

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**CARINE BIANCA FERREIRA NIED**

**ANÁLISE DA INSERÇÃO DOS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE NOS  
TERRITÓRIOS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Magda Duarte dos Anjos Scherer

BRASÍLIA

2017

CARINE BIANCA FERREIRA NIED

ANÁLISE DA INSERÇÃO DOS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE NOS  
TERRITÓRIOS

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 13/02/2017

BANCA EXAMINADORA

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Magda Duarte dos Anjos Scherer – (presidente e orientadora)

Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Faculdade de Ciências da Saúde (FS),  
Universidade de Brasília - UnB

Dr. José Antônio Iturri de La Mata

Curso de Saúde Coletiva/ Faculdade de Ceilândia/ UnB

Dr.<sup>a</sup> Denise de Lima Costa Furlanetto

Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da  
Universidade de Brasília

Suplente: Dr.<sup>a</sup> Claudia Mara Pedrosa

Faculdade de Ciências da Saúde do Departamento de Saúde Coletiva da UnB

## AGRADECIMENTOS

Chego ao final dessa trajetória muito feliz por tudo que aprendi, por tudo que vivi e por todas as pessoas que encontrei no decorrer desse processo. Minha entrada no mestrado se mistura e se confunde com a minha chegada a Brasília. Por isso, esse momento é de reconhecer e agradecer as pessoas que fizeram parte deste percurso, que me acolheram tanto na universidade quanto na adaptação na capital federal.

Agradeço primeiramente à minha família que teve que conviver com uma filha que se aventura estado afora, desgarrada, que não para de inventar coisas que tomam o seu tempo e a tiram de perto da convivência cotidiana, dos momentos de integração e festejos familiares. Obrigada mãe, Vê, Elias e Bibi por me apoiarem e me incentivarem a levar em frente as minhas loucuras e devaneios de sempre estar em movimento e não ceder à rotina.

Agradeço ao Juliano, meu companheiro por quase 20 anos, com certeza o principal responsável por eu estar aqui, a pessoa mais generosa que conheci, convivi e aprendi na vida. Obrigada pela paciência, pelo seu amor, o cuidado e pelo apoio neste período. A distância foi cruel conosco, mas o amor, o carinho e as boas lembranças ficam para toda a vida.

À minha família em Brasília, meus companheiros no Reduto. A Aline, minha amiga, irmã de coração, que foi essencial no apoio a minha chegada e para a permanência em Brasília, minha orientadora na elaboração do projeto para seleção do mestrado. Ao Rafael, meu grande amigo e companheiro do cotidiano, de campo, de estudo e de discussão. Me acompanhou e me coorientou em todo o processo dessa escrita. Muito obrigada pela paciência, pela atenção e pelos tensionamentos na elaboração deste estudo. Todo meu carinho e admiração!!!

Aos meus amigos de infância, da vida e do trabalho. Muito obrigada pelo apoio de todos vocês. Foram incansáveis o apoio e os afetos recebidos que me deram força e coragem para superar a saudade de casa, os momentos difíceis passados nessa adaptação e dos movimentos da vida.

Aos meus colegas da Política Nacional de Humanização – PNH, dos vários ciclos e momentos da política no Ministério da Saúde. Obrigada a todos, de todos esses cantos deste país, obrigado pelo aprendizado, pelas trocas e pelos afetos.

Aos meus colegas do mestrado, pessoas que conheci e convivi por quase dois anos. Foram muitos momentos de discussão e de aprendizado. Com certeza fiz amigos que levo para vida.

À minha orientadora Magda Scherer com quem tive uma sintonia de trabalho muito grande e assim fomos compondo essa escrita de uma forma muito respeitosa e cuidadosa. Agradeço a tua atenção, o aprendizado e as orientações neste percurso.

Aos meus mentores e formadores da vida e da trajetória acadêmica, responsáveis por me apresentarem autores, teorias e conceitos para minha formação em saúde, na PNH e na vida. Obrigada Terezinha Klafke, Liane Righi, Simone Paulon, Gustavo Nunes de Oliveira, Madel Therezinha da Luz

As pessoas que me acolheram durante a pesquisa de campo, que me receberam e me hospedaram. Foram muitos encontros e afetos. Obrigada Lúcia Crescente, Liane Righi, Ricardo Pittas, Luciano Predon, Paulo Bohrer, Iara Kantorski e Paola Pizutti.

E aos amigos do dia a dia em Brasília e de arredores que acompanharam de perto toda essa trajetória e os ciclos de vida, alguns se iniciando e outros se encerrando. Pessoas que foram fundamentais em dias difíceis e sofridos. Obrigado Gilmara, Helma, Jamil, Élide, Patrícia, Vanessa, Paulinho, Bárbara, Simone, Jeanyne, Alexsandra, Jamison, Mirela, Serafim, Claudinha, Cathana, Cecília. Do RS, agradeço Claudinha, Marciano, Cátia e Alberto, Edineisa, Ane, Alice, Patrícia e Marcelo, Dagmar, Cristiane (Meca). Meu obrigada por poder conviver com cada um de vocês!!!

*“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”*

*(Fernando Pessoa)*

## RESUMO

Os hospitais de pequeno porte HPP são abundantes em todo o território nacional e apresentam uma série de estruturas estruturadas e funcionais que se colocam em seu funcionamento. Esse estudo tem por finalidade analisar como os HPPs trabalham nos territórios, seus modos de funcionamento e suas formas de articulação com as comunidades, os gestores e as instâncias do SUS. Entender o que os movimentam, os viabilizam, os legitimam e o campo de forças no jogo que mesmo diante tantas dificuldades, os mantêm em funcionamento. Para tanto, foi realizado um estudo de caso com pesquisa qualitativa no qual foram analisados como campo duas instituições de pequeno porte em dois municípios no interior do Rio Grande do Sul, em duas Coordenadorias regionais diferentes. Os resultados apontaram que o principal pilar de sustentação das instituições nos territórios se relaciona à vinculação dos mesmos com as comunidades locais uma vez que são expressões da representação social e do poder simbólico. Nesse contexto, os hospitais produzem e reproduzem o modelo médico hegemônico mesmo sem uma sustentação da função sanitária da instituição. Outros aspectos observados indicam uma ausência de políticas públicas que articulem o tema e os direcionamentos que de fato relocalizem as instituições nas redes de atenção à saúde. Os processos de regionalização e de expansão da Atenção Básica em Saúde produziram movimentos que tensionaram os HPPs a assumirem um novo papel que se sobrepõe aos antigos e os leva a competirem com uma assistência primária uma vez que eles não operam estruturas de média e alta complexidade. Isso agrava suas situações financeiras e restringe suas ofertas e produtividade, sobrecarregando e onerando a gestão municipal. Em síntese, os HPPs cumprem uma função social simbólica nos seus territórios, mas não uma função sanitária. Valorizando essa expressão social do hospital no território se faz uma discussão de novos modelos de tecnoassistências que resultem em novos desenhos institucionais resolutivos para as reais demandas dos territórios e da rede.

**Palavras-chaves:** Hospitais de Pequeno Porte; Função Social; Redes de Atenção à Saúde; Modelo de Atenção; Modelo de Gestão.

## **ABSTRACT**

Small hospitals HPP are abundant throughout the national territory and present a series of structured and functional structures that are put in its operation. The purpose of this study is to analyze how PPHs work in the territory, their modes of functioning and their forms of articulation with a community, with the managers and instances of SUS. Understanding what moves the viable, the legitimate and the field of forces in the game that even of many difficulties, keep them in operation. For that, a case study with qualitative research was carried out where two small institutions were analyzed as field in two municipalities in the interior of Rio Grande do Sul, in two different regional coordinations. As an essential result, the main pillar of support of the institution in the territory of development is the same fact of linking it with a local community, expressions of the social representation and the symbolic power that it produces and reproduce the hegemonic medical model even without a support of the Health function of the institution. Other observed aspects indicate a lack of public policies that articulate the theme and the directives that in fact relocalize the institutions in the health care networks. The process of regionalization and expansion of the Primary Health Care produced movements that pressured HPP to take on a new role that overlaps and competes with a primary care, since they are not a somewhat operant media structure and high complexity. This aggravates a financial situation and restricts how your offers and productivity, consecutively, overburden and burden municipal management. HPPs fulfill a symbolic social function in their territories but not a structural health function. So, valuing this social expression of the hospital in the territory, a discussion of new models of techno-interventions that result in a new institutional design for the real demands of the territory and the health networks.

