em um jogo. Neste jogo, agentes e instituições, tendo em comum o fato de possuírem quantidades de capitais específicos (econômico, político, cultural, social), enfrentam-se em estratégias destinadas a conservar ou a transformar essa relação de forças entre posições sociais e de dominação.

O conceito de *habitus* é um sistema de disposições adquiridas, advindo de 'experiências passadas', herdadas da família, desenvolvido no processo de socialização e de cultura. Funciona como 'uma matriz de percepções' que orienta as ações dos agentes em suas práticas. Existem diferentes tipos de *habitus*, o individual e o coletivo⁵.

Ambos influenciam o funcionamento dos campos e a detenção de capitais por parte dos gestores, moldando inclusive a posição que cada um deles ocupa nesses espaços. São disposições que exprimem a conexão entre a ação individual e as condições sociais ou culturais. Nesse estudo ganha relevância o *habitus* individual (político, técnico, cultural)⁵, relativo à dimensão política e ao conhecimento e o *habitus* coletivo cultural, relacionado ao capital simbólico dos HPP.

O poder simbólico é “[...] esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que Ihe estão sujeitos ou mesmo que o exercem”⁵ E os participantes do jogo existente nesse campo específico, mantém uma

“cumplicidade objetiva”; ou seja; a de manter objetivos comuns e a estrutura do campo existente como ela se encontra, independentemente das posições dos participantes desse jogo, enquanto dominantes e dominados⁶.

Assim, considerando a inserção dos HPP públicos nos MPP, questiona-se como tais estruturas, frequentemente onerosas, se mantem em um cenário de crise e de subfinanciamento do SUS? Como se dá a gestão dos mesmos? E quais os desafios enfrentam para realizarem essa tarefa? Desta forma, este artigo visa compreender os aspectos que interferem na gestão dos hospitais nos pequenos municípios, sob o enfoque de conceitos de Pierre Bourdieu.

Percurso Metodológico

Trata-se de estudo de métodos mistos, desenvolvido por meio de abordagens quantitativa e qualitativa, segundo modelo de projeto sequencial explanatório do tipo convergente de Creswell e Clark⁷. Foram analisados processos envolvidos na gestão dos hospitais localizados em MPP pertencentes à 17^a Regional da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), localizada na macrorregião norte do Paraná, com população de 871.267 habitantes⁸. É composta por 21 municípios, destes 17 são caracterizados como MPP, dos quais 14 possuem HPP (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos Hospitais em MPP da 17ªRS, população, entidade mantenedora e leitos por hospital, Paraná, 2015.

| Município | População | Natureza Jurídica | Total de Leitos | Leitos/1.000 Hab |
|-----------------------|----------------|------------------------------|-----------------|------------------|
| Alvorada do Sul | 11.057 | Público/Municipal | 21 | 1,8 |
| Assai | 16.212 | Público/Municipal | 58 | 3,5 |
| Bela Vista do Paraíso | 15.612 | Público/Municipal | 26 | 1,6 |
| Centenário do Sul | 11.312 | Público/Municipal | 25 | 2,2 |
| Florestópolis | 11.205 | Público/Municipal | 22 | 1,9 |
| Jaguapitã | 13.174 | Público/Municipal | 29 | 2,2 |
| Jataizinho | 12.504 | Privado/Sociedade Emp. Ltda. | 19 | 2,3 |
| Lupionópolis | 4.859 | Público/Municipal | 16 | 3,2 |
| Miraselva | 1.885 | Público/Municipal | 10 | 5,3 |
| Porecatu | 13.973 | Público/Municipal | 49 | 3,5 |
| Prado Ferreira | 3.668 | Público/Municipal | 20 | 5,4 |
| Primeiro de Maio | 11.243 | Público/Municipal | 24 | 2,1 |
| Sertanópolis | 16.373 | Público/Municipal | 27 | 1,6 |
| Tamarana | 13.730 | Público/Municipal | 21 | 1,5 |
| TOTAL | 156.807 | | 367 | 2,3 |

Fonte: Brasil⁹.

Os dados quantitativos foram utilizados para a caracterização dos hospitais e de seu funcionamento, obtidos de bases de dados nacionais: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES-MS), Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A etapa qualitativa, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com os secretários de saúde e os diretores desses 14 HPP, no período de março a dezembro de 2016, visou compreender os desafios e os aspectos que interferem na gestão dos HPP, por meio de análise compreensiva e interpretativa das falas, sob o enfoque de conceitos teóricos de Bourdieu⁵. Realizou-se leitura aprofundada de cada registro separadamente, sendo possível a constituição de sínteses individuais. A seguir desenvolveu-se uma análise transversal destas, procurando evidenciar semelhanças, contradições e antagonismos, presentes nas entrevistas à luz do referencial teórico, considerando o contexto em que os sujeitos estavam inseridos.

Este estudo integra um projeto de pesquisa denominado “Hospitais em Municípios de Pequeno Porte: sua inserção no SUS”, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em que os pesquisadores estão vinculados, sob número: 1.440.160. Os

aspectos éticos foram obedecidos, conforme a resolução n.º. 466/12¹⁰ e os entrevistados citados no artigo foram identificados com letra M, seguida de números arábicos, em ordem cronológica da realização das entrevistas, preservando o sigilo destes.

Resultados e Discussão

A análise dos resultados do estudo possibilitou a construção de duas categorias que elucidam como o poder simbólico dos HPP interferem na gestão dessas estruturas, seja na esfera econômica, seja na esfera política.

O Poder Simbólico dos HPP na esfera econômica

A primeira categoria trata do poder simbólico dos HPP na esfera econômica, ou seja, do desafio de gerenciar um serviço de saúde que, além de gerar despesas significativas, traz poucos resultados na prestação de serviços à população. Como forma de exemplificar, apresenta-se a produção desses hospitais a partir dos dados levantados no SIH/SUS (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das internações hospitalares por especialidade e indicadores hospitalares nos MPP do Paraná, 2015.

| Município | Especialidade | | | | | Valor Médio Internação | Nº. Médio Mensal Internação | Nº. Médio Internação Mensal/Leito |
|----------------|---------------|------------|-------------|------------|-------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| | Cirúrgica | Obstétrica | Clínica | Pediátrica | Total | | | |
| Assaí | 193 | 172 | 998 | 40 | 1403 | 979,32 | 117 | 2,01 |
| B. V. Paraíso | 13 | 177 | 312 | 68 | 570 | 844,15 | 47 | 1,82 |
| Centenário Sul | - | 2 | 190 | 10 | 202 | 644,68 | 17 | 0,67 |
| Florestópolis | - | 96 | 159 | 31 | 286 | 749,70 | 24 | 1,08 |
| Jaguapitã | - | 29 | 307 | 34 | 370 | 846,99 | 31 | 1,06 |
| Jataizinho | 5 | 1 | 848 | - | 854 | 1.028,90 | 71 | 3,74 |
| Lupionópolis | 4 | 6 | 78 | 10 | 98 | 672,66 | 8 | 0,51 |
| Miraselva | - | - | 53 | 5 | 58 | 576,87 | 5 | 0,48 |
| Porecatu | 5 | 6 | 270 | 43 | 324 | 478,33 | 27 | 0,55 |
| Prado Ferreira | - | - | 56 | 1 | 57 | 444,35 | 5 | 0,23 |
| Primeiro Maio | - | - | 179 | - | 179 | 571,50 | 15 | 0,62 |
| Sertanópolis | 60 | - | 288 | 34 | 382 | 861,75 | 32 | 1,17 |
| Tamarana | - | 8 | 197 | 61 | 266 | 517,46 | 22 | 1,05 |
| Total | 280 | 497 | 3935 | 337 | 5049 | 840,06 | 421 | 1,14 |

Fonte: Brasil⁹.

Com base na Tabela 2, observa-se que o número de leitos é superior ao estabelecido pelos parâmetros da Política Nacional de HPP (PNHPP), portanto, seria mais que suficiente para atender a população da região. No entanto, o número médio de internações mensais por leito foi muito baixo nesse período, de apenas 1,14, variando de 0,23 (menor média) a 3,74 (maior média), o que denota uma ociosidade muito grande de sua capacidade instalada e conseqüentemente indicadores de produção baixos, levando a um grande desperdício de recursos públicos.

