



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar de Saúde
Campus Anísio Teixeira
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



GEOVANI MORENO SANTOS JÚNIOR

**O PAPEL DO HOSPITAL DE PEQUENO PORTE NO ENFRENTAMENTO DA
PANDEMIA DA COVID-19**

Vitória da Conquista
2023

GEOVANI MORENO SANTOS JÚNIOR

**O PAPEL DO HOSPITAL DE PEQUENO PORTE NO ENFRENTAMENTO DA
PANDEMIA DA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Poliana Cardoso Martins

Co-orientador: Prof. Dr. Adriano Maia Santos

Vitória da Conquista
2023

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Moreno Santos Júnior, Geovani

O papel do Hospital de Pequeno Porte no
enfrentamento da pandemia da Covid-19 / Geovani
Moreno Santos Júnior, Hebert Luan Pereira Campos dos
Santos. -- Vitória da Conquista, 2023.

93 f. : il

Orientadora: Poliana Cardoso Martins.

Coorientador: Adriano Maia dos Santos.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-graduação em
Saúde Coletiva) -- Universidade Federal da Bahia,
IMS/UFBA, 2023.

1. Infecções por coronavírus. 2. Hospital de Pequeno
Porte. 3. Enfrentamento da pandemia da Covid-19. 4.
Saúde Pública. I. Pereira Campos dos Santos, Hebert
Luan. I. Cardoso Martins, Poliana. II. Maia dos
Santos, Adriano. III. Título.

Geovani Moreno Santos Junior

“O papel do hospital de pequeno porte no enfrentamento da pandemia da covid-19”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde. Linha Pesquisa: Políticas, gestão e programas em saúde.

Aprovada em 01/11/2023

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Poliana Cardoso Martins (Orientadora)
Universidade Federal da Bahia – UFBA



Prof. Dr. Marcio Galvão Guimarães de Oliveira (Examinador Interno)
Universidade Federal da Bahia – UFBA



Dr.^a Juliana Oliveira Santos (Examinadora Externa)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

O produto deste meu trabalho dedico a minha família, especialmente, as minhas filhas; ao meu pai (in memoriam) e a todos as pessoas que perderam seus familiares para Covid-19 e para o negacionismo. Dedico também aos profissionais de saúde e pesquisadores que dedicaram parte importante das suas vidas para conter a pandemia da Covid-19.

*O que faz andar a estrada? É o sonho. Enquanto a gente
sonhar a estrada permanecerá viva. É para isso que servem os
caminhos, para nos fazerem parentes do futuro.
(Fala de Tuahir, em Terra Sonâmbula, de Mia Couto)*

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a Deus pois acredito que somos o equilíbrio entre corpo, alma e espírito, e ao caminhar com Ele sinto toda a diferença.

À minha companheira de vida e na vida, Cheila, minha torre em cima da montanha para onde sempre volto com segurança e amor. À Esther e Rebecca, minhas filhas e eternas admiradoras, fonte perene de inspiração e motivação.

À minha querida mãe, Graça (in memoriam), que apesar de ter começado tudo isso profetizando que eu seria *“gente que cuida de gente”*, me deixou muito cedo, mas, não sem missão. Ao meu querido e saudoso pai, Geovani (in memoriam), que sucumbiu à COVID-19, mas, deixou suas marcas em meu caráter e sempre foi meu maior admirador em todas as épocas de minha vida.

Aos amigos e colegas de trabalho que vibram e participam de minhas lutas e vibram também com as vitórias na caminhada.

Ao PPGSC do IMS-UFBA na personalidade de todos os excelentes professores, também de todos os trabalhadores dessa grande instituição. Trilhar os caminhos da pesquisa junto a um grupo tão qualificado é tanto motivador quanto desafiador. Minha gratidão a cada um de vocês que nos doam tanto em forma de saberes e vivências.

Ao meu coorientador Adriano Maia por ser tão generoso na partilha do seu conhecimento, muitos anos se passarão e não me esquecerei como isso é fácil para você. À Hebert Luan pelo apoio imprescindível e resignado nos momentos fáceis, mas, sobretudo nos mais difíceis onde tudo parecia meio impossível.

À minha querida orientadora Poliana Martins, que muito mais do que me orientar num projeto de dissertação do Mestrado, escolheu caminhar junto, sustentar quando a fadiga de tudo que se abateu sobre nós naquele momento, minimizava o sentido de muitas coisas. Gratidão eterna pelo seu cuidado, incentivo, generosidade e se chegamos até aqui, é porque me sustentaste para que continuasse em frente.

Agradeço aos membros da banca que toparam construir e costurar este trabalho junto comigo, fornecendo um olhar crítico ao meu trabalho e cientes dos desafios envolvidos na finalização desta etapa. Muito obrigado.

Enfim, ninguém consegue dar de si o que não tem, por isso, nesse momento, meu coração é todo gratidão.

SANTOS JÚNIOR, G. M. O papel dos Hospitais de Pequeno Porte no enfrentamento da pandemia da Covid-19. Universidade Federal da Bahia. Dissertação de Mestrado [Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva]. Vitória da Conquista, 2023.