**Key-words:** Small hospitals; Social Function; Health Care; Networks; Modelo of Care; Management Model.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AIS - Ações Integradas de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CAPS - Caixas de Aposentadoria e Pensão

CIR - Comissão Intergestores Regionais

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CRS - Coordenadoria Regional de Saúde

DAB - Departamento de Atenção Básica

DAHA - Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial

DATASUS -DataSUS

ESF - Estratégia da Saúde da Família

FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

GM/MS - Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde

HPP - Hospitais de Pequeno Porte

HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria

IAP - Institutos de Aposentadoria e Pensão

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social,

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PA - Pronto Atendimento

PROSUS - Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem fins Lucrativos que Atuam na Área da Saúde

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIOP - Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UCP - Unidades de Cuidados Prolongados

ULP - Unidade de Longa Permanência

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 Macro Categorias Disparadoras Grupo de Entrevistados

Figura 2 Produção individual do hospital de Restinga Seca

Figura 3 Produção individual do hospital de Ajuricaba

## SUMÁRIO

<b>1 Introdução.....</b>	<b>1</b>
1.1 Diário de Campo .....	1
1.2 Considerações iniciais .....	3
<b>2 Objetivo Geral.....</b>	<b>7</b>
<b>3 Objetivos Específicos .....</b>	<b>8</b>
<b>4 Referencial Teórico .....</b>	<b>9</b>
4.1 Políticas Públicas, Estado e Sociedade .....	9
4.2 Início dos Hospitais no Brasil .....	11
4.3 Os Hospitais de Pequeno Porte - HPP .....	13
4.3.1 A Função Simbólica e a Relação com o Território .....	15
<b>5 Percurso metodológico .....</b>	<b>17</b>
5.1 Caracterização do Estudo .....	17
5.2 Coleta de Dados .....	18
5.3 Análise dos Dados .....	19
5.4 Considerações Éticas .....	22
5.5 Contexto do Estudo.....	23
5.5.1 Restinga Seca .....	23
5.5.1.1 Características do Hospital.....	24
5.5.2 Ajuricaba .....	25
5.5.2.1 Características do Hospital.....	26
<b>6 Resultados .....</b>	<b>28</b>

6.1 A Função Simbólica dos Hospitais de Pequeno Porte .....	28
6.2 Interação e Articulação dos HPPs com/no território .....	31
6.3 A produção de Ofertas de Serviços dos/nos HPPs .....	35
6.4 Formas de contratualização e situação financeira dos HPPs .....	39
<b>7 Discussão dos Resultados .....</b>	<b>45</b>
<b>8 Considerações Finais .....</b>	<b>56</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>59</b>
<b>Apêndice A.....</b>	<b>64</b>
<b>Apêndice B.....</b>	<b>66</b>
<b>Apêndice C.....</b>	<b>69</b>
<b>Anexo A.....</b>	<b>71</b>



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 DIÁRIO DE CAMPO

Essa escrita é o relato e a narrativa das relações constituídas pela pesquisadora com o campo nos Hospitais de Pequeno Porte e setores de saúde das cidades de Restinga Seca e Ajuricaba, interior do Rio Grande do Sul. Nesta composição se combinam o objeto a ser pesquisado sob ponto de vista das intencionalidades do projeto de pesquisa, o que realmente se passa e acontece e o que compõe o cenário e constitui a realidade. Por mais que o campo seja delimitado e estudado a princípio através do projeto de pesquisa submetido ao CEP, o que se passa só é percebido e sentido quanto realmente se pisa no local. Por achar importante o registro do que foi vivido e sentido durante a coleta da pesquisa no campo tomo a liberdade de descrever e me colocar como sujeito neste momento, com meus afetos e lembranças e a minha relação e interação nesse processo:

Foram cinco dias de coleta da pesquisa no campo, percorrendo mais de 700 quilômetros de estrada, passando por três regiões do interior do Rio Grande do Sul (região dos vales, região central e região noroeste) em dias de frio intenso do rigoroso inverno gaúcho. Foram quatro cidades percorridas: Restinga Seca, Santa Maria, Ijuí e Ajuricaba, e mais do que cidades, foram dezenas de pessoas visitadas. Algumas com a finalidade da pesquisa e outras conhecidas de algum tempo que aproveitei o momento para reencontrar. Amigos queridos que me receberam com tanto carinho e com tanta delicadeza. Além das dezenas de pessoas que conheci em função do objeto e da realização das entrevistas.

Um fato que impactou consideravelmente minhas relações em campo se relaciona ao meu trabalho no Ministério da Saúde em Brasília na Política Nacional de Humanização - PNH. Alguns amigos e interlocutores sabem da minha ocupação e, dadas as reduzidas dimensões das cidades (7 e 14 mil habitantes), rapidamente a “notícia” se espalhou e logo todos me atrelaram à minha função profissional em detrimento do meu papel de pesquisadora a ser desempenhado em campo. Em vários momentos precisei reforçar o meu papel ali naquele momento. De qualquer forma as relações foram pautadas por essa minha atuação em uma esfera do governo e na formulação de políticas de saúde tão caras aos sujeitos em campo. Os

interlocutores manifestaram com frequência curiosidade em conhecer como as diretrizes nacionais de políticas de saúde se modulam e se apresentam (ou não) na ponta, nos serviços e como chegam até os usuários.

Em campo visitei as dependências dos dois hospitais pesquisados, as secretarias de saúde, as coordenadorias regionais de saúde, a APAE de um município e a CORSAN de outro. Em todos os lugares sempre fui recebida com muito carinho e cordialidade. O que percebi durante estes dias foram comunidades muito envolvidas entre si, moradores mobilizados em causas coletivas das suas comunidades, com um sentimento de solidariedade e generosidade muito grande e principalmente com um orgulho de pertencer aquele lugar. Cheguei a um município para as entrevistas e logo já fui convidada para almoçar na casa de uma moradora que reuniu a sua família para me receber e serviu uma deliciosa polenta com frango. Durante a conversa descobro que a mesma era Presidente da Câmara de Vereadores do município e seu marido, ex-prefeito. Abriu a sua casa como se eu fosse da família, convidando-me para passar férias e carnaval por lá, como se me conhecesse há anos. É tanto afeto que fiquei com vontade de voltar e conviver mais com estas pessoas. Além, é claro de ver a preocupação com o objeto de estudo, as dúvidas sobre as dificuldades do hospital da cidade, de qual seria seu futuro e a expectativa de como meu estudo poderia contribuir e ajudar achar alternativas e melhorias para o hospital local. Em decorrência disso, veio o convite para retornar ao município depois do encerramento do estudo para apresentação para a comunidade, com prefeito do município, secretários, vereadores e gestores do hospital, para um debate sobre os resultados identificados a partir da pesquisa. As relações em campo com pessoas tão generosas levaram-me a assumir compromissos de diversas ordens e dimensões: desde a devolutiva profissional dos resultados até o aconchego nos lares tão solidários. Visitar as cidades, estar com essas pessoas foi ver e sentir que há lugares nesse país onde as pessoas sentem orgulho imenso de pertencer e de se mobilizar por causas coletivas que beneficiem a comunidade. É uma relação de integração, de convivência e de muita proximidade entre as pessoas. Sim, estes lugares existem!!!

Durante a visita na cidade de Ijuí me hospedei na casa de amigos queridos, que fizeram eu me sentir em casa, como parte da família. Foram muitas horas e noites de conversa sobre questões políticas que envolvem nosso país, nossa saúde pública e formas de resistência para sobreviver a tantos retrocessos. Foram

momentos de reencontrar amigos, à beira do fogão à lenha ou da lareira, tomando um bom vinho ou uma boa cerveja artesanal. Foram dias de bons encontros, de boas conversas. Dias de encher a alma e o coração de tanto carinho de tantas pessoas queridas. Com certeza, isso tudo compõe o campo. As relações afetivas que extrapolam as transcrições das entrevistas constituem um cenário repleto de bons sentimentos que tomam conta do corpo e transbordam e reverberam na leveza e sensibilidade do olhar para entrar no território e perceber tudo o que é possível ver e sentir naquele exato momento. Esses momentos possibilitaram que eu estivesse em campo ali conectada e inteira para não deixar nada escapar e captar o máximo possível.

Na elaboração do projeto podemos imaginar e tentar prever como será o contato do pesquisador com o seu campo de pesquisa, mas com certeza, é só nesse contato, na interação, em ato, que podemos de fato saber o que se produz, coproduz (pois há uma coprodução), o que se vive ali e naquele momento. É uma relação de troca, de aprendizado, de uma escuta que precisa ser generosa e qualificada, sensível a tudo e a todos.

Certamente o campo é um lugar que nos modifica, que nos altera, que nos conecta com o que realmente se passa, do concreto, da vida que pulsa e que cabe ao pesquisador estar aberto e atento a captar o maior número de coisas possíveis para direcionar sua pesquisa e qualificar a sua análise e sua escrita.

Essa foi a sensação e a relação com o meu campo de coleta. Momentos de entrega e de conexão, de muito afeto e de muitas trocas, espaços de solidariedade, de encontros e reencontros e que espero ter conseguido reproduzir no meu estudo.