Devido a baixa taxa de ocupação dos leitos, ausência ou realização de pouquíssimas cirurgias, a produção hospitalar é praticamente irrisória, levando à baixa programação de compras de materiais e medicamentos, a estoques insuficientes de muitos materiais, fazendo com que a compra de alguns itens mais comuns de medicamentos, se deem nas farmácias locais, a um custo mais alto.

Devido às exigências legais e técnicas, para manter o HPP aberto é necessária a contratação de diversos profissionais como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, para prestar assistência a um número irrisório de pacientes, ou mesmo sem nenhum paciente internado, como acontece em muitos dias.

Outra constatação evidenciada na tabela 2, é que metade dos 14 HPP não apresentaram internações cirúrgicas durante todo o ano e apenas dois tiveram mais que uma internação cirúrgica/mês. Além disso, dos 14, quatro não apresentaram internação obstétrica e apenas quatro tiveram mais de uma internação obstétrica/mês no ano de 2015. Pela análise do valor médio das internações e número total de internações, percebe-se porque os municípios praticamente respondem por todo o custeio desses hospitais. Essa constatação é corroborada pelos gestores.

*[...]Olha, o hospital acho que é o nosso maior custo. O nosso maior custo. Desse montante, eu acho que cinquenta por cento mais ou menos[...] (M5).
[...]Hoje está em torno de 31% o gasto com saúde. (O HPP) Hoje passa de duzentos mil. Duzentos e cinquenta mil ou duzentos e sessenta mil (reais) por mês, aproximadamente 50% dos recursos da saúde[...] (M5).*

Segundo os entrevistados o que mais eleva os custos hospitalares é a folha de pagamento, sobretudo, referente à contratação de médicos por via da terceirização.

[...] você não pode fazer concurso porque você está proibido ..., mas você tem que ter médico, então você terceiriza. [Se] você terceiriza você paga quase o dobro [...]É, uma loucura, uma doideira que fizeram [...] (M4).

Além dos altos custos, a receita oriunda de outros entes federados é tida como insuficiente. Muitos, senão todos, apontam que poderiam melhorar a assistência prestada nos HPP se recebessem mais recursos. Essa dificuldade financeira resulta no desejo dos gestores em investirem mais na atenção básica, mas em virtude do HPP consumir significativo percentual dos gastos em saúde do município, faz com que estes almejem que os gastos com o HPP tivessem outras fontes de financiamento ou custeio, que recebessem mais recursos do governo federal ou estadual.

*A prefeitura arca com bastante, não é? [...] Se tivesse uma menor carga para a prefeitura em si, em dinheiro, seria melhor até para os funcionários, [seria] melhor remunerado, não é? [...] (M11).
O HOSPSUS entra com vinte mil... O resto é tudo [...] Tudo municipal. Então é muita coisa. E aí eu tenho aqui no hospital quantos funcionários? Não paga nem os funcionários, se a gente for ver o recurso (M6)*

Destaca-se que contar com a maior participação financeira, seja da União ou do Estado, encontra-se na contramão das decisões e orientações políticas atuais no que se refere à saúde. A falta de prioridade ao SUS fica evidente quando se analisa os constantes ataques visando seu desmonte, reforçados pela crise econômica, e pelas políticas de austeridade fiscal e, especialmente, pela Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016) que congelou o orçamento público por vinte anos¹¹. Ou seja, vislumbrar um cenário em que os MPP terão apoio financeiro de outras esferas para custear os HPP parece, no mínimo, ingênuo.

Diante disso, inevitavelmente se percebe uma precarização, tanto de equipamentos quanto da estrutura física dos HPP. Referente aos equipamentos, os entrevistados citam que mesmo quando eles apresentam potencial de uso, constantemente possuem problemas de funcionamento por serem obsoletos, sem qualquer suporte para manutenção, os quais, em

alguns casos, foram adquiridos sem pareceres técnicos de profissionais habilitados para tal. Não raras vezes profissionais mais treinados ou mais experientes queixam-se aos gestores dos hospitais por não conseguirem realizar alguns procedimentos por falta de materiais, equipamentos ou estrutura adequada.

Outro problema, de acordo com os entrevistados, decorre da gerência e manutenção da infraestrutura física dos estabelecimentos assistenciais de saúde que, na rede pública, têm sido negligenciadas, pois, entre outras razões, nem sempre as etapas básicas em um processo de desenvolvimento gerencial são articuladas entre o planejamento, o projeto, a execução e a manutenção.

O nosso centro cirúrgico está interditado... Não tem condições ... Olha, nós estamos com a ala do fundo toda interditada, e... toda a internação. Nós temos no total vinte e quatro leitos cadastrados, não é? Mas nós temos só metade funcionando, então, porque a parte do fundo está toda interditada (M6.)

[...] Hoje, um problema que nós temos no hospital é a nossa lavanderia, que é de setenta e três (1973), não é? Nunca foi mexido. Nós estamos aí licitando a lavanderia nova (M7).

Para Guimarães¹² isso decorre porque durante a execução dos projetos, a preocupação fica concentrada na execução das obras e na aquisição de equipamentos, enquanto que a manutenção (predial e de equipamentos) é negligenciada levando à descontinuidade e à baixa qualidade na prestação de serviços.

Verificou-se que a manutenção desses hospitais fica praticamente a cargo apenas do município e que essas despesas por vezes, torna-se até maior que antes das reformas. É o que aponta os participantes do estudo, ao relatarem que a manutenção dos HPP por si só poderia ser considerada desperdício dos recursos da saúde, analisando-se o custo benefício.

Um pronto atendimento que, às vezes, até resolveria mais a nossa situação e diminuiria muito os gastos, a população iria se revoltar com o prefeito que tiver que fazer essa situação. Então eu falo que a gente preserva muito isso ainda porque é importante para a gente ainda, para a população em si, não é? Eu sei que o gasto é absurdo, se a gente for ver, não é? [...] Está interditado, que aí começou a obra e parou. Parou porque, como o prefeito está usando recurso próprio [...] aí a gente tem um pouco de dificuldade (M6).

Além disso, há vários casos em que as reformas e adequações frente às exigências da vigilância sanitária (VISA) foram projetadas sem o devido conhecimento técnico, sendo que ao final da execução da obra, continuavam sem atender as referidas exigências, ou o projeto sofreu tantas alterações que não foi possível concluí-lo, deixando a obra inacabada.

[...] Ele (o prédio do hospital) é alugado. Mas a gente acabou fazendo no ano passado uma reforma na área da frente, em alguns quartos, porque estava em condições muito precárias, não é? Que a gente acaba perdendo o investimento, mas a gente teve que fazer essa reforma [...] (M 8).

Outra situação que caracteriza o desperdício na percepção dos entrevistados é a aquisição de equipamentos que sequer possuam utilidade, outros até poderiam ser úteis à população, porém não possuem profissionais com treinamento para manuseá-los, outros são de baixa qualidade e de manutenção de alto custo.

Eu tenho um ultrassom, mas não consigo bancar o médico para manter ele fazendo esses exames. Os médicos novos têm feito muito pedido de ultrassom dentro do hospital, de ressonância.... Então isso está encarecendo demais.... e não tem como eu dizer para o médico não fazer.. (M1).

Algumas vezes os gestores dos HPP são induzidos por profissionais a comprarem equipamentos com a promessa de que com as aquisições os mesmos passarão a realizar determinados procedimentos diagnósticos ou terapêuticos. Após alguns poucos procedimentos os profissionais deixam de trabalhar nos locais, outros “emprestam” os equipamentos para utilizarem também em suas clínicas, e assim o HPP realiza um investimento que não alcança o retorno desejado, que é atender à sua clientela do SUS.

Segundo o estudo de Dias et al.¹³ a ineficiência da gestão pública com obras que perduram meses a mais do que o planejado, remédios comprados e não distribuídos antes do vencimento, ausência de efetiva utilização dos equipamentos recebidos, entre outros, desencadeia o desperdício passivo, o qual afeta a qualidade dos serviços prestados à população e provoca prejuízo aos cofres públicos, chegando a uma quantia até quatro vezes maior do que a causada pela corrupção (desperdício ativo).