RESUMO

Esta dissertação possui como objetivo geral compreender o papel do Hospital de Pequeno Porte (HPP) na assistência às pessoas acometidas pelo covid-19 no estado da Bahia e, como objetivos específicos elegeu 1) contextualizar o processo de construção da Rede de Enfrentamento ao covid-19 em âmbito estadual destacando a atuação do Hospital de Pequeno Porte nesta rede; 2) descrever a atuação do Hospital de Pequeno Porte na assistência às pessoas acometidas pelo covid-19 na região de Vitória da Conquista; 3) analisar os desafios enfrentados pelos gestores dos Hospitais de Pequeno Porte e assistência às pessoas acometidas pelo covid-19. Para tanto, foi desenvolvido uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso que buscou analisar o papel do HPP na assistência às pessoas acometidas pelo covid-19 no estado da Bahia e de maneira mais pormenorizada na região de saúde de Vitória da Conquista-BA. O estudo foi desenvolvido na região de saúde de Vitória da Conquista, a qual compõe a macrorregião de saúde Sudoeste do Estado da Bahia. Os resultados desta dissertação foram apresentados em formatos de dois artigos científicos: o primeiro, “Hospitais de Pequeno Porte e pandemia pelo Sars-CoV-2: o que precisamos aprender?”, que buscou discutir elementos relacionados ao HPP no contexto inicial da emergência, refletindo, sobretudo, dos limites postos pelas políticas voltadas para atenção hospitalar nos primeiros meses da pandemia e, o segundo artigo intitulado “O papel do Hospital de Pequeno Porte no enfrentamento da pandemia da covid-19: atuação e desafios enfrentados pelos gestores” que buscou analisar a atuação desses HPP na assistência às pessoas acometidas pela covid-19 na região de saúde estudada. Os achados desta dissertação apontam que os HPP dos municípios estudados assumiram papel fundamental no enfrentamento da covid-19 no contexto locorregional, entretanto, diversos desafios fizeram parte deste processo de enfrentamento, demandando dos gestores municipais e estaduais estratégias para manter o funcionamento e a assistência aos pacientes com covid-19 nesses municípios de pequeno porte.

Palavras-chave: infecções por coronavírus; hospital; saúde pública; pandemia; gestão em saúde.

SANTOS JÚNIOR, G. M. The role of the small hospital in addressing the covid-19 pandemic. Universidade Federal da Bahia. Dissertação de Mestrado [Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva]. Vitória da Conquista, 2023.

ABSTRACT

This dissertation has the general objective of understanding the role of the Small Hospital (HPP) in assisting people affected by covid-19 in the state of Bahia and, as specific objectives, it chose 1) to contextualize the process of building the Covid-19 Response Network. 19 at the state level highlighting the role of the Small Hospital in this network; 2) Describe the role of the Small Hospital in assisting people affected by Covid-19 in the Vitória da Conquista region; 3) analyze the challenges faced by managers of Small Hospitals and assistance to people affected by Covid-19. To this end, qualitative case study research was developed that sought to analyze the role of HPP in assisting people affected by Covid-19 in the state of Bahia and in more detail in the health region of Vitória da Conquista-BA. The study was developed in the health region of Vitória da Conquista, which makes up the Southwest health macro-region of the State of Bahia. The results of this dissertation were presented in the format of two scientific articles: the first, "Small Hospitals and the Sars-CoV-2 pandemic: what do we need to learn?", which sought to discuss elements related to PPH in the initial context of the emergency, reflecting, mainly, the limits placed by external policies for hospital care in the first months of the pandemic and, the second article entitled "The role of the Small Hospital in facing the covid-19 pandemic: performance and challenges faced by managers" which sought analyze the performance of these HPP in assisting people affected by covid-19 in the scientific health region. The results of this dissertation indicate that the HPPs in the trained municipalities played a fundamental role in tackling Covid-19 in the local-regional context. However, several challenges were part of this coping process, requiring municipal and state managers to have strategies to maintain operation and assistance to patients with covid-19 in these small municipalities.

Keywords: coronavirus infections; hospital; public health; pandemic; health management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição dos HPP no Brasil	27
Figura 2 - Macrorregiões de Saúde da Bahia.....	38
Figura 3 - Municípios que compõem a Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista	39
Quadro 1 - Lista de informantes-chave no contexto estadual e regional.	41

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Estratificação dos HPP quanto ao número de leitos	27
Tabela 2 - Municípios que compõe a microrregião de Vitória da Conquista com respectivas populações, área geográfica e distância da referência	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internamento Hospitalar
BA	Bahia
CER	Central Estadual de Regulação
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	Comissão Intergestora Regional
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
HPP	Hospital de Pequeno Porte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NRS	Núcleo Regional de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNHPP	Política Nacional de Hospital de Pequeno Porte
PNR	Política Nacional de Regulação
RAS	Rede de Assistência à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAIS	Superintendência da Assistência Integral da Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SUREGS	Superintendência de Regulação da Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
INTRODUÇÃO	17
1. CAPÍTULO I: REFENCIAL TEÓRICO	22
1.1 DO SURGIMENTO DOS HOSPITAIS À FORMAÇÃO DO HOSPITAL DE PEQUENO PORTE NO BRASIL	22
1.2 O PAPEL POLÍTICO E CAPITAL SIMBÓLICO DO HOSPITAL DE PEQUENO PORTE	31
2. CAPÍTULO II: O CAMINHO METODOLÓGICO	37
2.1 TIPO DE ESTUDO.	37
2.2 LOCAIS DE ESTUDO.....	38
2.3 POPULAÇÕES DO ESTUDO.....	42
2.4 COLETA DE DADOS.....	43
2.5 ANÁLISES DE DADOS	43
2.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	44
3. CAPÍTULO III: RESULTADOS	46
3.1 ARTIGO CIENTÍFICO 1 - HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE E PANDEMIA PELO SARS-COV-2: O QUE PRECISAMOS APRENDER?	47
3.2 ARTIGO CIENTÍFICO 2 - O PAPEL DO HOSPITAL DE PEQUENO PORTE NA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS ACOMETIDAS PELA COVID-19: ATUAÇÃO E DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS GESTORES.....	57
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
5. REFERÊNCIAS	77
6. APÊNDICES	86
7. ANEXOS	94

APRESENTAÇÃO

O processo de construção de uma pesquisa é permeado por uma série de fatores e desafios. A elaboração da pesquisa ora apresentada, portanto, foi também fruto de uma série de reconfiguração de rotas, construção de novos caminhos e, sobretudo, escolhas que permitiram chegar e conformar a presente dissertação. De antemão, começarei essa dissertação explicitando os caminhos que me trouxeram até aqui, pois não se trata de um trabalho solto, desvinculado da figura do seu autor. Em verdade, assume relação direta com a escolha sobre o meu objeto e o meu olhar sobre ele.