## 1.2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A atenção hospitalar tem sido um dos principais pontos de debate acerca da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), tanto pela crescente demanda de recursos financeiros na área (cerca de 47% do total do orçamento da saúde em 2014), (SIOP, 2015) quanto por se configurar como um tema de grande visibilidade no SUS. Para além da dificuldade de acesso à assistência, outros problemas se acumulam nesse campo. Entre eles destacam-se as baixas resolubilidade e qualidade dos serviços ofertados e a precária integração à rede de atenção

resultando em sobreposição de ações – e transtornos – para usuários e gestores dedicados à manutenção e promoção da continuidade do cuidado (UGÁ e LOPEZ, 2007). Com isso, mesmo todo o investimento feito nessa área, torna-se insuficiente pois não impactam proporcionalmente na melhora das condições de saúde da população.

Dentro disso, a racionalidade médica valoriza as tecnologias que habitam o espaço do hospital e o institui como o espaço privilegiado e resolutivo de atenção. Contudo, não é qualquer espaço hospitalar que interessa, os Hospitais de Pequeno Porte - HPP sobram na lógica de mercado e compõem perifericamente as alternativas tecnoassistenciais contemporâneas. Em 2004, o Ministério da Saúde no intuito de adequar o perfil assistencial dos HPP e garantir a continuidade da atenção prestada pela Atenção Básica e Média Complexidade, procurou articular estratégias em rede dialogando com a regionalização através da Política Nacional de Atenção Hospitalar que define, entre outros aspectos, os HPP como instituições com menos de 50 leitos (BRASIL, 2013).

López (2004) define os hospitais de pequeno porte (HPP) com base na definição adotada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em seu Estatuto da Organização Nacional de Acreditação: todos os estabelecimentos com pelo menos cinco leitos disponíveis para internação de pacientes, que garantam um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente de médicos. Segundo a mesma definição, a condição de hospital de pequeno porte ainda exige a presença de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente durante 24 horas com disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviços de cirurgia e ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos.

Essa definição engloba a maior parte do aparato hospitalar de oferta de cuidado brasileiro caracterizando 57,48% das instituições hospitalares brasileiras sejam elas públicas ou privadas (DATASUS, 2015<sup>1</sup>). Foi pela importância que assumiram no sistema de saúde que os Hospitais de Pequeno Porte – HPP, foram vistos como elementos estratégicos para a reformulação do modelo de atenção do

---

<sup>1</sup> Competências fechadas de 2014, DATASUS.

Sistema Único de Saúde – SUS e se tornaram objeto de política pública específica, consubstanciada na Portaria GM/MS No. 1.044, de 2004, que instituiu a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. (BRASIL, 2004).

Numa pesquisa publicada sobre os HPPs, Ugá e López, (2007) apresentam que os hospitais de até cinquenta leitos somam 4.705 estabelecimentos, representam 62% das unidades hospitalares e 18% dos leitos existentes no sistema de saúde brasileiro. Cerca de 78% dos HPP realizam internações para o SUS. Os 4.705 hospitais de pequeno porte se distribuíam em 2.943 municípios brasileiros, sendo a maior parte (83%) interioranos. A região que mais concentrava hospitais de pequeno porte era a nordestina, que detinha 37% dos HPP e 41% dos leitos, exibindo um crescimento importante (24%) no número de estabelecimentos entre 2004 e 2005, mas pouco significativo em termos do número de leitos (4%). Os HPP se concentram majoritariamente em municípios com menos de 30.000 habitantes (57%), principalmente municípios com população entre 10.000 e 20.000 habitantes (22%). Mais da metade desses hospitais são a única opção de internação no município-sede do estabelecimento. Dessa forma, trata-se de um segmento estratégico para a efetivação do acesso à saúde e da integralidade do cuidado.

Esses hospitais, em grande parte, enfrentam dificuldades de sustentabilidade econômica. Para sobreviverem, induzem a demanda pela oferta de leitos com o intuito de cobrir seus custos fixos, realizando internações hospitalares de indicação pouco precisa ou mesmo desnecessárias. A partir das dificuldades destacadas surgem inúmeros questionamentos sobre o papel que esse tipo de serviço de atenção deve assumir frente à reconhecida expansão da atenção básica. (LÓPEZ, 2004)

Com isso, pesa aos HPPs a falta de clareza da sua missão e do seu papel na rede de atenção. Sem esses dois elementos nenhuma instituição de saúde pode ou poderá ser planejada e adequada para dar respostas competentes aos desafios colocados. Para Campos (1997), o resgate da identidade organizacional e a recuperação da motivação dos profissionais, associados à utilização de instrumentos que possam orientar a tomada de decisão – como o planejamento, a epidemiologia e o sistema de acompanhamento e avaliação por meio de parâmetros e indicadores são ações necessárias para que os hospitais brasileiros respondam

satisfatoriamente às necessidades da população e resgatem o compromisso com a qualidade na atenção à saúde.

As realidades impostas aos HPPs em suas missões e em seus papéis sociais nos territórios onde estão inseridos configuram um desafio. Se por um lado essas instituições ocupam lugar importante no sistema e fornecem contribuição necessária para a população brasileira, por outro enfrentam problemas de sustentabilidade financeira, bem como de baixa capacidade de resolutividade e responsividade às necessidades da população. Por isso compreender as funções políticas e sociais dos HPPs e como se conformam para garantir a sustentação nos territórios são os enfoques principais desse estudo.

## **2 OBJETIVO GERAL**

Compreender as funções dos Hospitais de Pequeno Porte e como se inserem nos seus territórios.

### **3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Caracterizar os Hospitais de Pequeno Porte quanto à estrutura, financiamento, capacidade instalada e modelo(s) tecnoassistencial;

Descrever os contratos e pactos que orientam os HPP nos territórios;

Identificar as dificuldades e estratégias para inserção dos HPP nas Redes de Atenção à Saúde.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

A assistência hospitalar responde à constituição histórica de um modelo de organização da saúde que se centraliza na figura do hospital. Nesse sentido, as instituições hospitalares se reforçam e são supervalorizadas como espaços de produção de conhecimento na área biomédica e prática de ações de saúde em todos os níveis de atenção. Esse modelo hospitalar no contexto de instituições de pequeno porte enfrenta situação que Luz (1997) intitula como uma crise da saúde composta por fatores sanitários e médicos. Os aspectos sanitários são atrelados ao desafio do Estado de criar políticas sociais efetivamente implicadas na promoção da saúde e prevenção de doenças sendo simultaneamente subjugado a especulações político ideológicas que favorecem o mercado e os interesses do capital. Já os fatores médicos respondem a questões de ordem política, ética e social caudatárias dos modelos atuais da medicina. Nesse sentido há questões tangentes aos sistemas financeiros frente aos elevados custos das tecnologias médicas, aos formatos corporativistas de organização da medicina que cristalizam a centralidade do médico no espaço hospitalar em detrimento de outras necessidades de atenção da saúde e, por último, à concentração de profissionais nos centros urbanos e vazios assistenciais dos municípios distantes desses centros (LUZ, 1997).

### 4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS, ESTADO E SOCIEDADE

Antes de entrarmos no debate sobre modelo médico hegemônico e cultura hospitalar, faz-se necessário uma discussão sobre a relação do Estado com a sociedade e a constituição das políticas sociais e de saúde, conceitos básicos para este estudo. Políticas públicas são definidas como ações do estado voltadas para o interesse coletivo que atuam e influenciam realidades econômicas, sociais e ambientais. Nesse sentido, quer na sua formulação, quer na sua implementação, as políticas públicas se configuram como processos complexos de jogos de interesses

múltiplos existentes na sociedade, de confrontos de representações sobre o que são necessidades e demandas de saúde da população ou dos seus distintos segmentos socioeconômicos e particularmente do que seria qualidade de vida compatível com manutenção das condições de saúde da população.

Na realidade atual não é permitido que se pense as políticas sociais como divididas de forma estanque entre políticas e programas distintos para pobres e para ricos, tal como a agenda neoliberal pautou o debate. O mercado da saúde e as políticas de saúde fragmentam e segmentam o sistema de saúde e a população no tocante ao acesso aos serviços de saúde; no entanto, os subsistemas público e privado de serviços de saúde apresentam uma articulação entre eles de tal forma que dividem tarefas e clientela, tornando altamente complexa a relação mútua que estabelecem na garantia da lucratividade dos serviços privados de saúde (COHN, 2012).

No entanto, em sociedades como a brasileira, com um dos mais altos índices de desigualdade social do planeta segundo o Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento (ONU, 2015), o que passa efetivamente a importar são os modos de implantação de políticas sociais e de saúde que, ao priorizarem os segmentos socialmente mais vulneráveis num primeiro momento, o façam com a lógica da universalização, da integralidade e da equidade na atenção à saúde. Mas esse não é um processo que ocorre como num passe de mágica, nem depende tão somente da vontade política de governantes. A universalização ao acesso de forma efetiva depende sobretudo de uma sociedade que participe de forma cidadã e responsável para que os direitos sociais se constituam como realidades marcadas por maior justiça social. Cohn (2012, p. 219) destaca que não se trata de substituir o Estado pela sociedade ou pelo mercado. Pelo contrário: o Estado é – e deve permanecer – como a única instância da sociedade que detém os instrumentos legítimos e competentes para redistribuir de forma efetiva as riquezas socialmente produzidas, dentre elas a atenção à saúde como um direito de todos e um dever do estado.