A questão central é que os HPP presentes em meios sociais comunitários de MPP apresentam dinâmicas de funcionamento próprias, diferentes do que se supõe em centros urbanos mais populosos. Essas dinâmicas impactam na efetivação dos seus propósitos determinados pelas políticas públicas vigentes.

Muitos gestores de saúde manifestaram que não têm interesse em manter assistência hospitalar e que esta decisão é profundamente marcada pela influência pelo prefeito. A gestão municipal não fecha ou reduz os serviços oferecidos nos hospitais em virtude da importância política dos mesmos, bem como pelo desejo da população em mantê-los funcionando. Para a manutenção desses hospitais o volume de recursos enviados pelo governo estadual e federal é muito pouco, na visão dos gestores, e não impactam nessa decisão.

O poder simbólico investido na ideia do Hospital pode explicar em parte porque, mesmo com baixa produtividade e onerosos custos para os erários dos MPP, os agentes políticos não abrem mão de custeá-los, ampliá-los ou os manterem com os meios que dispõem. Eles constituem, pelas razões expressas, instituições que estabilizam, em termos amplos, a coesão social dos munícipes, ao mesmo tempo em que são instituídos como importantes canais de conversão de capital político e social para os agentes políticos que os dirigem⁵.

Os representantes dos HPP atuam para legitimar o modo de funcionamento dessas instituições tanto na objetividade (coisas) como na subjetividade (mentes). As relações estabelecidas nesse campo cumprem a função política de instrumentos de imposição simbólica, como aponta o próprio Bourdieu: “Por meio dessa dupla imposição da ordem simbólica, o Estado tende a admitir como óbvio, como evidente um grande número de prática e de instituições”¹⁴.

E essa naturalização do funcionamento dos HPP, aparentemente, dispensa o planejamento nos termos consagrados pela gestão técnica racional de atendimento à saúde. O

fato de integrarem um quadro de campos sociais em tensão nessas comunidades diminutas produz, a partir deles, lógicas internas e externas subjacentes que não coincidem com aquelas que supostamente encontraríamos em Hospitais de médio e grande porte, situados em municípios mais populosos.

Nessas instituições existem características que lhes são próprias, capital e poder simbólicos, regras de jogo, relações de poder, formas discursivas, códigos, mensagens e vozes que dialogam com o campo ampliado da saúde pública, mas que estão mais referenciados às relações locais de trocas simbólicas, econômicas e políticas. Isto é, os HPP incorporam nos agentes que vivenciam seu cotidiano, modos de ser e agir que não coincidem exatamente com aquilo que se espera em termos de prática médica profissional.

O Poder simbólico dos HPP na esfera Política

Essa segunda categoria tem o propósito de revelar como poder simbólico dos HPP interfere no processo de gestão e manutenção dos mesmos. Um dos primeiros aspectos a serem considerados relaciona-se a cargos de gestão nos hospitais, em que o provimento de pessoal para os cargos de gerência dessas instituições se dá por indicação política.

O RH nosso (da prefeitura) aqui é muito voltado à política (M1). A secretária é a esposa do prefeito (M4). É ele (o prefeito) que resolve (M6). O secretário de saúde é o vice-prefeito (M7).

Todos os gestores dos HPP foram nomeados pelos prefeitos, seja ele o Diretor ou próprio Secretário de Saúde do Município, que muitas vezes assume cumulativamente a gestão do Hospital.

Ainda, de acordo com os entrevistados, as contratações são de cunho político-eleitoral, muitas vezes admitindo profissionais que não são prioritários para as demandas e necessidade de saúde da população e com qualificação questionável. Trata-se de uma forma de agir em que os dominantes de cada campo, elaboram estratégias simbólicas, visando manter e legitimar os fundamentos de sua dominação¹⁵.

Destaca-se que a questão da capacitação do pessoal dos hospitais públicos em MPP, passa por outras questões além da ingerência política. Sabe-se que tais localidades possuem maior dificuldade de atrair profissionais que possuem melhor qualificação, além do fato de não haver, nas pequenas cidades, programas de educação permanente ou continuada que qualifiquem os profissionais que assumem funções gestoras. Desse modo, as atividades realizadas pelos profissionais dos hospitais, muitas vezes são aprendidas no próprio trabalho¹⁶.

Verifica-se que os gestores dos HPP na região estudada não dispõem do *habitus* informacional na gestão, aquele relativo ao domínio, ao conhecimento (teórico e técnico) sobre a política de saúde, sobre a legislação, sobre as Redes de Atenção à Saúde. É um tipo de conhecimento específico, que depende também de vários outros tipos de informação: econômica, contábil, referente à legislação, dentre outros. Alguns até possuem o *habitus* político, pelo fato de serem investidos do cargo de prefeito e esse interfere por meio das disposições estruturadas (no social) e das ações estruturantes (mentes) nas ações que realizam⁵.

Quando se trata de cargos de gestão verifica-se que a influência política atua de forma mais direta. Em praticamente todos os hospitais estudados, o pessoal responsável pela gestão do hospital não possuía formação em gestão, visto que apenas um dos profissionais que atuava na gestão possuía pós-graduação em gestão hospitalar. Mesmo os detentores de curso superior não possuíam especialização ou algum outro tipo de pós-graduação em Administração Hospitalar, Gestão Pública, Administração de Empresas, ou similares.

O diretor administrativo do hospital possui segundo grau (M2). Nós aprendemos na marra, não é? É complicado para o (diretor), sendo um advogado...saber, de repente...de Gestão hospitalar (M9). Não tenho uma formação formal e a gente acaba assumindo. Então a gente veste a camisa do hospital... (M12).

Do sistema de *habitus* que orienta a prática dos gestores, as disposições duráveis e a ausência de capitais informacionais assumem grande relevância no discurso dos entrevistados. Embora reconheçam a ausência de formação na gestão, por questões políticas ou mesmo de manutenção do trabalho, mantém-se no desempenho da função pública. Apenas um dos entrevistados foi identificado como apto ao cargo, por ser formado em administração de empresas e ter experiência em gestão, sendo reconhecido como dotado do *habitus* informacional.

Alguns autores, como Castelar, Mordelet e Grabois¹⁷ questionam a dificuldade no exercício da gestão dos hospitais quando depositada em mãos de servidores que não possuem qualificação para tal, especialmente no trabalho de gestão de pessoas, no bom uso das tecnologias disponíveis e no alcance de metas. Segundo os autores, sem a devida formação não há como realizarem tarefas típicas da gestão como o planejamento, coordenação, direção e controle.

O reflexo dessa baixa qualificação profissional foi expresso pela ausência de ações de planejamento hospitalar. Praticamente todos os HPP investigados não possuíam algum tipo de planejamento. Aliás, destacou-se na fala de alguns secretários e gestores, que não realizam o planejamento por não saberem elaborar um plano diretor hospitalar. A maioria, inclusive, desconhece o volume de gastos dos HPP e o impacto desses no volume total do orçamento em saúde do município.

Esse plano diretor é o quê? ... (esclarecida a dúvida) [...] Não, não. Achei que esse plano diretor seria do médico diretor, não sei.... Não, mas isso daí não... (M8) [...] O que nós tivemos foi quando uma secretária de planejamento começou a passar alguma coisa (de gestão) para nós, mas ela ficou pouco tempo. Questão LOA (Lei Orçamentária Anual), PPA (Plano Plurianual), coisas que a gente não tinha nem noção[...] (M9). Não. Plano diretor não existe (M3).

O capital político mobilizado pelo poder executivo local, por meio dos prefeitos e secretários de saúde é determinante na seleção e escolha dos agentes que ocupam os cargos de direção e de outras funções nos hospitais. A autonomia da gestão técnica dos hospitais é

limitada pelas condições estabelecidas através dos jogos de poder pertencentes ao campo político.

Esse fato torna o agente político, a despeito de suas restrições de conhecimento técnico, ou em termos bourdieusianos a falta de *habitus* informacional e clínico, um sujeito determinante na efetivação da promoção de saúde nessas localidades. Isso, inclusive, está refletido na alocação dos recursos financeiros destinados à manutenção e reprodução dos hospitais. Pelo que foi possível analisar, não é o cálculo racional em busca da eficiência na efetivação da assistência à saúde que orienta a captação e mobilização de recursos, mas outro tipo de cálculo, também racional, com a intenção de converter capital político que sustenta a reprodução dos HPP⁵.