Sou médico e estive diretor de um hospital público e referência do atendimento a pacientes com Covid-19 na região do sudoeste da Bahia, por isso, em certa medida, estou igualmente imerso no mesmo universo dos meus sujeitos de pesquisa. Estudar sobre o hospital de pequeno porte sempre foi um interesse meu, diversas questões sobre esse dispositivo de assistência tão relevante e numeroso no nosso país me inquietaram durante a minha trajetória enquanto gestor, sobretudo, a logística de fluxos, os modos como eles se organizavam e se estruturavam, bem como o que a literatura trazia sobre o seu papel na rede de atenção à saúde, principalmente, em municípios pequenos.

Inicialmente, adentro em 2019 o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva com a proposta de estudar os hospitais de pequeno porte papel desses hospitais dentro da Rede de Urgência e Emergência. Nessa época, tive acesso aos primeiros resultados da tese de doutorado de Alves de Souza et al. (2019) que tinha como título Hospitais em municípios de pequeno porte: sua inserção no SUS. Durante o ano de 2019, entre as diversas funções que permeiam a vida de um pesquisador, me desdobrei entre as disciplinas, as atividades e demandas da gestão e as funções na assistência enquanto médico. Não sabia e nem mesmo imaginava que viveria um dos maiores desafios sanitários do último século: a pandemia da Covid-19.

A infecção pelo novo coronavírus, cuja origem foi identificada no final de 2019, em Wuhan, China, dissipou-se mundialmente e alterou todas as dimensões da vida humana e da vida em sociedade. Estive diretamente envolvido, ora como gestor ora como médico da assistência, no enfrentamento de uma das maiores emergências de saúde pública da história do mundo. Desde o decreto da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que a infecção pelo Sars-CoV-2 tornou-se uma emergência de saúde

pública de interesse internacional, uma série de eventos do ponto de vista social e humano foram sendo demandados: fronteiras fechadas, escolas paralisadas, comércios estagnados e rostos enlutados pelas milhares de vidas perdidas. Gestores, líderes mundiais, pesquisadores e profissionais das mais diversas áreas juntaram-se para pensar estratégias possíveis para garantir o acesso à saúde e mitigar os efeitos do vírus, sobretudo, pelo grande número de mortes que a infecção pelo Covid-19 vinha provocando em todo mundo.

Nesse cenário, as atividades do mestrado se estagnaram e, a construção dessa dissertação cedeu lugar a um gestor que vivenciou, de perto, as dificuldades de prestar uma assistência de qualidade frente à grande demanda hospitalar que a infecção pelo vírus gerava. Estive dividido entre a gestão e a assistência, vivenciei os meus piores dias como gestor e como médico. Me senti incapaz diversas vezes, mas também dia após dia tive forças para ofertar o que eu tinha de melhor. Após alguns meses, realinhando as atividades de pesquisa, reconstruímos a rota do objetivo, porém sem alterar o nosso objeto. O hospital de pequeno porte seguiu sendo o interesse da minha pesquisa, porém, na altura de tudo que havíamos vivenciado com o Covid-19, fui convidado e impelido a pesquisar o que esses hospitais de pequeno porte estavam fazendo e enfrentando no contexto da Covid-19.

Nos mais de 600 mil mortos pela doença no país, também perdi o meu pai, a quem muito me ensinou e foi meu alicerce na construção do que sou hoje. Foram dias e períodos difíceis. Portanto, acredito que o fazer pesquisa é permeado pelas imbricações do sujeito que olha, analisa, investiga, mas que também sente, chora, fica de luto e reconstrói as rotas do seu caminho a partir da resiliência. O produto deste meu trabalho, isto é, essa dissertação é fruto de todas essas vivências que me atravessaram durante o percurso que foi fazer esse mestrado. A escolha e os resultados encontrados também se destinam aos gestores e profissionais, assim como eu, que vivenciaram o desafio que foi prestar cuidado e fazer saúde em um dos períodos mais difíceis da história da saúde brasileira e do mundo.

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o predomínio do modelo hospitalocêntrico e biomédico, tendo como protagonistas, médicos e hospitais permanece como característica da assistência à saúde (LÓPEZ, 2004). Dentro dessa lógica, a atenção hospitalar tem sido responsabilizada pelo aumento contínuo dos gastos em saúde nos sistemas universais. Compreende-se, no entanto, que a centralidade no modelo hospitalar não dá conta de responder todas as demandas de saúde, sendo imprescindível repensar as estruturas, os equipamentos, os sujeitos e as práticas que compõem as redes de atenção à saúde

No contexto brasileiro, como parte indissociável do cuidado em saúde, a atenção hospitalar sempre esteve presente nas discussões que envolvem a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). O debate sobre a capacidade de resolução dos hospitais dentro do SUS tem sido constante nestes 30 anos de existência do sistema (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004). Muitos fatores contribuem para este debate, incluindo a capacidade de resolução de demandas que exigem um aparato tecnológico de alta densidade e envolvimento de altos investimentos necessários a uma prática centrada em procedimentos e intervenções nos corpos (LÓPEZ, 2004).

Considerando a capacidade de resolução que permeia os hospitais do sistema de saúde brasileiro, o Hospital de Pequeno Porte (HPP) é um elemento de relevância tanto pela peculiaridade que envolve o seu surgimento, como por conta do número elevado destes estabelecimentos e ampla presença nas pequenas cidades espalhadas no interior do Brasil (CARPANEZ; MALIK, 2019).

Por conta de sua capilarização no território brasileiro, o HPP destaca-se nas discussões sobre descentralização sendo essa uma importante diretriz do SUS. Tem sido apoiador na implementação de diversas políticas de saúde ao longo dos anos, ocupando lugar estratégico entre a Atenção Básica (AB) e outros serviços assistenciais que complementam e/ou dão seguimento ao cuidado integral. Também ocupa um lugar estratégico no atendimento às urgências e às emergências que precisam de referenciamento locorregional (ANDRADE, 2016).

Cabe considerar, entretanto, que existe certa imprecisão quando se discute a função destes estabelecimentos como prestadores de serviços assistenciais de saúde. O próprio Ministério da Saúde (MS) deixa transparecer essa ambiguidade,

quando apresenta classificações quanto ao porte das unidades hospitalares, que divergem no número de leitos. Por exemplo, o HPP pode ter até 30 leitos ou até 49 leitos a depender do marco legal consultado (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004).