Nos anos 1980 Mendes (1995) apresentou a organização dos prestadores de serviço como componente da trajetória do projeto hegemônico de saúde no Brasil (mudança do Modelo Médico Assistencial Privatista para o Modelo Neoliberal). Para o autor, o subsistema privado e contratado tradicional, considerado mais atrasado tecnologicamente, tende no modelo neoliberal à aproximação e dependência do

subsistema estatal. Esta dependência do setor privado atrasado em relação ao Estado daria origem a um subsistema público, estimulado tanto por meio de incentivos fiscais quanto de financiamento, instituindo e disseminando serviços hospitalares, clínicas e laboratórios na área da saúde por todo o país. Hospitais de pequeno, médio e grande porte, a maior parte deles privados e filantrópicos, passaram a prestar serviços numa relação de complementação ao sistema público, e de certa forma, ofertando para o estado o que ele não tem condições de suprir e fornecer.

#### 4.2 INÍCIO DOS HOSPITAIS NO BRASIL

Em resgate histórico breve, os hospitais surgiram no Brasil no período colonial com a ação catequizadora dos jesuítas que implantaram hospitais de modelo europeu caracterizados como instituições religiosas de cuidados aos doentes. Naquela época o hospital era um local para acolher e abrigar pobres e isolar da população as pessoas com doenças contagiosas. As tarefas dos hospitais eram realizadas por pessoas interessadas em praticar boas ações de cunho caritativo e religioso através das Santas Casas de Misericórdia. Assim como a atenção à saúde, a instituição hospitalar era negligenciada e privilégio de poucos. Essa lógica de funcionamento acaba por gerar importante vazio no setor de assistência à saúde, provocando, na década de 30 – e mais intensamente, na década de 50 –, um crescimento acelerado de instituições hospitalares privadas que ofereciam assistência altamente especializada, de alto custo e baixo impacto na saúde coletiva (SANTOS & GERSCHMAN, 2004).

Também temos que considerar a chegada da família Real Portuguesa e sua corte que trouxe uma certa qualificação para o ensino médico no Brasil assim como para algumas instituições hospitalares (CUNHA 2009). Com o passar do tempo, a função do hospital deixou de ter característica religiosa e tornou-se pública, atendendo também pessoas que não tinham condições financeiras de serem tratadas por médicos em suas casas (CASTELAR, 1995). Esse modelo de atenção hospitalar tornou-se hegemônico após o golpe de 1964, acentuando, cada vez mais,

a centralização dos serviços nas grandes cidades do Sul e Sudeste do país (LUZ, 2013).

Na década de 1970, Foucault apresentou a história do hospital afirmando que “o hospital que funcionava na Europa desde a Idade Média não era, de modo algum, um meio de cura, não era concebido para curar” (FOUCAULT, 1992, p. 74). Ele afirmava que o hospital era uma instituição socialmente importante, mas não uma instituição médica, pois a medicina não era uma prática hospitalar. O hospital médico e terapêutico surgiu somente no século XVIII, porém no Brasil esse modelo só se consolidou no século XIX. Essa transformação ocorreu por motivos econômicos e políticos. Por um lado, os hospitais militares eram locais escolhidos para empreendimento de fugas, deserções ou contrabandos. Por outro, as doenças armazenadas nos hospitais estavam se espalhando na população fazendo muitos outros novos doentes. Surgiu assim a necessidade de controlar o hospital para evitar que as doenças se espalhassem e que pacientes fugissem. A determinação era disciplinar o espaço hospitalar com constante vigilância e registro de tudo que acontecia em seu interior.

A disciplina instituída no hospital e os avanços no saber médico levaram à “medicalização do hospital” e ao “hospital médico”, como parte do processo de medicalização da sociedade, como bem caracterizado por Foucault (1992). Segundo o autor, a partir do momento em que o hospital foi concebido como instrumento de cura e a distribuição do espaço tornou-se instrumento terapêutico, o médico passou a ser o principal responsável pela organização hospitalar. Nesse contexto, o médico define espaços e atividades que permeiam o local e tudo o que o habita.

No início do século XX o hospital já era considerado muito importante no tratamento de doenças infecciosas e local privilegiado para o ensino e a prática da medicina. Essas são as origens do modelo de prática da medicina ocidental que vigora ainda nos dias de hoje (MENDES, 1984). A partir da segunda metade do século XX houve grande avanço com o desenvolvimento de formas preventivas de muitas doenças contagiosas, principalmente através da vacinação. Em consequência ao surgimento desse método preventivo, a assistência à saúde dividiu-se em duas áreas: o tratamento e a prevenção. Os hospitais tornaram-se responsáveis pelo tratamento das pessoas doentes e os ambulatórios pelas práticas preventivas.

Gonçalves (1983), aponta que a evolução do conhecimento e as novas possibilidades terapêuticas surgidas ao longo dos séculos XVIII e XIX transformaram o hospital em um centro de tratamento de doentes, principalmente daqueles que precisavam de intervenções cirúrgicas, o que fez desaparecer o caráter de abrigo filantrópico. O referido autor identifica diferentes funções para o hospital: a internação de pacientes, as ações de natureza preventiva, a participação em programas comunitários e a integração no sistema de saúde.

Para Castelar (1995) as finalidades dos hospitais nos dias atuais estão direcionadas à eficiência na resolução das doenças, agilizando diagnósticos e tratamentos para redução da permanência de pacientes no hospital. Esse formato se relaciona à evolução tecnológica dos hospitais que elevam consideravelmente os seus custos, tornando internações por períodos prolongados cada vez mais inviáveis do ponto de vista financeiro.

Os hospitais modernos são classificados para facilitar as destinações de recursos e pacientes. Existem classificações estabelecidas de acordo com porte, especificidade, complexidade de ações e natureza administrativa. Conforme portaria nº 1044/GM de 1º de junho de 2004 do Ministério da Saúde, quanto ao porte os hospitais são classificados pelo número de leitos existentes: a) pequeno – até 50 leitos; b) médio – 51 a 150 leitos; c) grande – 151 a 500 leitos. Quanto à especificidade, o hospital pode ser geral ou especializado sendo considerado especializado aquele que se destina ao atendimento de uma ou mais especialidades ou de um grupo específico de patologias, como ocorre com as maternidades e os hospitais de cardiologia, traumatologia, e do câncer. Já o hospital geral atende pacientes em todas as patologias, incluindo, necessariamente, as especialidades básicas de ginecologia e obstetrícia, de pediatria, de clínica médica e de cirurgia, podendo ter uma ou mais das demais especialidades. O hospital geral pode atender grupos etários específicos, como os hospitais infantis, ou apenas uma determinada comunidade ou categoria, como o hospital militar.

#### 4.3 O HOSPITAL DE PEQUENO PORTE – HPP

Evidencia-se um hiato legal na definição de hospitais de pequeno porte observados pelas portarias nº 1.044 de 2004 que define estes hospitais com até 30 leitos e a portaria nº 3.410, de 2013 que propõe esses estabelecimentos sendo os com menos de 50 leitos, mas não revoga a portaria anterior. Para este estudo, utilizaremos a definição de hospitais com até 50 leitos, denominados como Hospitais de Pequeno Porte (BRASIL, 2013). De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, existem no Brasil 4.073 estabelecimentos de 5 até 50 leitos (DATASUS, 2015). No Rio Grande do Sul, local que serviu de campo para este estudo, são 166 HPPs.

Em estudo feito entre os anos de 2003 a 2005 e publicado em 2007 sobre os HPP e suas inserções no SUS, Ugá e López (2007) evidenciaram que os HPPs são unidades de baixa resolubilidade, ou seja, produzem muitos procedimentos, mas de baixo valor. Pontuam ainda que a criação de pequenos hospitais em municípios pequenos do interior deve-se aos mecanismos de investimento tradicionais no Brasil, algumas vezes por meio de emendas parlamentares que raras vezes têm em consideração as necessidades de saúde mais prementes das localidades. Além disso, esses estabelecimentos hospitalares evoluíram a partir das unidades mistas de saúde, bem como de Santas Casas.

Apesar de todas as limitações dos Hospitais de Pequeno Porte, o número destes estabelecimentos de saúde pouco reduziu entre a publicação da pesquisa em 2007 (com dados de 2003 a 2005) quando somavam 4.705 estabelecimentos e representavam 62% das unidades hospitalares e 18% dos leitos existentes no sistema de saúde brasileiro. Atualmente conforme dados do CNES, são 4.073 HPPs que englobam a maior parte do aparato hospitalar de oferta de cuidado brasileiro caracterizando 57,48% das instituições hospitalares brasileiras públicas e/ou privadas (DATASUS, 2015<sup>2</sup>).