Chama atenção o fato de alguns participantes referirem o desejo de realizar mudanças referentes à função dos HPP, na visão deles necessárias, porém não possuem autonomia (capital simbólico político) suficiente para realizá-las.

[...] para um político, um hospital numa cidade pequena fechar... Derruba o prefeito e a câmara tudo... Então, assim, teria que ter uma forma de financiamento, mas não para manter todos os hospitais abertos[...] (M 3).

[...] a gente até teve várias conversas de fechar o hospital, e ele falou: "Não, eu não vou carregar esse peso, e prefeito nenhum vai carregar o peso de fechar o hospital [...]" (M5).

[...] É ele (o prefeito) que resolve. Um pronto atendimento [...] até resolveria mais a nossa situação e diminuiria muito os gastos, mas população iria se revoltar com o prefeito. Eu sei que o gasto é absurdo, se a gente for ver, não é? [...] (M6).

Nos discursos fica nítida a tensão presente em trabalhadores, gestores municipais e população acerca do papel do HPP. De acordo com Cecílio¹⁸ tais tensões fazem parte do processo de gestão tendo em vista que toda prática humana é orientada por diferentes teorias, conceitos, visões de mundo, projetos ético-políticos que delimitam como pensamos o Estado, a cidadania e os direitos sociais. Trata-se, portanto de explicitar a tensão, porém, percebe-se que, em vista das dificuldades ou embates apresentados no campo político, os gestores dos

serviços sabem quem são os partícipes desse jogo e organizam suas práticas no sentido de manter as regras do jogo, ou seja, de não explicitar as tensões.

É preciso enfatizar que os hospitais nesses MPP exercem uma função simbólica que extrapola seu caráter de promotor de assistência à saúde, tomando, como principal característica, ser a representação material, enquanto edificação, da instituição médica moderna em seu papel de reguladora entre o “são e o doente, entre o normal e o patológico”¹⁹. Não ter um hospital em um MPP pode provocar, no imaginário coletivo, o sentimento de afastamento aos padrões estabelecidos de modernidade civilizada. Isso é evidenciado em falas dos entrevistados que, quando questionados sobre os impactos do possível fechamento das unidades hospitalares comprovadamente ineficazes, logo são contrários à ideia argumentando que a população seria prejudicada, que não aceitaria, que seria um problema grave.

Estes hospitais, ao mesmo tempo que nem sempre atendem as necessidades daqueles que procuram seus serviços, calcados pelo *habitus* cultural de sua existência, se mantêm por serem utilizados pelo poder público como instrumento de poder simbólico, tanto no campo da saúde como no campo político¹⁵.

Mais do que uma questão de autoestima coletiva em relação à comunidade regional ou nacional, a ausência de uma instituição como essa, já incorporada no *habitus* cultural civilizatório como termômetro da normalidade, poderia significar uma ruptura civilizacional ou, em termos funcionalistas, um estado de anomia social⁵.

Considerações Finais

Tanto as entrevistas, como os dados apresentados destacam que os HPP não são veículos eficientes para prover assistência à saúde para as populações às quais se destinam. Ainda assim, eles constituem objetos de significativa estima política e canalizam para si parte

substancial dos reduzidos recursos destinados à saúde nos MPP, o que compromete ainda mais a manutenção de outras áreas da saúde, especialmente a Atenção Básica.

O presente estudo trouxe à tona questões que exploram dados objetivos concretos, relativos a números, a produtividade, a eficiência, mas destacam, acima de tudo, a potência do poder simbólico dessa instituição. A existência do HPP e de sua manutenção decorrem de produtos culturais, da maneira como é classificado e pela correspondência oculta entre aqueles que pertencem ao campo, tanto na condição de consumidores de produtos (população), como na condição de gestores. Estes últimos, investidos no cargo político, mantêm a estrutura e assim se mantêm no lugar de dominantes nesse campo político e não rompem com esta lógica, mantendo-se a cumplicidade objetiva que envolve o campo político, no sentido de conservação da organização social existente

Os gestores, por vezes, atendem mais aos interesses daqueles que controlam as questões políticas nessas pequenas cidades do que mesmo a população ou ainda as diretrizes determinadas pelos órgãos de gestão de saúde das esferas estadual e nacional que buscam efetivar o funcionamento da saúde pública no país.

Considerando os resultados desse estudo, percebe-se a necessidade de que seja resgatada a identidade organizacional, a recuperação da motivação dos profissionais, associados à utilização de instrumentos que possam orientar a tomada de decisão, além de dotar os gestores da área da saúde de maior capital cultural, particularmente técnico.

Autores como Ugá e López¹ defendem que os HPP têm um grande potencial de aplicação de novas tecnologias que tratem a rede básica e o hospital de maneira complementar e respondam, com eficiência e eficácia, às demandas locais de saúde, especialmente nos atendimentos de urgências, emergências e partos. Para isso é necessário que se formulem desenhos organizacionais e assistenciais inovadores para este tipo de unidade, que respeitem as peculiaridades locais, incluindo valores e aspectos culturais. Dessa forma, os HPP teriam

condições de responder satisfatoriamente às necessidades da população com maior compromisso e qualidade na atenção à saúde.

Referências

1. Uga MAD, Lopez EM. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Ciênc Saúde Colet* 2007; 12(4): 915-928.
2. Bittar O, Mendes J. Hospital, fetiche e decepção. *GI Valor Econômico* [jornal da Internet] 2017 Mar [acessado 2018 Jan 10]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//hospital_fetiche_e_decepcao.pdf
3. Brasil. *Financiamento público de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
4. Bourdieu P. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: Ed. UNESP; 2004.
5. Bourdieu P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2012.
6. Lahire B, Campo. In: Catani AF, Nogueira MA, Hey AP, organizadores. *Vocabulário Bourdieu*. Belo Horizonte: Autêntica; 2017.
7. Creswel JW, Clark VLP. *Pesquisa de métodos mistos*. 2ª Edição. São Paulo: Penso; 2013.
8. Ibge. *Censo demográfico*. [Internet]. 2010 [acessado 2018 Mar 25]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>
9. Brasil. Ministério da Saúde. - Departamento de Informática do SUS-DATASUS. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES*. Brasília; 2016.
10. Brasil. Ministério da Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet]. Brasília: MS; 2012. [acessado 2018 Fev 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
11. Vieira FS. *Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?* Brasília: Ipea; 2016.
12. Guimarães JMC. *A problemática da manutenção predial e de equipamentos em estabelecimentos de saúde pública do município do Rio de Janeiro*. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2012.
13. Dias LNS, Matias-Pereira J, Farias MRS, Pamplona VMS. Fatores associados ao desperdício de recursos da saúde repassados pela União aos Municípios Auditados pela Controladoria Geral da União. *Rev Contab Finanças* 2013; 24(63):206-218.
14. Bourdieu P. *Sobre o estado: cursos no College de France (1989-92)*. São Paulo: Companhia de Letras; 2014.

15. Jourdain A, Naulin S. *A teoria de Pierre Bourdieu e seus usos sociológicos*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 2017.
16. Santini SML. *A gestão do trabalho no SUS em municípios de pequeno porte*. 2018. [tese] Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2018.
17. Castelar RM, Mordelet P, Grabois V. *Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro*. Rio de Janeiro: Editora ENSP; 1993.
18. Cecilio LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo". *Saúde e Soc* 2012; 21(2): 280-289.
19. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.

TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

6 TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Chega-se à última seção sem a intenção de apresentar verdades imutáveis ou conclusões finais sobre o tema. Acredita-se que um posicionamento dessa natureza seria incompatível com referencial teórico utilizado neste trabalho, que é caracterizado pelo processo permanente de fazer história. É incompatível também com o fenômeno estudado, por sua dinamicidade e por se situar num campo constituído por um espaço de lutas constantes entre as forças (agentes e instituições), pelas posições no campo e pela dominação/distribuição de capital.

Portanto, a seguir serão apresentadas algumas considerações que melhor refletem a temporalidade da temática desta tese e da visão de mundo de seu autor.