Anteriormente ao SUS o HPP já possuía relevância, pelo fato de ser, em muitos municípios e até pequenas regiões, o único elemento prestador de serviços assistenciais de saúde. Isto também conferiu a estas unidades, relevância política local, com importância e poder simbólico associado a fatores culturais que muitas vezes é maior do que a dominação do poder financeiro (SOUZA, 2019). Mais adiante, na década de 1990, concretiza-se o processo de municipalização da saúde com novas atribuições entregues aos municípios. Nesse período, a criação de novos HPP e, também, a municipalização de unidades já existentes constituíram-se em respostas dos governos locais às necessidades na organização dos serviços de saúde (CARPANEZ; MALIK, 2019). Tais ações fortaleceram, ainda mais, a representação política e simbólica, no âmbito municipal, desse equipamento nas intervenções em saúde.

Em 2004, numa tentativa de redefinir o lugar do HPP dentro do SUS e de reconhecer a relevância deste equipamento para a assistência ao usuário, foi instituída a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP) através da Portaria GM/MS nº 1.044/2004, que dentre outros objetivos, busca definir o escopo de sua atuação. Tal documento aponta que os HPP devem direcionar a assistência para áreas mais generalistas – clínica médica, pediatria, odontologia, obstetrícia e pequenos procedimentos cirúrgicos –, além de criar critérios de habilitação elementares para adesão a esta política.

Além do Termo de Adesão também deveria existir o Plano de Ação com signatários estaduais e municipais. De maneira a exemplificar alguns dos critérios, o HPP deveria possuir entre cinco a trinta leitos cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e estar localizado em município com, no mínimo, 70% de cobertura pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), assim teria estímulo financeiro mediante cumprimento de metas qualitativas e quantitativas (BRASIL, 2004).

Após quase 10 anos, com a Portaria nº 3.390/2013, o MS instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar nas Redes de Atenção à

Saúde. Mesmo com o advento dessa nova política, os critérios e atribuições do HPP não foram reformulados.

Em 2017, existiam no Brasil 6.787 hospitais, e com proporção de 62,3% de HPP, mantendo o mesmo patamar observado na década anterior. Esses leitos disponibilizados possuem alta vinculação com o SUS, chegando a 78% de contratualização (CARPANEZ; MALIK, 2019; UGÁ; LÓPEZ, 2007).

No contexto da pandemia da Covid-19, representado pelo enfrentamento de uma das maiores crises sanitárias vivenciadas por todo o mundo, os sistemas de saúde foram desafiados (OLIVEIRA *et al.*, 2020). No Brasil, do início da pandemia até junho de 2023, somavam-se mais de 700 mil mortes decorrentes da infecção pelo covid-19 (BRASIL, 2023). Noronha *et al.* (2020), ao analisarem a pressão sobre o sistema de saúde brasileiro decorrente da pandemia pelo coronavírus, evidenciaram uma situação crítica que resultará em aumento da mortalidade nos locais em que não há oferta adequada e suficiente para o cuidado em saúde dos pacientes com casos graves (NORONHA *et al.*, 2020).

Para além da preocupação referente à capacidade hospitalar de atender a demanda decorrente da covid-19, o sistema de saúde brasileiro, assim como os sistemas de saúde mundiais, precisaram estar atentos a continuidade da prestação de cuidado às outras doenças agudas e crônicas. Nesse sentido, o desafio não era apenas ampliar a capacidade hospitalar direcionada a covid-19, mas, principalmente, maximizar os recursos instalados disponíveis.

Frente à diversidade de contextos socioeconômicos e assistenciais que permeiam o território brasileiro, as respostas em âmbito regional assumiram peculiaridades que envolveram o contexto político e epidemiológico de cada estado (KERR *et al.*, 2020). Na região Nordeste, procedeu-se com a construção de um Comitê Científico visando compreender e articular ações de combate e mitigação da covid-19 nos estados nordestinos (NATIVIDADE *et al.*, 2020).

No estado da Bahia, por exemplo, dentre as diversas medidas para fortalecer o sistema de saúde local e mitigar a disseminação do vírus foi realizada construção de hospitais de campanha, ampliação de leitos em algumas macrorregiões de saúde, implantação de centros de atendimento para classificação, manejo clínico, estabilização e regulação dos pacientes, bem como disponibilização de cerca de dois mil leitos clínicos e de UTI em 20 regiões de saúde (BAHIA, 2020).

Segundo dados obtidos no CNES e disponibilizado pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), a Bahia possui no geral 508 HPP, com gestão em todas as esferas, correspondendo a 80% dos hospitais da Bahia (BAHIA, 2019). Assim como no território brasileiro, o número expressivo dos HPP no estado da Bahia demanda investigações sobre o seu potencial de utilização regional e municipal. Nesse sentido, a pandemia da covid-19 reforçou a necessidade de compreender a lógica do funcionamento desses equipamentos, à luz de sua conformação independentemente de avaliação de desempenho (CARPANEZ; MALIK, 2019).

Num cenário em que se observa a capilaridade dos HPP, especialmente na Bahia, considerando-se que parte importante da assistência às pessoas acometidas pela Covid-19 na forma grave acontece no ambiente hospitalar e o reduzido número de publicações científicas que buscassem elucidar o real papel do HPP neste enfrentamento, elegemos como perguntas de investigação: como se dá a organização e atuação do HPP no enfrentamento a COVID19 no contexto da Rede de Urgência e Emergência (RUE) no estado da Bahia? Quais os desafios enfrentados na gestão dos HPP, em âmbitos regional e municipal, para uma assistência adequada no enfrentamento da pandemia da COVID19?