As relações estabelecidas com as comunidades e as suas inserções nos territórios podem ser os principais motivos pelos quais essas instituições mesmo com dificuldades financeiras e baixa resolutividade se mantêm abertas e funcionando por décadas.

---

<sup>2</sup> Competências fechadas de 2014, DATASUS.

### 4.3.1 A Função Simbólica e a Relação com o Território

A maior parte dos HPPs estão situados em municípios pequenos de até 30 mil habitantes (UGÁ e LOPEZ 2007). Muitos deles se constituem como o maior serviço de saúde dos municípios e espaços de relações sociais e de cooperação entre as pessoas. Este espaço territorial e vivencial assume um lugar bastante representativo e simbólico para esta comunidade. Para Bourdieu o sistema simbólico reproduz “sob forma irreconhecível, por intermédio da homologia entre o campo da produção ideológica e o campo das classes sociais, a estrutura do campo das classes sociais” (1989, p. 12).

A definição de símbolo é vivencial, polissêmica, refere-se a imagens, remete a um significado invisível e não possível de ser traduzido em palavras, é a expressão de algo relativamente desconhecido. Assim, o sentido afetivo e emocional de integração vivencial do indivíduo frente à realidade e à construção de um significado para a sua existência são realizados por meio do símbolo, através da imaginação simbólica (que opera com símbolos) e da função transcendente (que permite integrar opostos).

Bourdieu (1974, p. 173) ressalta que a ideologia:

Torna-se determinada então tanto pelos interesses dos grupos sociais a que se referem, como pela lógica específica do campo de produção do sistema simbólico no qual se encontra inserida. Assim, na análise do imaginário ou de um sistema simbólico, necessariamente deve-se levar em consideração as suas condições de produção e reprodução, isto é, os sistemas sociais no qual estão inseridos e sua função social (BOURDIEU, 1974, p. 173)

Com isso, os HPPs na relação com as comunidades e pelo papel que desempenham no cuidado em saúde da população, produzem e reproduzem um poder simbólico que os vincula com o território no qual estão inseridos. Por território entendemos, com base na geografia humana moderna, como sendo “o solo onde se concretizam as relações sociais, a relações entre vizinhança e solidariedade e as relações de poder. O território é a manifestação ativa de vida” (KOGA, 2003, p. 33).

O território pode ser formado de lugares contíguos e de lugares em rede. As redes constituem realidades novas que, de alguma maneira, justificam a expressão

verticalidade. Mas além das redes, antes das redes, apesar das redes, depois das redes, e junto com as redes, há o espaço de todos, todo o espaço, porque as redes constituem apenas uma parte do espaço social e o espaço de alguns. De fato, os mesmos lugares que formam redes e que formam o espaço de todos. Santos (1994), chama a atenção para o novo funcionamento do território, através de horizontalidades (ou seja, lugares vizinhos reunidos por uma continuidade territorial) e verticalidades (formadas por pontos distantes uns dos outros, ligados por todas as formas e processos sociais).

Mundo e lugar são indissociáveis. O lugar é o físico, que recebe os impactos do mundo, sendo controlado remotamente, mas esse mesmo lugar é também o espaço da existência e da coexistência humana. No lugar, portanto, reside a única possibilidade de resistência aos processos perversos do mundo, dada a possibilidade real e efetiva da comunicação, da troca de informação e da construção política. Os lugares também podem se unir horizontalmente, reconstruindo aquela base de vida comum suscetível de criar normas locais, normas regionais (SANTOS, 1994).

Neste sentido, o lugar é o espaço do acontecer solidário. Estas solidariedades definem usos e geram valores de múltiplas naturezas: culturais, antropológicos, econômicos, sociais, financeiros, para citar alguns. As solidariedades pressupõem coexistências no espaço geográfico. Segundo Santos (1994), o lugar – não importa sua dimensão – é a sede da resistência da sociedade civil e nada impede que aprendamos as formas de estender essa resistência às escalas mais altas. Para isso, é indispensável insistir na necessidade de conhecimento sistemático da realidade, mediante o tratamento analítico desse seu aspecto fundamental que é o território (o território usado, o uso do território). Antes, é essencial rever a realidade de dentro, interrogar a sua própria constituição neste momento histórico. Seu entendimento é fundamental para afastar o risco de alienação, o risco da perda do sentido da existência individual e coletiva, o risco de renúncia ao futuro.

## 5 PERCURSO METODOLÓGICO

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este é um estudo de caso com abordagem qualitativa. Para Goode e Hatt (1969), Yin (1989) e Bonoma (1985) o estudo de caso como um método utiliza estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar os contextos, as relações e as percepções a respeito das situações, fenômenos ou episódios em questão (apud MINAYO, 2014, p. 164). A pesquisa qualitativa é aquela 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 nas suas transformações como construções humanas significativas (BARDIN, 1979). Este estudo não pretende comparar as instituições estudadas, tampouco as especificidades de cada município e tipo de gestão, mas sim abordar o decalque na estrutura de saúde dos municípios a partir delas. Isto é, as relações que emanam da estrutura institucional e se confundem e unificam com a do território (LUZ, 2013; SANTOS, 1994).

Para a coleta de dados foram utilizadas as seguintes técnicas: entrevista com roteiro semiestruturado e pesquisa documental – informações oriundas de bases secundárias como o CNES e o DATASUS para o embasamento da descrição das instituições de saúde e municípios participantes da pesquisa;

O campo de coleta para o estudo se deu em dois municípios do interior do RS, com uma população aproximada de 7 e 14 mil habitantes, respectivamente. Sendo que cada um deles possui um Hospital de Pequeno Porte-HPP, com até 50 leitos. Os municípios foram selecionados a partir de territórios que apresentaram uma prévia construção no tema abordado, conforme indicações à pesquisadora das instâncias gestoras de saúde no estado. Para Bardin, “nem todo o material de análise é suscetível de dar lugar a uma amostragem, e, nesse caso, mais vale

abstermos-nos e reduzir o próprio universo (e, portanto, o alcance da análise) se este for demasiado importante” (BARDIN, 2009, p. 123).

A definição sobre os participantes entrevistados considerou o exposto em Minayo (1993) a partir do que a autora cita como um agrupamento de atores por suas características e indica a importância de identificar participantes colocados em espaços diferentes:

O universo do estudo abrangeu a priori:

a) Grupo 1: profissionais que atuam na gestão do município que possuem a responsabilidade pela gestão em saúde no município: secretário, pessoas ligadas ao grupo de coordenação do município;

b) Grupo 2: gestores que atuam na gestão do Hospital; diretor ou gerente do hospital;

c) Grupo 3: conselheiros que atuam no Conselho Municipal de Saúde; Presidente ou vice-presidente do Conselho Municipal de Saúde, prioritariamente o conselheiro representante dos usuários;

d) Grupo 5: técnicos que atuam na regional de saúde e acompanham o tema dos HPP nos territórios: representante das Coordenadorias Regionais de Saúde na região de saúde.

Esse conjunto de opções levou à seleção para entrevista de quatro (4) participantes por território, oito (8) no total. Participaram em cada município:

- Secretário municipal de saúde ou responsável pela área dos hospitais;
- Diretor do Hospital de Pequeno Porte ou representante da gestão;
- Presidente ou membro do conselho municipal de saúde, representando os usuários;
- Técnico ou representante da Coordenadoria Regional de Saúde participantes parte das contratualizações desses hospitais.

## 5.2 COLETA DE DADOS

Para a realização da coleta dos dados a pesquisadora se deslocou no mês de agosto de 2016, para os dois municípios de origem dos participantes, sendo necessário um dia em cada um dos municípios para a realização das entrevistas.

Foram visitados quatro municípios: os dois municípios campo desta pesquisa – Restinga Seca e Ajuricaba – e os outros dois municípios sede das coordenadorias regionais de saúde, Santa Maria e Ijuí. As entrevistas foram realizadas em locais previamente agendados e acordados com os participantes e nos seus respectivos locais de trabalho. Com isso, foi possível, além de realizar a entrevista, também realizar visita *in locu* aos Hospitais de Pequeno Porte, às Secretarias Municipais de Saúde e às Coordenadorias Regionais de Saúde. Todas as entrevistas foram realizadas com roteiro semiestruturado (APÊNDICE A), foram gravadas e posteriormente transcritas para facilitar a análise dos dados.

### 5.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados foi utilizada a técnica da análise de conteúdo. Para Laurence Bardin (1979), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando reunir, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que possibilitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A modalidade da Análise de Conteúdo é a análise temática que segundo Minayo (2014), desdobra-se nas etapas pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação. A etapa da pré-análise é determinada pela leitura flutuante, constituição do *corpus*, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos. A leitura flutuante requer do pesquisador o contato direto e intenso com o material de campo, em que pode surgir a relação entre as hipóteses ou pressupostos iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema.