Apesar da importância dos hospitais na organização no SUS, seja pelo tipo de serviços ofertados ou pelo volume considerável de recursos destinados a esse nível de atenção, o conjunto de dados desta tese apontou que os hospitais de pequeno porte (HPP) localizados em municípios pequenos (com menos de 20.000 habitantes) que compõem a 17ª Regional de Saúde da Secretária de Saúde do Paraná, apresentaram desempenho abaixo do preconizado na assistência à saúde para a população à qual se destinam, bem como inserção incipiente nas RAS, segundo os indicadores utilizados.

Os dados qualitativos, obtidos pelas entrevistas, corroboraram os achados produzidos na etapa quantitativa da pesquisa. Além disso, aprofundaram a compreensão dos fatores subjacentes a esse fenômeno, visto que o poder simbólico investido na ideia do hospital pode explicar, em parte, porque, mesmo com baixa produtividade e onerosos custos para os erários dos municípios de pequeno porte, os agentes políticos não abrem mão de custeá-los, ampliá-los ou mantê-los com os meios que dispõem. Em outras palavras, verificou-se que o importante para os gestores, independente do custo/benefício desses hospitais, é manter a satisfação dos usuários, com médicos disponíveis nos serviços hospitalares nos municípios de pequeno porte e atendimento acessível para qualquer tipo de grau de complexidade, conforme regem os *habitus* populares locais.

Essa lógica, que leva em conta fatores que não estão diretamente relacionados ao desempenho da assistência à saúde dos hospitais em MPP, ficou evidente no segundo manuscrito desta tese, quando, ao interpretar a inserção desses hospitais nas RAS, verificou-se que a entrada tanto na RUE quanto na Rede Mãe Paranaense, ocorreu a despeito do não atendimento aos requisitos técnicos.

No primeiro caso, ao fazer parte da RUE, o gestor municipal consegue garantir que os cidadãos atendidos nos casos de urgência e emergência, para os quais, em geral, as pequenas cidades não possuem condições de resolver casos mais graves, sejam incluídos nas centrais reguladoras e consigam ser recebidos em hospitais de maior porte. Essa conduta coincide com o desejo da população de ser atendida em centros maiores, nos casos de maior complexidade. No segundo caso, por outro lado, em virtude das exigências técnicas da Rede Mãe Paranaense, a grande maioria dos HPP não apresentam condições de integração, tornando-se meros encaminhadores de gestantes para hospitais/maternidades de referência. Neste caso, o desejo dos gestores e da população local, ao contrário do exemplo anterior, era que a atenção às parturientes ocorresse nos municípios de residência destas.

A necessidade de aprofundamento do tema e de compreensão dos fatores que estariam por trás das tomadas de decisão realizadas pelos gestores de HPP, observadas nos dois primeiros manuscritos da tese, norteou a produção de um terceiro, com o objetivo de apresentar uma análise de quais fatores interferem na gestão desses hospitais nos pequenos municípios.

Os dados desse terceiro manuscrito revelaram que, além do capital simbólico, uma outra constatação no sentido de desvelar os fatores que poderiam ajudar a explicar as decisões (aparentemente contraproducentes) tomadas pelos gestores, foi a de que o capital político mobilizado pelo Poder Executivo local, por meio dos prefeitos e secretários de saúde, é determinante na seleção e escolha dos agentes que ocupam os cargos de direção e de outras funções nos hospitais. Logo, a autonomia da gestão técnica dos hospitais é limitada pelas condições estabelecidas mediante jogos de poder pertencentes ao campo político. Nesse sentido, mesmo sem o *habitus* clínico ou médico, o agente político passa a ocupar uma posição no espaço que é determinante na efetivação da promoção de saúde nessas localidades.

A autonomia da gestão técnica, limitada em função dos jogos de poder do campo político, atrelada à função simbólica dos hospitais que extrapola o caráter de promotor de assistência à saúde nos municípios pequenos, ajuda a compreender as decisões de gestão contraproducentes em relação ao desempenho dos hospitais nesse campo de lutas. As falas dos agentes entrevistados demonstram que essa decisão é referendada pela população, visto que o fechamento dessas instituições, comprovadamente ineficazes e onerosas, seria impensável na atual conjuntura porque a população seria prejudicada e não aceitaria tal decisão.

A questão central é que essas instituições presentes em meios sociais comunitários de MPP apresentam dinâmicas de funcionamento próprias, diferente do que se

supõe em centros urbanos mais populosos. Essas dinâmicas impactam na efetivação dos seus propósitos, determinados pelas políticas públicas vigentes.

Portanto, com base nos achados desta tese, sugerem-se duas possíveis frentes de atuação, com o intuito de propor possíveis enfrentamentos aos problemas identificados. A primeira diz respeito a uma urgente capacitação gerencial dos responsáveis pela administração dos serviços, que leve em consideração a realidade e os campos sociais, políticos, culturais etc., em que se encontram as pessoas a serem capacitadas. A segunda, de caráter mais estrutural, é a de que a pactuação/contratualização com essas instituições ocorra de forma regionalizada, ou seja, diferentemente daquilo que ocorre hoje. Sugere-se que os gestores municipais, detentores da maioria dos hospitais, criem um sistema de gestão unificado, em que hospitais estrategicamente localizados em microrregiões, fossem melhor equipados, inclusive com transferência de equipamentos de outros hospitais, e que estes últimos passassem a atuar como Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Para operacionalizar a gestão dos hospitais, os municípios poderiam viabilizar a criação de um consórcio de saúde específico, nos mesmos moldes dos existentes por todo o país. Devido a situações semelhantes a que aqui se discute, surgiu a ideia da criação dos consórcios intermunicipais de saúde ou consórcios públicos de saúde (CPS). A gestão dos hospitais em MPP poderia estrategicamente ser viabilizada por meio de CPS congregando esforços e permitindo ganhos em escala, além de responsabilização compartilhada.

Outra possibilidade seria a criação de uma empresa pública, a exemplo da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que administra inúmeros hospitais universitários de instituições federais de ensino, ou algum outro tipo de ente jurídico público ou privado sem fins lucrativos, que administrasse os hospitais municipais, por meio de instrumentos adequados.

Outra destinação para alguns hospitais de MPP com abrangência microrregional seria transformá-los em Unidades de Cuidados Prolongados. Além de manter seu tradicional serviço de pronto atendimento, já integrado à RUE, transformaria a maioria de seus leitos de internação em unidades de reabilitação de pacientes portadores de sequelas importantes ou em fase de recuperação, mas sem condições ainda de serem destinados aos seus domicílios e que, no entanto, ficam ocupando leitos de hospitais regionais ou microrregionais de grande porte.

Essa modalidade de unidade de cuidados, ao ser implantada, exigiria baixa incorporação tecnológica (a maioria dos hospitais, mesmo pequenos, já possui) e o pessoal

necessário seria o mesmo que uma equipe de Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), ou seja: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, odontólogo, farmacêutico. Esses profissionais já fazem parte da equipe do hospital ou do PSF nos municípios estudados.

O Ministério da Saúde já contempla essa modalidade de serviço, por meio de credenciamento. Essa seria uma fonte de recursos que certamente viabilizaria a manutenção dos hospitais que passassem por essas transformações. Ajustes gerenciais seriam necessários visando adequar as normas técnicas para esse tipo de hospital.