Definimos como objetivo geral desta dissertação compreender o papel do Hospital de Pequeno Porte na assistência às pessoas acometidas pelo COVID-19 no estado da Bahia e, como objetivos específicos: 1) contextualizar o processo de construção da Rede de Enfrentamento ao COVID-19 em âmbito estadual destacando a atuação do Hospital de Pequeno Porte nesta rede; 2) descrever a atuação do Hospital de Pequeno Porte na assistência às pessoas acometidas pelo COVID-19 na região de Vitória da Conquista; 3) analisar os desafios enfrentados pelos gestores dos Hospitais de Pequeno Porte e assistência às pessoas acometidas pelo COVID-19.

A abordagem dessa temática se justifica por entender que mesmo após 30 anos de instituição do SUS, o modelo de atenção hospitalar enfrenta mais um dilema. A crise perene de financiamento do sistema foi agravada nos últimos anos pelas medidas restritivas financeiras do governo federal em todos os níveis, mas, sobretudo na atenção primária, tal elemento reverberou e reverbera nas demandas dos HPP. Do mesmo modo, a superlotação dos prontos-socorros públicos dos médios e grandes hospitais em parte reflete a baixa eficiência da robusta rede de HPP no Brasil. Na Bahia, em consonância com o observado no país, o número de estabelecimentos de

saúde classificados como HPP é significativo e, no contexto da covid-19, foi um dos dispositivos assistenciais acionados, desempenhando um papel dentro do enfrentamento da pandemia.

Outro aspecto que justifica a abordagem dessa temática centra-se no fato de que o HPP ser considerado elemento representante do modelo de atenção hospitalar nos municípios de menores, assumindo papel relevante por deterem poder político local influenciando a definição e a conformação da RUE no enfrentamento dessa emergência sanitária. É de relevância o exame em detalhe deste problema não só para um adequado diagnóstico como para apoiar o planejamento de futuras ações. Para que a problemática não seja tangenciada, principalmente num país continental, é necessário ir além do que está posto em dados oficiais, observando as particularidades do Estado da Bahia e as diversidades locorregionais.

Cabe destacar, que o desenvolvimento desta dissertação, ocorreu dentro de um contexto histórico determinado: a pandemia da Covid-19, a qual limitou as dinâmicas espaço-temporais e demandou a reconfiguração da dinâmica da vida. É importante destacar este elemento, pois acreditamos que o fazer ciência encontra-se diretamente relacionado com o seu tempo histórico, não apenas na determinação do objeto como na forma de pesquisar. Na nossa pesquisa, o objetivo era ouvir os sujeitos presencialmente, observando o que era dito, inclusive, pelos gestos e pela expressão corporal, entretanto, a pandemia demandou que adotássemos as entrevistas no formato virtual, elemento que também foi desafiador e demandou a reconfiguração das rotas.

Estruturamos essa dissertação em capítulos. O primeiro capítulo constitui o referencial teórico da nossa pesquisa: na primeira subseção buscamos apresentar como esses hospitais surgiram e sua distribuição no país e, na segunda, discutimos o papel político e capital simbólico desses dispositivos no contexto brasileiro. No capítulo três, foram apresentados os percursos metodológicos para alcançar o objetivo proposto e, no capítulo quatro, apresentamos os resultados em formato de artigo científico, conforme normativa do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade. Por fim, são apresentadas algumas considerações finais, indicando caminhos e algumas reflexões para pensar o papel desses hospitais no SUS, tanto no contexto das emergências em saúde públicas, como a representada pela pandemia da Covid-19, como em outros contextos.

CAPÍTULO I

REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 DO SURGIMENTO DOS HOSPITAIS À FORMAÇÃO DO HOSPITAL DE PEQUENO PORTE NO BRASIL

A atenção hospitalar sempre foi temática importante quando se trata do exame de políticas públicas de saúde, permeando a todo o tempo a preocupação dos gestores. Mesmo que não tivesse sempre essa conformação, a ideia de hospital é antiga do ponto de vista da historicidade. No Brasil, esteve presente com registros desde a época colonial, reforçando a evidência de escolha histórica pelo modelo hospitalocêntrico (SANTOS; PINTO, 2017).

O termo hospital utilizado atualmente deriva do latim *hospitalis* e tem a mesma significância do grego *nosocomium*. A significância está em tratar doentes; receber doentes. Mas, este ente tem origem muito anterior à era cristã e viu no cristianismo um grande elemento impulsionador, sendo ali desvendado novos horizontes assistenciais. Segundo Heródoto, já havia prática da Medicina na antiga Babilônia, e os médicos assírios-babilônicos exerceram suas atividades até no Egito. Essa atividade também é descrita na *Ilíada* de Homero (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1965).

Na Idade Média houve um grande determinante do surgimento de hospitais em decorrência de decisões dos Concílios Católicos que impuseram aos bispos a obrigação de recolherem doentes em suas dioceses, e que essas construções para abriga-los fossem erigidas ao lado das igrejas. Justifica-se por ter sido uma época em que houve um assolamento da humanidade por grandes epidemias. O problema da lepra acelerou a construção hospitalar pela necessidade de defesa pública sanitária. Os monges beneditinos em seguimento a sua vocação criaram enfermarias e hospitais em toda a Europa Ocidental. Até o século XIV, a assistência dos enfermos era realizada pelos religiosos e a partir daí definiu-se que essa assistência seria feita pelos leigos.

A partir do Renascimento, com o progresso da ciência houve o aperfeiçoamento destas casas de cuidados e uma progressiva separação da igreja e suas atividades monásticas. No século XVIII houve grande progresso na construção hospitalar acompanhando o desenvolvimento das ciências biológicas. E no século

XIX, desde a Inglaterra, passando pela França, Portugal e também Espanha que herdou muitos princípios da ocupação muçulmana, são lançadas as bases dos hospitais modernos com documentos relatando a importância de características geográficas e arquiteturas.

No Brasil, em 1543, foi construída a primeira Santa Casa de Misericórdia seguindo o mesmo modelo segregacionista europeu com seus ofícios sendo prestados por religiosos. A transformação da organização hospitalar ocorreu durante os séculos seguintes com a mudança de modelo exclusivamente associado a religiosidade com a assistência de moribundos para um modelo médico-assistencial propriamente dito com visão terapêutica e curativa (LÓPEZ, 2004) (SANTOS; PINTO, 2017).