Durante a etapa da exploração do material, o pesquisador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo será organizado. Essa categorização para Minayo (2014), consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas.

A análise temática tradicional trabalha inicialmente essa fase, recortando o texto em unidades de registro que podem constituir palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos, indicados como relevantes para pré-análise.

Posteriormente, o pesquisador escolhe as regras de contagem por meio de codificações e índices quantitativos. Finalmente, o pesquisador realiza a classificação e a agregação dos dados escolhendo as categorias teóricas ou empíricas responsáveis pela especificação do tema (BARDIN, 1979). A partir de então o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas sugeridas pela leitura do material (MINAYO, 2014).

Nesse sentido e de acordo com as etapas previstas pelas autoras, após a coleta do material em campo foi realizada a transcrição de todas as entrevistas realizadas com cada um dos participantes. Com isso se obteve como produto final para análise cerca de 10 horas de gravação e mais de 150 páginas de transcrição. Na sequência, foram realizados a leitura flutuante das entrevistas e o início do processo de categorização.

Para a sistematização dos dados a pesquisadora contou com a ferramenta do Atlas.ti Versão WIN 7.5 (Build 15). As categorias foram definidas a partir dos eixos de acordo com o roteiro semiestruturado. Cada eixo representa uma macro categoria e as perguntas que compõem o eixo representam uma categoria. Para o agrupamento dos dados foi considerado o que cada participante respondeu na entrevista. Por fim, para a identificação das entrevistas foram utilizados os seguintes códigos:

Para o Secretário Municipal de Saúde do primeiro município entrevistado, será utilizada a sigla GRS; para o Secretário Municipal de Saúde do segundo município entrevistado será utilizada a sigla GAJ;

- Para o Diretor do Hospital de Pequeno Porte do primeiro município entrevistado será utilizada a sigla GHPPRS; para o representante da gestão do segundo hospital será utilizada, GHPPAJ;

- Para o membro do Conselho Municipal de Saúde representando os usuários serão utilizadas respectivamente a sigla PCMSRS para o primeiro município e PCMSAJ para o segundo;

- Para o representante da primeira Coordenadoria Regional de Saúde entrevistada será utilizada a sigla T4CRS, para o representante da segunda, T17CRS.

A composição das macro categorias e categorias foi definida a partir da análise temática do conteúdo, sendo os seguintes resultados obtidos:

- Função Social – composta pelas categorias: a) Importância do hospital para comunidade; b) Garantia do acesso e c) Necessidade da população.

- Interação e Articulação – composta pelas categorias de análise: a) relação da comunidade com os hospitais; b) participação da comunidade em conselhos e colegiados dos HPP; c) interação dos HPP com a rede de saúde local;

- Produção de ofertas – composta pelas categorias de análise: a) capacidade técnica, estrutural e tecnológica; b) ampliação das ofertas e serviços; c) novos arranjos tecnoassistenciais dos HPP;

- Contratualização e Situação Financeira - composta pelas categorias de análise: a) formas de contratualização; b) monitoramento e avaliação; c) situação financeira.

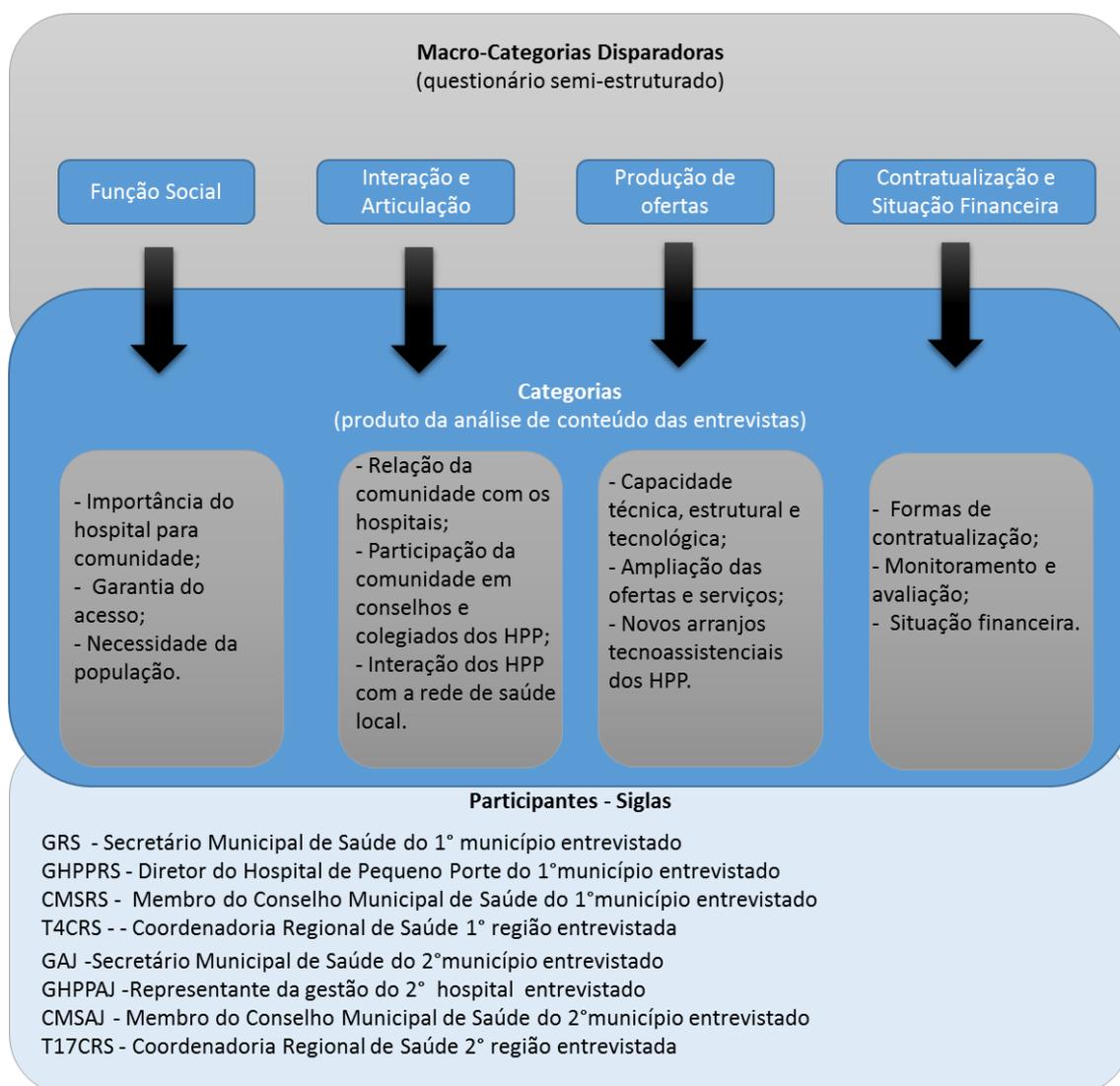


Figura 1 Macro categorias disparadoras, grupo de entrevistados.

#### 5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Brasília de acordo com o parecer consubstanciado número do 1.628.824 (ANEXO A).

Como garantias aos participantes de pesquisa todos foram informados sobre as condições voluntárias de participação no estudo sendo que todos concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e o Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para Fins de Pesquisa (APÊNDICE C).

## 5.5 CONTEXTO DO ESTUDO

O campo para esse estudo foram dois hospitais de pequeno porte de dois municípios distintos localizados no interior do estado Rio Grande do Sul, na região noroeste e na região central do estado do Rio Grande do Sul, localizados nas regiões 1 e 13, correspondente a 4ª e 17ª CRS, respectivamente, nos municípios de Restinga Seca e Ajuricaba. A seguir são apresentadas as informações estruturais e de serviço dos municípios e instituições estudadas a partir de dados fornecidos pelos próprios entrevistados e dados secundários obtidos pelos sistemas de informação do Ministério da Saúde, principalmente do DATASUS, CNES e Nota Técnica do Departamento de Atenção Básica - DAB.

### 5.5.1 Restinga Seca

O município de Restinga Seca, localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul, possui uma população, de 15.828 habitantes (conforme Censo IBGE de 2012), com uma densidade demográfica de 16 hab/km<sup>2</sup> e o PIB per capita de R\$15.456,76 (2011). Desse total, 4,61% da população vive em situação de extrema pobreza (2010) e 9,7% da população possui plano de saúde (Março 2016<sup>3</sup>).

Em relação aos serviços de saúde disponíveis, o município em 2016 contava com 92,3% de cobertura de Atenção Básica considerando Estratégia Saúde da Família com cobertura de 65 %. Possui cobertura de Saúde Bucal de 56,86 %.

O município possui 995 famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde. Destas, na 1ª vigência de 2015 foram acompanhadas 699 famílias pela Atenção Básica, com 70,25 % (Brasil, 2016).