Por fim, deve-se ponderar que as propostas de mudança de gestão deverão ser trabalhadas regionalmente, em cada hospital e com a comunidade, numa finalidade conjunta de transformação dos hospitais, o que não significa perda do hospital local, mas, ao racionalizar e otimizar recursos, melhoria na qualidade da atenção e maior resolubilidade dos serviços

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ALETRAS, V.; JONES, A.; SHELDON, T. Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B.; SHELDON, T.; POSNETT, J. (Ed.). **Concentration and choice in healthcare**. London: Financial Times Healthcare, 1997. p. 23-36.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C; COELHO, L. C. A. A estratégia da saúde da família e o SUS. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia e saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.
- AZEVEDO, C. S. Gestão hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 33-58, jul./set. 1995.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2014.
- BITTAR, O.; MENDES, J. Hospital, fetiche e decepção. **G1 Valor Econômico**, Rio de Janeiro, 28 mar. 2017. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques/hospital_fetiche_e_decepcao.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.
- BOURDIEU, P. **Esboço de uma teoria prática**. Lisboa: Celta, 2006.
- BOURDIEU, P. **Escritos de educação**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- BOURDIEU, P. Gostos de classe e estilos de vida. In: ORTIZ, R. (Org.). **Coleção grandes cientistas sociais**. São Paulo: Editora Ática; 1983a. n. 39.
- BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (Org.). **Coleção grandes cientistas sociais**. São Paulo: Editora Ática, 1983b. n. 38.
- BOURDIEU, P. **Pierre Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Ática, 1983c.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.
- BOURDIEU, P. **O senso prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2018. (Coleção Sociologia).
- BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: UNESP, 2004.
- BOURDIEU, P. **Sobre o estado: cursos no College de France (1989-92)**. São Paulo: Schwarcz, 2016.
- BRASIL. (Constituição 1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011**. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de

Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm>. Acesso em: 6 out. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro, 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 9 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão: garantindo saúde para todos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS-DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Hospitalar**. Brasília: CONASS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.044/GM, de 1 de junho de 2004**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1044_ac.htm>. Acesso em: 14 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html>. Acesso em: 5 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 10 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011**. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html>. Acesso em: 9 dez. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 1631/GM, de 1º de outubro de 2015**. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html>. Acesso em: 9 dez. 2018.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html>. Acesso em: 9 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 10 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004**. Brasília, 2005b. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2018.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARIA, T. H. L. Bourdieu e o conceito de prática na pesquisa em educação. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 31-47, jan./jul. 2003.

CARVALHO, G. C. M. O momento atual do SUS – a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-24, abr. 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12901993000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 ago. 2015.

CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. Rio de Janeiro: Editora ENSP, 1993.

CECILIO, L. C. O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo". **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 280-289, jun. 2012.

CORREA, L. R. C. **Os hospitais de pequeno porte do sistema único de saúde brasileiro e a segurança do paciente**. 2009. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2009.

CRESWEL, J. W.; CLARK, V. L. **Plano: pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. São Paulo: Penso, 2013.

CUNHA, C. L. F.; BAHIA, L. Construção de hospitais de pequeno porte como política de saúde: um caso emblemático no estado do Maranhão, Brasil. **Journal of Management & Primary Health Care**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 249-254, 2014. Disponível em: <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/225/pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

DIAS, L. N. S. et al. Fatores associados ao desperdício de recursos da saúde repassados pela União aos Municípios Auditados pela Controladoria Geral da União. **Revista Contabilidade & Finanças**, São Paulo, v. 24, n. 63, p. 206-218, dez. 2013.

FONSECA, P. C.; FERREIRA, M. A. M. Investigação dos níveis de eficiência na utilização de recursos no setor de saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 199-213, jun. 2009.

GONÇALVES, I. M.; RAUSH, M. C. P.; OLIVEIRA, J. C. Avanços e resultados da regulação do acesso aos serviços de saúde no SUS de Minas Gerais. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 3., 2009, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: CONSAD; 2009. Disponível em: <http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_9/avancos_e_resultados_da_regulacao_do_acesso_aos_servicos_de_saude_no_sus_de_minas_gerais.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

GRENFELL, M. (Ed.). **Pierre Bourdieu: conceitos fundamentais**. Petrópolis: Vozes, 2018.

HAGUETE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

IBGE. **Censo demográfico**. 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

JOURDAIN, A.; NAULIN, S. **A teoria de Pierre Bourdieu e seus usos sociológicos**. Petrópolis: Vozes, 2017.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

LAHIRE, B. Campo. In: CATANI, A. F. et al. (Org.). **Vocabulário Bourdieu**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

LAPAO, L. V. A complexidade da saúde obriga à existência de uma arquitetura de sistemas e de profissionais altamente qualificados: o problema da saúde - inexistência de informação impossibilita a gestão. **Tékhné**, Barcelos, n. 4, p. 15-27, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-99112005000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 dez. 2018.

LEBARON, F. Capital. In: CATANI, A. F. et al. (Org.). **Vocabulário Bourdieu**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

MANSUR, M. C. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. 2001. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

MATON, K. Habitus. In: GRENFELL, M. (Ed.). **Pierre Bourdieu: conceitos fundamentais**. Petrópolis: Vozes, 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

NEGRI FILHO, A.; BARBOSA, Z. O papel dos hospitais nas redes de atenção à saúde. Elementos para pensar uma Agenda Estratégica para o SUS. **Consensus**: Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília, v. 4, n. 11, p. 42-49, 2014.

NEVES, L. A.; RIBEIRO, J. M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2207-2217, 2006.

OLIVEIRA, B. R. P. et al. Modelo de localização e alocação de pontos de atendimento à urgência & emergência: subsídios para a definição de critérios de seleção de Hospitais de Pequeno Porte (HPP) em Minas Gerais. In: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, 16., 2014, Diamantina. **Anais...** Diamantina: Cedeplar, 2014. Disponível em: <<http://diamantina.cedeplar.ufmg.br/2014/site/arquivos/modelo-de-localizacao-e-alocacao-de-pontos-de-atendimento-a-urgencia-e-emergencia.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

PAIM, J. S. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, abr./jun. 1986.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha guia rede mãe paranaense**. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guiaversion_final.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização - PDR**. 2015. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/PDR_2015.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2018.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde. **Regionais de saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752>>. Acesso em: 9 maio 2018a.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde. **Regionais SESA – 17ª RS – Londrina**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2769>>. Acesso em: 9 maio 2018b.

PIMENTA, A. L. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 40-45, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v2n1/04.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

RAMOS, M. C. A. et al. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 43, 2015.

RIVERA, F. U. J. Análise estratégica hospitalar e projeto assistencial: a perspectiva de Michel Crémadez e François Grateau. In: RIVERA F. U. J. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 37-96.

ROSA, T. O papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde. **Consensus: Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, Brasília, v. 4, n. 11, p. 13-22, 2014.

SALTMAN, R. B.; FIGUEIRAS, J. **European health care reform: analysis of current strategies**. Copenhagen: WHO, 1997.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. Public regulation of the health care system in Brazil: a review. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

SCHILLING, C. M.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. (Org.). **A política regulação do Brasil**. Brasília: OPAS, 2006.

SILVEIRA, R. B.; SOUZA, A. M. **Avaliação dos indicadores de ocupação de leitos do hospital universitário de Santa Maria por meio da estatística descritiva**. 2004. Monografia (Pós-Graduação) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2004. Disponível em: <<http://w3.ufsm.br/adriano/mon/rb.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

TORRES, J. A. et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S220-S231, 2014.

UGÁ, M. A. D.; LÓPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, jul./ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400013&script=sci_arttext>. Acesso em: 8 ago. 2018.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2018.

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

WACQUANT, Loïc. Habitus. In: CATANI, A. M. et al. (Org.). **Vocabulário Bourdieu**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. p. 213-216.

APÊNDICE 1 – Instrumento de coleta

QUESTIONÁRIO

Nome: _____

Cargo _____ ou _____ função: _____

Município: _____

1- Qual o custo mensal e/ou anual do hospital? (valores aproximados)

Mensal: R\$ _____ Anual: R\$ _____

2- Quanto o custeio do hospital representa, aproximadamente, em percentuais do gasto em saúde pelo Município? R: _____% (_____ por cento)

3- O Hospital do Município atende somente pessoas desta localidade?

() sim () não

Se não, de quantos municípios mais: _____

Quais são : _____, _____, _____, _____

4- Se atende pessoas de outros municípios, por qual motivo:

() Não possuem hospital

() Não possuem pronto atendimento/pronto socorro

() O hospital oferece outros serviços que os demais municípios não possuem

Tais como: () Laboratório () RX () USG () Tomografia () Fisioterapia

() Outros, qual(is): _____

() Cirurgias, quais áreas: _____

() Obstetrícia () Pediatria () outras especialidades, qual (is): _____

5- O Hospital está inserido em alguma Rede de Atenção à saúde (RAS)?

() Sim () Não () Não sabe

Se sim, quantas RAS: _____

Qual (is): _____, _____

6- Para cada RAS que o hospital está inserido, responda:

Desempenha o papel definido pela CIB Regional?