Com o surgimento das primeiras universidades de Medicina no Brasil no século XIX, emerge também o conceito e prática moderna da clínica investigativa e também o modelo disciplinar fundamentado nas relações de poder. A partir do período pós-guerra começa a haver uma proliferação do número de hospitais e conseqüentemente de leitos. Este movimento foi influenciado e impulsionado com a divulgação do conhecido Relatório Flexner, que se constitui num documento elaborado pelo especialista em educação médica, Abraham Flexner, que tinha em seu cerne a superespecialização e a categorização de serviços. Essas características influenciaram toda a modelagem do ensino médico tendo conseqüências na organização dos sistemas de saúde, colocando os hospitais no comando do sistema assistencial. Este modelo torna-se ainda mais hegemônico a partir do golpe de 1964, acentuando cada vez mais o paradigma hospitalocêntrico além da concentração destas unidades no sul e sudeste do país (LÓPEZ, 2004) (CARPANEZ; MALIK, 2019).

A partir da década de 1970, este modelo começa a entrar em colapso, por fatores múltiplos, dando início a uma crise sem precedentes até aquele momento. Ocorreu aumento significativo do número de hospitais, passando de 3.397 em 1970 para 7.280 em 1980. Porém, esse aumento quantitativo se deu às custas de instituições privadas, com número pequeno de leitos por unidade. O avanço tecnológico com encarecimento dos tratamentos, a falta de previsão orçamentária e financiadora do sistema, o aumento da longevidade da população e o governo autoritário caracterizaram a diversidade de fatores desencadeantes desta crise (CARPANEZ; MALIK, 2019).

Os movimentos de redemocratização e a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), prepararam o contexto e o campo de debate que culminaria com a revisão do sistema assistencial em vigor e a formação do sistema de saúde universal brasileiro – o SUS. Durante o período de governo militar, a luta pela democracia foi ampliada para além da recuperação das garantias individuais e do poder de representação. Os direitos sociais garantidos através de políticas públicas contemplando a coletividade também compunham aqueles ideais. Já a RSB, de maneira associada, motivada pela necessidade imperiosa de rompimento com o modelo biomédico e hospitalocêntrico vigente e hegemônico, buscava a efetiva ampliação conceitual e prática de saúde, rompendo com a visão eminentemente curativista, voltando o olhar para atenção primária (SANTOS; PINTO, 2017).

É possível perceber que a atenção hospitalar se destaca no elenco de temas a serem discutidos quando se discute a estruturação e consolidação de sistemas universais de saúde. Os hospitais são responsáveis pela realização de grande quantidade de procedimentos de média e alta complexidade, representando importantes gastos dentro do sistema. O hospital é um instrumento complexo e multifacetado levando a complexidade de sua gestão, devendo todos os aspectos relacionados serem alvo de estudo e aprimoramento. Atualmente, o cenário é de altos gastos e investimentos no subsistema de atenção hospitalar que nem sempre se traduzem em eficiência e qualidade assistencial (MENDES; CECILIO; OSIANO, 2014; SANTOS; PINTO, 2017).

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS) no seu Estatuto da Organização Nacional de Acreditação de 1999, define como hospitais de pequeno porte todos os estabelecimentos com pelo menos cinco leitos disponíveis para internamento, garantindo um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e assistência de médicos ininterruptamente desde a assistência até a alta. Segundo esta mesma definição o HPP deve ter serviço de enfermagem contínua e atendimento direto ao paciente, durante 24 horas, com disponibilidade de serviços de diagnóstico como radiologia e laboratório, além de serviço de cirurgia e parto (OPAS, 1999).

Para compreender a capilarização dos HPP no território brasileiro para além dos princípios norteadores do SUS, como a regionalização e estruturação da rede hierarquizada, é necessário verificar elementos pré-SUS. Neste período e também

concomitante a sua implantação, muitos municípios possuíam hospitais, incluindo municípios médios que muitas vezes contavam com mais de uma unidade em cada localidade. Tudo isso fruto de uma política que estimulava a saúde através da rede hospitalar, num modelo simplesmente biomédico e hospitalista (SOUZA, 2019).

O financiamento era subsidiado pelo governo federal para a construção de hospitais e o custeio das ações de saúde era feito por pagamento por serviços prestados pelo Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Assim, o acesso era restrito àqueles que contribuíaam com a previdência. Esse modelo favoreceu a muitas fraudes e atos ilícitos como cobranças indevidas e de procedimentos não realizados (MANSUR, 2001).

Objetivando responder às demandas crescentes assistenciais na área de saúde aos seus segurados, o INAMPS induziu ao aumento da oferta assistencial de serviços por credenciamento de novos médicos e construção de novos hospitais privados e ampliação dos existentes, com juros subsidiados pelo governo. De maneira inequívoca, isto levou a um reforço do modelo assistencial curativista. No período entre 1971 e 1977 as internações no INAMPS cresceram 322%, as consultas médicas 638% e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico ambulatorial 434% (MENDES, 1993).

O HPP já foi visto como um importante elemento estratégico da atenção hospitalar no Brasil por conta de sua expressiva representação territorial contando com cerca de 62% dos estabelecimentos de saúde e com grande vinculação ao SUS, com cerca de 78% desses estabelecimentos realizando internamentos pelo SUS. Isso confere a este instituto grande possibilidade de articulação com a AB e a ESF. Apesar disso, possui taxas de ocupação muito baixas, comprometendo de maneira indelével a efetividade deste equipamento (UGÁ; LOPEZ, 2007).

A discussão sobre a capacidade de resolubilidade dos hospitais tem sido constante nas últimas décadas e quase sempre permeada pelo binômio estrutura (física, equipamentos e recursos humanos) e resultado, o que, inevitavelmente remete a complexidade desta estrutura. Então, a Portaria nº 2.224, de 05 de dezembro de 2002 buscou classificar os hospitais por número de leitos da seguinte maneira: como de pequeno porte (com menos de 50 leitos), médio porte (de 50 a 149 leitos), grande porte (de 150 a 499 leitos) e porte especial (acima de 500 leitos). Apesar desta portaria

ter sido revogada e legislação posterior discorrer sobre o tema sem modificá-la, esta classificação ainda é utilizada corriqueiramente (BRASIL, 2002).