O município é Gestão Plena do Sistema Municipal, pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território. Ou seja, o município é responsável pela contratação e repasse dos recursos para os prestadores de serviço locais.

---

<sup>3</sup>Fonte: Nota Técnica do Departamento da Atenção Básica, Ministério da Saúde/2016.

### 5.5.1.1 *Características do hospital*

Segundo as informações fornecidas pelos entrevistados, o hospital se encontra sob intervenção do município. Era administrado por uma diretoria que atualmente está afastada. A intervenção se deu pelo fato do hospital ter suspenso os atendimentos pelo SUS. Percebeu-se também um aumento substancial da dívida da instituição.

O hospital é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos. Possui 50 leitos, 57 funcionários e quatro médicos no corpo clínico. Contempla uma média de 80 internações/mês, cerca de 1600 atendimentos ambulatoriais/mês e média de 65 atendimentos/dia. Realiza 90% de atendimentos pelo SUS e o restante de atendimentos por convênios. Atende as especialidades de clínica médica, pequenas cirurgias e atendimento ambulatorial. Conta com plantão médico 24 horas.

O bloco cirúrgico do hospital foi interditado pela vigilância sanitária. Havia cinco salas para a realização de cirurgias, mas atualmente não há sequer sala de parto. Essas características conferem ao hospital um perfil de atendimento mais clínico.

O regimento do corpo clínico determinava que para ingresso de novos médicos na instituição era necessário ter residência fixa no município por mais de 10 anos consecutivos. Isso prejudicou a entrada de novos profissionais na instituição.

Sua estrutura organizacional atualmente é composta por diretor presidente e interventor. O hospital é administrado em regime de sociedade e todos os sócios (pessoas físicas) tem poder de decisão no hospital. Com isso, há quatro conselheiros sócios que estão na direção do hospital junto ao diretor presidente. Hoje há cerca de 20 sócios ativos que pagam em torno de R\$60,00 (sessenta reais) a anuidade.

<b>Dados DATASUS SIA e SIH competência</b>	
Taxa de Ocupação Hospitalar em Leitos GERAIS - TOH GERAL	26,02%
Tempo Médio de Permanência em dias/ano - TMP GERAL	4,74
SIH - nº de AIHs	247
SIH - Valor	R\$ 112.868,39
SIA - nº de procedimentos - Frequencia	2.247
SIA - Valor	R\$ 19.703,66
Mortalidade %	4,05%

Figura 2 Produção individual do hospital de Restinga Seca.

### 5.5.2 AJURICABA

O município de Ajuricaba está localizado na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Possui uma população de 7.187 habitantes e em 2012 a densidade demográfica era de 22 hab/km e o PIB *per capita* de R\$29.801,47. Na mesma data aproximadamente 1,27 % da população vivia em situação de extrema pobreza: (2010) e 31,86% da população possuía plano de saúde. (Março / 2016)

Em relação aos serviços de saúde o município conta com 100% de cobertura de Estratégia Saúde da Família além de um NASF Tipo II e cobertura de saúde bucal de 100%.

Em Ajuricaba 238 famílias são beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde. Dessas e na primeira vigência de 2015, foram acompanhadas 184 famílias pela Atenção Básica, com 77,31%<sup>4</sup>.

O município de Ajuricaba é Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, pela qual o município se habilita a receber um montante definido em base *per capita* para o financiamento das ações de atenção básica. Ou seja, os prestadores de serviço contratualizam e recebem o repasse dos recursos do Estado, através da Secretaria Estadual de Saúde.

<sup>4</sup>Fonte: Nota Técnica do Departamento da Atenção Básica, Ministério da Saúde/2016.

### 5.5.2.1 Características do hospital

Segundo as informações fornecidas pelos entrevistados o hospital é uma associação privada e filantrópica. Tem uma diretoria eleita a cada dois anos e composta por membros voluntários da comunidade. O corpo administrativo do hospital também conta com número de sócios uma vez que a estrutura da instituição é baseada no modelo de sociedade. Entre os sócios é eleita uma diretoria em assembleia composta por um presidente, dois vice-presidentes, dois secretários, dois tesoureiros, conselho fiscal e suplentes. Os indicados fazem trabalho voluntário (sem remuneração) por período de dois anos. Os demais profissionais são contratados, tanto de nível superior quanto de nível médio.

O hospital de Ajuricaba conta com 50 leitos cadastrados no CNES, mas apenas 33 leitos estão em uso. No que tange ao corpo profissional, são 28 funcionários: 13 técnicos de enfermagem, uma enfermeira então com nível superior, uma nutricionista, uma farmacêutica que responde pela farmácia hospitalar, um administrador, e o restante trabalha em serviços de apoio (uma funcionária no serviço de lavanderia, duas no serviço de cozinha e dietética, três nos serviços gerais e higienização, um funcionário nos serviços gerais externo e a parte administrativa). No corpo clínico são dois médicos que atuam principalmente nas internações e partos. Em 2015 foram realizados 48 partos entre cesarianas e partos normais. A média mensal fica em torno de três partos. No pronto atendimento são realizadas uma média de 15 consultas por dia. O hospital atende pelo SUS e por convênios particulares.

<b>Dados DATASUS SIA e SIH competência 2015</b>	
<b>Taxa de Ocupação Hospitalar em Leitos GERAIS - TOH GERAL</b>	12,83%
<b>Tempo Médio de Permanência em dias/ano - TMP GERAL</b>	3,92
<b>SIH - nº de AIHs</b>	118
<b>SIH - Valor</b>	R\$ 52.251,28
<b>SIA - nº de procedimentos - Frequencia</b>	1.460
<b>SIA - Valor</b>	R\$ 24.967,36
<b>Mortalidade %</b>	0,85%

Figura 3 Produção individual do hospital de Ajuricaba.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACKSO, B. *Enciclopédia 5 – Anthropos – Homem*. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda, 1985.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

\_\_\_\_\_, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. *Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS*, Informações de Saúde, Rede assistencial, 2015. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em 12 de dez. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento. *Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento - SIOP*. 2015. Disponível em: <https://www.siop.planejamento.gov.br/siop/>. Acesso em 12 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS*, Informações de Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2015. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em 12 de dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.044 - Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. Brasília: abril de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria No 3.410 - Política Nacional de Atenção Hospitalar. Brasília. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria No 3.390. Brasília. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica do Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/> Acesso em 22 nov. 2017.

BOURDIEU, P. *A Economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1974.

\_\_\_\_\_, P. *O Poder simbólico*. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 1989.

CAMPOS, G. W. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy, E. E; Onoko, R. (Org.). *Agir em Saúde, um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.

\_\_\_\_\_, G. W. de S. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. 5 ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

\_\_\_\_\_, G. W. de S. *Saúde Paidéia*. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CASTELAR, R.M. O hospital no Brasil. In: CASTELAR, R.M; MODELET, P; GRABOIS, V. *Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro*. Brasil/França, Ed. ENSP,1995.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. S. (org.). *Tratado de saúde coletiva 2.ªed*. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 219-246

CRESCENTE, L O. *Inovações na saúde entrelaçadas com o desenvolvimento: um estudo sobre a experiência de Catuípe e Coronel Barros no fortalecimento da gestão pública*. 2005. 204 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

CUNHA, C. S.; RODRIGUES NETO, J.O. ; SOUZA, M.C.T . A Importância da chegada da Família Real Portuguesa para o ensino médico e a medicina brasileira. *Revista Práxis*, v. 1. Volta Redonda, 2009. p. 11-14

FOUCAULT, M. *A microfísica do poder – 10ª ed*. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

GONÇALVES, E.L. *O hospital e a visão administrativa contemporânea*. São Paulo: Pioneira, 1983.

JODELET, D. Représentationssociales: undomaine en expansion. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Les représentationssociales*. Paris: PressesUniversitaires de France, 1989.

KOGA, D. *Medidas de cidades: entre territórios de vida e territórios vividos*. São Paulo: Cortez, 2003.

LÓPEZ, E. M. *Uma revisão do papel dos hospitais de pequeno porte no SUS*. 2004. 131 f. Dissertação (Mestrado Profissional da Escola de Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 1. Rio de Janeiro, 1997. p. 13–43

\_\_\_\_\_, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. 2. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2013.

MENDES, E.V. *A evolução histórica da prática médica*. Belo Horizonte: PUC MG/FINEP,1984.

\_\_\_\_\_, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Distrito sanitário*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1995. p.19-91.

\_\_\_\_\_, E. V. *Os grandes dilemas do SUS: tomo I*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde 2ª ed.* São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1993.

\_\_\_\_\_, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14ª ed.* São Paulo: HUCITEC, 2014

MOSCOVICI, S. *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF, 1976.

\_\_\_\_\_, S. *A Representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

\_\_\_\_\_, S. Sobre representações sociais. In: FORGAS, J. G. (org.) *Social Cognition*. Londres: Academic Press, 1981.