- () Sim totalmente () Sim, parcialmente
 () Participa da RAS sem compromisso pactuado na CIB Regional
 () Não sabe

7- No seu entendimento, qual a importância do hospital de seu município, para a saúde da população?

R: _____

8- O hospital possui um plano diretor ou algum planejamento?

() Sim () Não () Não sabe. De que tipo:

9 O hospital esta em processo de recuperação, modernização ou reestruturação?

() Sim () Não Em que áreas ou setores:

10 Além da atenção à saúde das pessoas, você entende que o hospital desempenha algum outro papel no município ou região?

() Sim () Não

Qual(is): _____

11- Você entende que é possível fazer algo para que o hospital tenha melhor desempenho?

() Sim () Não

R: _____

12- Quais ações deveriam ser realizadas nos níveis municipal, estadual e federal, que refletiriam em melhoria da inserção dos hospitais de municípios de pequeno porte no SUS?

Nível municipal: _____

Nível estadual: _____

Nível federal: _____

APÊNDICE 2 - Solicitação de autorização para coleta de dados da 17ª Regional de Saúde

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA E USO DE DADOS

Eu, FRANCISCO EUGÊNIO ALVES DE SOUZA, RG nº 6.444.727-0 SSP/PR, responsável pelo projeto de pesquisa nível DOUTORADO, do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, venho pelo presente solicitar autorização da Diretoria da 17ª. Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do PR, para a coleta e uso dos dados sobre hospitais localizados nos Municípios de Pequeno Porte pertencentes à esta região de saúde, do período de **2013 a 2015** com o intuito de realizar a pesquisa com o título inicial: **“Hospitais Em Municípios de Pequeno Porte: Sua Inserção No SUS”**.

Antecipo agradecimentos e coloco-me à disposição para esclarecimentos.

Prof. Francisco Eugênio Alves de Souza
Pesquisador

Profa. Dra. Selma Maffei de Andrade
Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

APÊNDICE 3 - Solicitação de Autorização para Coleta de Dados dos Hospitais Municipais

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA E USO DE DADOS

Eu, FRANCISCO EUGÊNIO ALVES DE SOUZA, RG nº 6.444.727-0 SSP/PR, responsável pelo projeto de pesquisa nível DOUTORADO, do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, venho pelo presente solicitar autorização da Prefeitura Municipal/ Secretaria Municipal de Saúde de _____, para a coleta e uso dos dados do Hospital Municipal/Secretaria Municipal de Saúde, do período de **2013 a 2015** com o intuito de realizar a pesquisa com o título inicial: “**Hospitais Em Municípios de Pequeno Porte: Sua Inserção No SUS**”, com o objetivo de analisar o papel e desempenho dos hospitais nos municípios de pequeno porte da 17ª. Regional de Saúde, frente as demandas da população local ou regional

Antecipo agradecimentos e coloco-me à disposição para esclarecimentos.

Prof. Francisco Eugênio Alves de Souza
Pesquisador

Profa. Dra. Selma Maffei de Andrade
Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

APÊNDICE 4 - Termo de consentimento livre e esclarecido

PESQUISA “HOSPITAIS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE: SUA INSERÇÃO NO SUS”

Você está sendo convidado a participar como voluntário em uma pesquisa sobre a “**HOSPITAIS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE: SUA INSERÇÃO NO SUS**”, que tem como objetivo “**conhecer a realidade da assistência hospitalar da área da 17ª. Regional de Saúde**”. Trata-se de um estudo investigativo e é referente a projeto de pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL). No caso de aceitar fazer parte da mesma, você deverá responder a um questionário e/ou entrevista, que não terá sua identificação, e não lhe trará qualquer custo financeiro.

Sua participação será de grande valor para melhor entendimento da gestão hospitalar em municípios de pequeno porte e sua contribuição para o SUS.. Gostaríamos de acrescentar que você terá todas as suas dúvidas esclarecidas, bem como o sigilo das informações garantido e que também poderá desistir de participar da pesquisa no momento que ler o questionário e se sentir constrangido com alguma de suas questões. As conclusões que resultarão desta pesquisa serão apresentadas em instancias públicas como congressos, periódicos e afins garantindo o anonimato dos entrevistados. Em caso de dúvidas, você poderá esclarecê-las com o coordenador da pesquisa, Francisco Eugênio Alves de Souza pelo telefone (43) 9995 4664 ou pelo e-mail feas@sercomtel.com.br, no Departamento de Saúde Coletiva- DESC – do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina - UEL, telefone (43) 3371 2398 ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Você tem a liberdade de aceitar ou não responder ao questionário ou a quaisquer questões que lhe constanjam.

Eu _____ declaro que, após conveniente esclarecimento pelas pesquisadoras responsáveis e de ter compreendido com clareza suas finalidades, procedimentos metodológicos e o destino final das informações recolhidas, consinto em participar livremente do estudo a que se refere este consentimento informado.

_____, _____, _____ de 2015.

Prof. Francisco E. Alves de Souza

Pesquisado

APÊNDICE 5 - Termo de Confidencialidade e Sigilo



TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu, FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA, brasileiro, casado, médico e professor universitário, inscrito(a) no CPF/ MF sob o nº 437.349.289-15, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado "HOSPITAIS DE MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE: SUA INSEÇÃO NO SUS", a que tiver acesso nas dependências dos Hospitais das Prefeituras Municipais e das Secretarias Municipais de Saúde, de abrangência da referida pesquisa.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-me de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

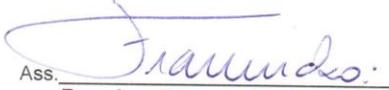
Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

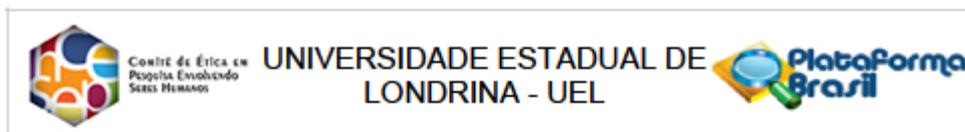
Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação da dos itens "operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, dados, habilidades especializadas, projetos", acima mencionados.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Londrina, 26/02/2016.

Ass. 
Francisco Eugenio Alves de Souza

ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HOSPITAIS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE: SUA INSERÇÃO NO SUS

Pesquisador: FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53211215.2.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.440.180

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa terá como objetivo compreender o papel dos hospitais de pequeno porte (HPP) localizados em municípios de pequeno porte da 17ª Regional de Saúde (RS) no Sistema Único de Saúde. Identificar a inserção dos hospitais nas Rede de Atenção à Saúde (RAS), atuação dos hospitais nos sistemas local, regional e nas RAS. A metodologia que será utilizada é o estudo exploratório de Natureza Analítica e Compreensiva. Os hospitais de pequeno porte formam a maior parte dos hospitais brasileiros e a 17ª RS possui 21 municípios, sendo 17 de pequeno porte, dos quais 14 possuem HPP. Os dados serão coletados de fontes secundários existentes nos sistemas oficiais de informações em saúde, em organizações de saúde, nos próprios hospitais que farão parte do estudo, sua natureza jurídica, capacidade instalada, desempenho, abrangência da atuação, grau de complexidade e analisar a percepção dos gestores municipal e do hospital sobre o papel dos hospitais. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com os gestores municipais e os gestores dos hospitais pesquisados. Tipo de Estudo: Pretende-se desenvolver um Estudo Exploratório de Natureza Analítica e Compreensiva. Trata-se de uma pesquisa orientada por métodos mistos, ou seja, o pesquisador utilizará de técnicas quantitativas e qualitativas, efetivada mediante estratégia de pesquisa de levantamento de dados, aplicação de questionários auto-administrados e entrevistas dirigidas, na medida em que o próprio investigador, enquanto profissional de saúde, comprometido politicamente com o SUS, com a produção de conhecimentos

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

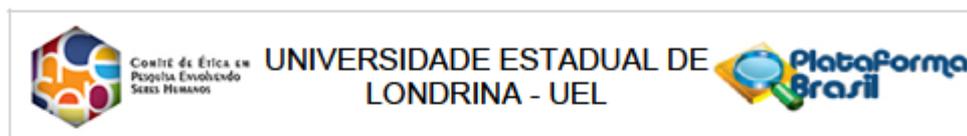
CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