Num cenário onde os hospitais são pertencentes a uma rede, eles devem estar inseridos sistemicamente e de forma integrada, mesmo que com pontos de acesso e atenção diferentes. Esse modelo de poliarquia em que todos cooperam e não se subordinam, é incompatível com o hospitalocentrismo que marca os sistemas fragmentados. Dentro destas redes, os hospitais deveriam cumprir a função de responder às condições agudas ou crônicas agudizadas. Para isso, os hospitais em uma rede precisam ter densidade tecnológica e complexidade compatíveis (MENDES, 2011).

Numa tentativa de redefinir o papel do HPP e dar uma melhor organização, com uma perspectiva de rede e de inserção efetiva no sistema, o Ministério da Saúde editou a Portaria GM/MS nº 1.044/2004 em abril daquele ano que passou a ser conhecida como a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte. Naquele contexto, a expectativa era que o HPP pudesse apresentar uma melhor performance que iria desde a melhoria de suas taxas de ocupação, passando pela capacidade de resolução, capacitação dos profissionais e melhor qualificação dos serviços aos usuários (BRASIL, 2004).

Considerando esta Portaria, os HPP eram estimulados a aderirem voluntariamente junto às Secretarias Estaduais de Saúde, a um processo de contratualização onde é redefinido o seu papel na rede de serviços além da inovação da necessidade do cumprimento de metas qualitativas e quantitativas. Para o atingimento das metas foi proposta uma correspondência a um orçamento global e não mais o tradicional e problemático faturamento por procedimentos (SIH/SUS) (UGÁ; LOPEZ, 2007).

Com a Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte instituída, as diretrizes de atuação deles se voltariam para áreas mais generalistas como clínica médica, pediatria, odontologia, obstetrícia e pequenos procedimentos cirúrgicos. Também vinculava alguns critérios para definição tais como possuir entre 05 (cinco) e 30 (trinta) leitos cadastrados no CNES e estar localizado em município com no mínimo 70% de cobertura pela Estratégia de Saúde da Família. Este mesmo documento previu o veto a criação no SUS, de novas unidades hospitalares onde a necessidade de leitos fosse inferior a 30 (trinta) leitos. Esperava-se que num cenário com alta cobertura da ESF

com boa qualificação do serviço, o HPP poderia ser utilizado para atender os serviços de média complexidade. A crítica pertinente é que não há elementos dentro deste corpo legal que promovam a inserção efetiva dos HPP numa lógica sistêmica, não se mostrando eficaz no combate à iniquidade (BRASIL, 2004).

Quase uma década depois, o Ministério da Saúde publicou a Portaria no. 3.390 de 2013, que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) que estabeleceu diretrizes e normas para a organização do modelo de atenção hospitalar no SUS. Esta foi uma tentativa de promover uma reforma no modelo assistencial hospitalar brasileiro. Acompanhada pela regulamentação das diretrizes operacionais da contratualização hospitalar. Entretanto não houve em momento algum a revogação da Portaria que regulamenta o funcionamento do HPP. Do mesmo modo que a PNHPP, a PNHOSP não busca com seus dispositivos legais, fazer a inserção desse componente numa lógica de sistema (BRASIL, 2013).

A PNHOSP procura estabelecer a reorganização do componente hospitalar na rede de atenção à saúde, incluindo os hospitais com até 50 leitos. De acordo com o CNES, em setembro de 2013 existiam 3.524 estabelecimentos públicos e privados com até 50 leitos, sendo que 2.724 deles ofereciam leitos ao SUS. Segundo Barbosa (2017) a concentração por região dava-se da seguinte maneira: Centro-Oeste (13,85%), Nordeste (37,80%), Norte (9,39%), Sudeste (25,45%) e Sul (13,51%). Assim, o Nordeste e o Sudeste concentram mais de 60% destes estabelecimentos no país.

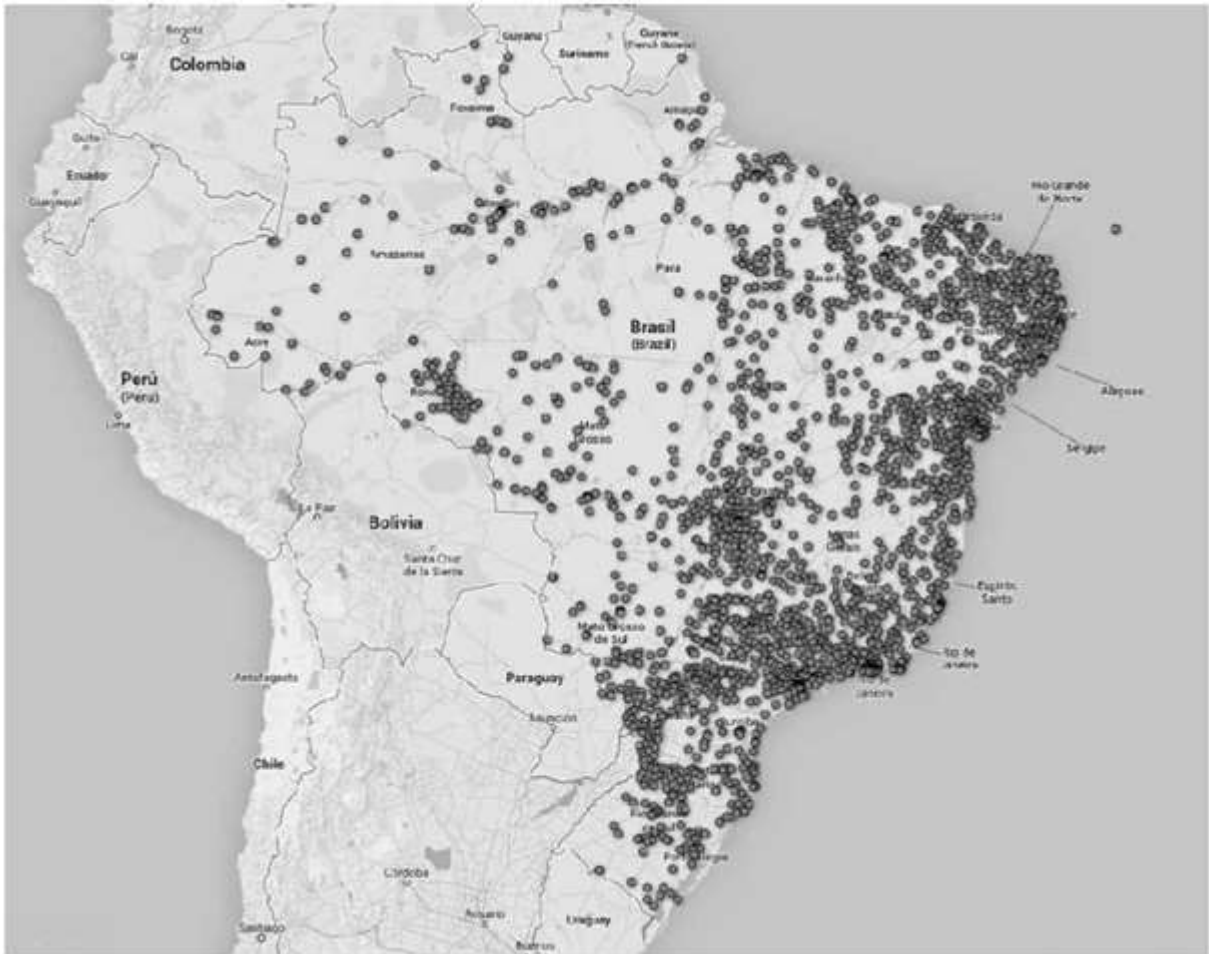
Tabela 1 - Estratificação dos HPP quanto ao número de leitos