\_\_\_\_\_. The phenomenon of social representations. In: MOSCOVICI, S.; \_\_\_\_\_. FAR, R. M. (Org.). *Social representations*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984. p. 3-69.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Relatório de Desenvolvimento Humano 2015 - PNUD 2015*. Brasília, DF, 2015.

PAIM, J. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA, F. N. *Epidemiologia e saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 547-573.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 101/2006. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Lisboa, 2006.

RAMOS, A. G. *A nova ciência das organizações: uma reconceituação da riqueza das nações*. 2ª ed. Rio de Janeiro: FGV, 1982.

RIGHI, L. B. Produções de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCEH, D.F; CRUZ; I.B.M.. *Saúde Coletiva: diálogos contemporâneos*. Ijuí: Editora Unijuí, 2005.

SÁ, C. P. *A construção do objeto de pesquisa em representação social*. Rio de Janeiro:EUERJ, 1994

\_\_\_\_\_, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J. *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais da psicologia social*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1998. p 19-45

SANTOS, M. *Território, Globalização e Fragmentação*. São Paulo: Hucitec, 1994.

\_\_\_\_\_, M. *A natureza do espaço*. São Paulo: Hucitec, 1997

\_\_\_\_\_, M. Modo de Produção Técnico-Científico e diferenciação espacial. *Revista Território, ano IV, nº 6, jan./jun. 1999*

SANTOS, L; ANDRADE, L. O. M. de. Rede Interfederativa de saúde. In: SILVA, S.F (Org.). *Redes de Atenção à Saúde no SUS*. Campinas: Idisa/Conasems, 2008. p. 35-65

SANTOS, M. G. S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Rev C S Col* 2004;

SERBENA, C. A. Imaginário, ideologia e representação social. *Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas, v. 4, n. 52*. Florianópolis: UFSC, 2003. p. 2–13

TOURAINE, A. *Crítica da modernidade 16º ed*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

UGÁ, M. A. D.; LÓPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 4, ago. 2007*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p. 915–928

WOOD, T. JUNIOR. *Organizações Espetaculares. 1ª ed*. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

## **APÊNDICE A –ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTAS**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

#### **1. Caracterização do Entrevistado**

Dados do entrevistado:

Formação:

Atuação Profissional:

Tempo de atuação na função:

Trajetória no SUS:

#### **2) Percepção do entrevistado sobre o papel do HPP na comunidade**

##### **Eixo 1 – PAPEL SOCIAL**

- 2.1) Na sua opinião qual é a importância do Hospital para a comunidade?
- 2.2) Na sua opinião o hospital atende as necessidades da comunidade?
- 2.3) Como é garantido o acesso para a população?

#### **3) Percepção do entrevistado sobre a capacidade de assistência dos HPP nos municípios pesquisados**

##### **Eixo 2 - PRODUÇÃO DE OFERTAS**

- 3.1) Em relação a capacidade instalada do hospital, é suficiente para os atendimentos realizados (infraestrutura, recursos humanos, ofertas assistenciais)?
- 3.2) Quais os serviços que seriam importantes serem oferecidos pelo hospital?
- 3.3) Como se dá a inserção e articulação com as Redes de Atenção no município?

4) Percepção do entrevistado sobre a participação da comunidade na gestão dos HPP

##### **Eixo 3 - INTERAÇÃO COM A COMUNIDADE**

- 4.1) Como se dá a relação do hospital com a comunidade? Há interação? De que forma e quando?

4.2) Há Conselho ou participação da comunicação na gestão do hospital?

5. Percepção do entrevistado sobre o modelo de gestão...

#### **Eixo 4 - CONTRATOS E GESTÃO DO SERVIÇO**

5.1) Como são estabelecidas as prioridades de investimento do Hospital? Quem faz parte destas definições?

5.2) Como são os contratos e pactos em relação a prestação de serviços do hospital (município, estado e União)?

5.3) É feito acompanhamento, monitoramento e avaliação das pactuações feitas?

6. Percepção do entrevistado sobre a sustentabilidade do HPP

#### **Eixo 5 – SUSTENTAÇÃO FINANCEIRA**

6.1) Como está a situação financeira atual do hospital?

6.2) De onde vem a maior parte dos recursos do hospital?

6.3) Em sua opinião quais alternativas relativas ao financiamento (formas de receita, contratualização) poderiam ser aplicadas ao hospital?

7. Percepção do entrevistado sobre as principais dificuldades e obstáculos na implantação e gestão dos HPP

#### **Eixo 6- GERAL:**

7.1) Na sua opinião quais são as principais dificuldades/problemas do hospital hoje?

7.2) Quais seriam as alternativas?

7.3) Como tem se enfrentado as dificuldades? Quais as estratégias adotadas?

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



Departamento de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Universidade de Brasília - UNB

### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE*

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa **“Uma análise de como Hospitais de Pequeno Porte se inserem nas Redes de Atenção à Saúde”**, sob a responsabilidade do pesquisador Carine Bianca Ferreira Nied. O projeto é uma pesquisa a relação dos HPP e sua inserção às Redes de Atenção à Saúde na relação com a sua função social e política.

O objetivo principal desta pesquisa será de compreender como os Hospitais de Pequeno Porte se inserem nas Redes de Atenção à Saúde;

O(a) Senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de entrevista com roteiro semi-estruturada a qual será agendada previamente e combinado o melhor período para realização da mesma de acordo com a sua preferência e disponibilidade, com um tempo estimado de em torno de 2 horas para sua realização.

Os riscos da pesquisa são mínimos, entre eles o constrangimento dos participantes ao longo das entrevistas em abordar assuntos que considerem constrangedores. Entretanto, será oferecida a possibilidade de não conversarmos em profundidade sobre as questões que

gerarem este tipo de reação aos entrevistados. Durante a entrevista será ofertado um espaço para o entrevistado ser acolhido, e falar livremente na tentativa de amenizar esse desconforto. Será garantido o anonimato dos entrevistados e os dados publicados não identificarão as fontes. Se você aceitar participar, estará indiretamente contribuindo com a discussão da qualificação dos HPP e suas inserções e contribuições nas Redes de Atenção à Saúde e no Sistema Único de Saúde, mas como participante desta pesquisa não terá nenhum benefício direto, como pagamento. Os custos com deslocamentos estão a cargo do pesquisador. Por exemplo, visita aos hospitais para as entrevistas com os participantes.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília – UNB, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Carine Bianca Ferreira Nied, na Universidade de Brasília – UNB, no telefone 51 – 8447-6035 ou 61-81632244, disponível inclusive para ligação a cobrar, e pelo e-mail [carinenied@hotmail.com](mailto:carinenied@hotmail.com)

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

---

Nome do Participante / assinatura

---

Nome do Pesquisador Responsável/ assinatura

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

Localidade-Data

## APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA

### Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz para fins de pesquisa

Eu, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “**Uma análise de como Hospitais de Pequeno Porte se inserem nas Redes de Atenção à Saúde**”, sob responsabilidade de Carine Bianca Ferreira Nied vinculado(a) ao/à Universidade de Brasília - UNB *ao Programa de Pós-Graduação* Programa de Pós- Saúde Coletiva.

Meu som de voz poderá ser utilizado apenas para a análise da pesquisa por parte da pesquisadora.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

---

---

Assinatura do (a) participante  
pesquisador (a)

Nome e Assinatura do (a)

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## ANEXO A – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – PARECER CONSUBSTANCIADO NÚMERO 1.628.824



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Uma análise de como Hospitais de Pequeno Porte se inserem nas Redes de Atenção à Saúde

**Pesquisador:** Carine Bianca Ferreira Nied

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 56593716.5.0000.0030

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE SAÚDE - FS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.628.824

#### Apresentação do Projeto:

Este projeto refere-se à elaboração de um estudo qualitativo, com análise documental e entrevista semi-estruturada para analisar o papel desempenhado pelos Hospitais de Pequeno Porte e como se estabelecem as relações tecnopolíticas com o território. O campo para este estudo serão dois hospitais de pequeno porte de dois municípios distintos localizado no interior do estado Rio Grande do Sul. Serão entrevistados, quatro (4) participantes em cada estudo, 8 no total. Ou seja, serão quatro (4) entrevistados no município de Ajuricaba e quatro (4) no município de Restinga Seca".

"Muitos destas instituições de pequeno porte passam por inúmeras dificuldades tanto estruturais, quanto tecnológicas, financeiras e também a sua função política e social e com isso, surgem inúmeros questionamentos sobre o papel que esse tipo de unidade deve assumir frente à reconhecida expansão da atenção básica".

#### METODOLOGIA:

"Este trabalho consiste em um estudo qualitativo, utilizando a técnica de estudo de caso". "...O campo para este estudo serão dois hospitais de pequeno porte de dois municípios distintos localizado no interior do estado Rio Grande do Sul, na região noroeste e na região central do

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com