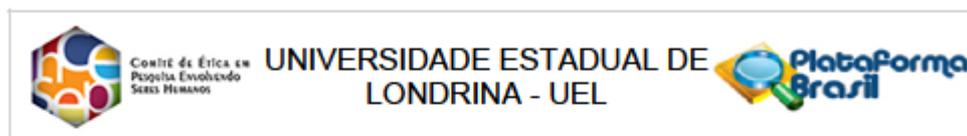
E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.440.160

estratégicos na área, reprodutor de conhecimento a certos grupos, condutor de negociação de proposições, facilitador de processos de aprendizagem, estará envolvido com o desenvolvimento da mesma. 4.2 Coleta de Dados: O estudo ocorrerá nos hospitais de pequeno porte dos Municípios de pequeno porte da região de limitada pela Secretaria Estadual de Saúde como 17ª Regional de Saúde. A coleta de dados será realizada em dois momentos. No primeiro momento serão coletados dados em fontes secundárias com o objetivo de analisar a natureza jurídica, capacidade instalada, desempenho, abrangência da atuação, grau de complexidade dos Hospitais de Pequeno Porte dos municípios. Para isso serão utilizados os dados disponíveis nos sistemas oficiais de informações em saúde como Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). Além disso, serão identificadas e analisados os dados disponíveis sobre o HPP nas organizações de saúde como relatórios da 17ª RS, relatórios dos próprios hospitais que farão parte do estudo. No segundo momento serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com os gestores municipais, diretores dos HPP para levantamento de dados sobre a inserção dos hospitais nas RAS; atuação dos hospitais nos sistemas local, regional e nas RAS e a percepção dos gestores municipal e do hospital sobre o papel dos hospitais. (Apêndice 1). 4.3 Análise dos Dados: Na abordagem quantitativa, para tratamento dos dados coletados será utilizado o programa informatizado Microsoft Excel® – versão 2010 ou superior e tabulados para análise em frequências, médias e emprego de métodos estatísticos adequados considerando o tipo de variável (numérica ou categórica) e sua distribuição (gaussiana ou não), utilizando-se o programa Epi Info® versão 3.5.3, além de outros programas passíveis de auxiliar na tabulação, categorização e apresentação em tabelas e gráficos com as discussões pertinentes. As entrevistas serão transcritas e analisadas, completando o conjunto de informações coletados e subsidiarão a abordagem qualitativa do presente estudo. 4.4 Aspectos Éticos O presente estudo obedecerá a todas as disposições contidas na Resolução 488/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sobre diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto será submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL). Serão solicitadas autorizações prévias das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios envolvidos, da Direção dos Hospitais estudados e da Diretoria da 17ª. Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde (Apêndices 2, 3, 4). Os entrevistados serão devidamente orientados quanto aos objetivos da pesquisa e aos seus direitos. Será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 5), em duas vias. Uma das vias do termo ficará em poder do entrevistado. A pesquisa prevê a análise dos dados dos hospitais. Será enviado um ofício ao Gestor Municipal, responsável também pelo hospital municipal local

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.440.160

apresentando a pesquisa e solicitando sua contribuição. Será assegurada a realização da pesquisa conforme os princípios de ética e responsabilidade, assim como a confidencialidade e o uso apenas para a finalidade da pesquisa. Será anexada ao ofício o Termo de Autorização para a Instituição e para o respondente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

OBJETIVO GERAL Compreender o papel dos hospitais localizados em municípios de pequeno porte da 17ª Regional de Saúde no Sistema Único de Saúde.

Objetivo Secundário:

Objetivos Específicos: 1. Caracterizar os hospitais quanto a: Natureza jurídica, capacidade instalada, desempenho, abrangência da atuação, grau de complexidade. 2. Identificar a inserção dos hospitais nas RAS. 3. Descrever a atuação dos hospitais nos sistemas local, regional e nas RAS. 4. Analisar a percepção dos gestores municipal e do hospital sobre o papel dos hospitais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Quanto aos riscos, esclarecemos que os riscos são mínimos para os participantes, pois se trata apenas de uma entrevista. No entanto, mesmo sendo mínimos, caso ocorra algum tipo de desconforto, o participante será prontamente atendido e amparado pelo pesquisador, conforme previsto nas disposições contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Benefícios:

Como contribuições da pesquisa espera-se que o produto obtido possa subsidiar a gestão local e contribuir para as tomadas de decisões e planejamento dos órgãos governamentais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa proposta é relevante e trará possíveis subsídios e proposta para o melhor funcionamento dos hospitais de pequeno porte vinculados a 17 Regional de Saúde do Estado. As informações poderão ser confrontadas com a realidade nacional e assim proporcionar aprendizado sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

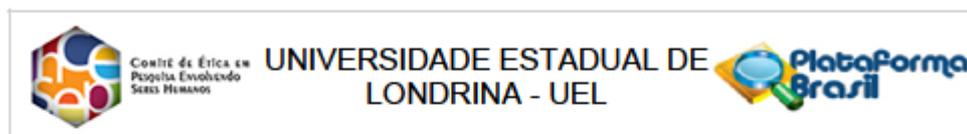
Os termos apresentados foram:

Folha de rosto para projeto de pesquisa envolvendo seres humanos;

Autorização das Unidades Co-Participantes;

TCLE em forma de convite.

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.440.160

Termo de Confidencialidade e Sigilo

Todos os documentos foram apresentados de forma adequada.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após cumprir a pendência indicada no primeiro parecer que foi: "Anexar o termo de Confidencialidade e Sigilo uma vez que haverá acesso a dados secundários"; julga-se que o projeto está apto para aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--|--|------------------------|----------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_606640.pdf | 26/02/2016 17:12:21 | | Aceito |
| Outros | TCS.jpeg | 26/02/2016 17:12:01 | FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA | Aceito |
| Outros | Question.doc | 26/02/2016 17:11:17 | FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHADEROSTO.PDF | 21/01/2016 15:49:46 | FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AUTORIZACAO015.PDF | 20/01/2016 10:07:16 | FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AUTORIZACAO014.jpg | 20/01/2016 10:06:59 | FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AUTORIZACAO013.jpg | 20/01/2016 10:06:44 | FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA | Aceito |

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br



Comitê de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 1.440.160

| | | | | |
|---|---------------------------|------------------------|--|--------|
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AUTORIZACAO012.jpg | 20/01/2016 10:06:31 | FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AUTORIZACAO011.jpg | 20/01/2016 10:06:19 | FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AUTORIZACAO010.jpg | 20/01/2016 10:05:50 | FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AUTORIZACAO009.jpg | 20/01/2016 10:05:37 | FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AUTORIZACAO008.jpg | 20/01/2016 10:05:24 | FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AUTORIZACAO007.jpg | 20/01/2016 10:05:11 | FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AUTORIZACAO006.jpg | 20/01/2016 10:04:58 | FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AUTORIZACAO005.jpg | 20/01/2016 10:04:45 | FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AUTORIZACAO004.jpg | 20/01/2016 10:04:28 | FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AUTORIZACAO003.jpg | 20/01/2016 10:04:15 | FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AUTORIZACAO002.jpg | 20/01/2016 10:04:04 | FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | AUTORIZACAO001.jpg | 20/01/2016 10:03:35 | FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx | 09/10/2015 15:55:20 | FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto_hospitais_mpp.doc | 09/10/2015 15:55:11 | FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

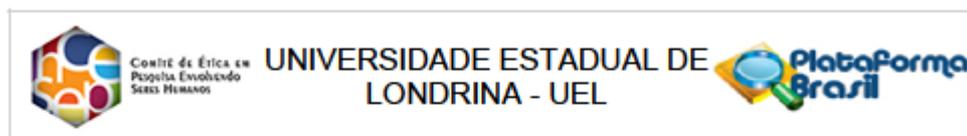
UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

Município: LONDRINA

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.440.160

Não

LONDRINA, 07 de Março de 2016

Assinado por:
Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
(Coordenador)

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário
UF: PR **Município:** LONDRINA **CEP:** 86.057-970
Telefone: (43)3371-5455 **E-mail:** cep268@uel.br