	Menor que 10 leitos	Entre 11 e 20 leitos	Entre 21 e 30 leitos	Entre 31 e 40 leitos	Entre 41 e 50 leitos
Distrito Federal	36,00%	16,00%	40,00%	4,00%	4,00%
Goiás	10,04%	33,83%	26,77%	16,73%	12,64%
Mato Grosso	8,77%	28,95%	31,58%	17,54%	13,16%
Mato Grosso do Sul	22,50%	30,00%	20,00%	12,50%	15,00%
Centro Oeste	13,11%	31,15%	27,46%	15,57%	12,70%
Alagoas	15,38%	23,08%	13,46%	23,08%	25,00%
Bahia	9,26%	25,07%	29,16%	22,89%	13,62%
Ceará	5,42%	31,93%	30,72%	18,67%	13,25%
Maranhão	6,21%	26,09%	29,81%	22,98%	14,91%
Paraíba	10,64%	36,17%	25,53%	15,96%	11,70%
Pernambuco	14,50%	36,50%	17,00%	14,50%	17,50%
Piauí	13,43%	37,31%	17,16%	17,91%	14,18%
Rio Grande do Norte	15,15%	39,39%	25,00%	17,42%	3,03%
Sergipe	30,77%	23,08%	26,92%	3,85%	15,38%
Nordeste	10,96%	31,08%	25,08%	19,22%	13,66%
Acre	19,05%	38,10%	19,05%	14,29%	9,52%
Amapá	9,09%	27,27%	18,18%	27,27%	18,18%
Amazonas	7,14%	28,57%	30,36%	16,07%	17,86%
Pará	5,88%	16,81%	35,29%	18,49%	23,53%
Rondônia	17,65%	32,35%	16,18%	14,71%	19,12%
Roraima	7,69%	46,15%	30,77%	15,38%	0,00%
Tocantins	34,88%	13,95%	27,91%	11,63%	11,63%
Norte	13,29%	24,47%	27,79%	16,31%	18,13%
Espírito Santo	12,24%	18,37%	32,65%	12,24%	24,49%
Minas Gerais	7,19%	20,96%	27,25%	22,46%	22,16%
Rio de Janeiro	15,79%	21,58%	17,37%	21,05%	24,21%
São Paulo	11,73%	24,38%	20,06%	22,84%	20,99%
Sudeste	10,93%	22,19%	22,85%	21,74%	22,30%
Paraná	6,07%	25,51%	34,82%	19,03%	14,57%
Rio Grande do Sul	10,92%	15,97%	19,33%	25,21%	28,57%
Santa Catarina	3,64%	18,18%	23,64%	31,82%	22,73%
Sul	6,72%	21,43%	28,36%	23,53%	19,96%
Brasil	10,90%	26,90%	25,54%	19,67%	17,00%

Fonte: BARBOSA (2017).

Além da indefinição sobre o papel do HPP nas redes assistenciais, pairava dúvidas sobre a classificação de porte em relação ao número de leitos. A orientação da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), em reunião realizada em 26 de setembro de 2013, foi de que os HPP seriam aqueles que tivessem até 50 leitos. A CIT é um espaço intergovernamental político e técnico em que ocorrem planejamento, a negociação e a implementação das políticas públicas com ampla representação nacional e regional. A figura 1 mostra a distribuição espacial dos HPP no Brasil (BARBOSA, 2017).

Figura 1 - Distribuição dos HPP no Brasil



Fonte: BARBOSA (2017).

Segundo o comando constitucional e da legislação derivada, o nosso sistema deve ser comandado por uma rede hierarquizada que, por sua vez, obedece ao comando de regionalização, com planejamento e aperfeiçoamento contínuos. A construção de estabelecimentos de saúde deve seguir essas diretrizes. Muito tem se falado sobre a escala de produção em serviços e a incompatibilidade com as demandas de municípios de pequeno porte. Manter assistência de maior complexidade em pequenos municípios é muito oneroso e tem contribuído em muito para a sobrecarga administrativa deste ente federativo. Em qualquer cenário a política de construção de hospitais deve se pautar pelo acúmulo de conhecimentos nacionais e internacionais e pelas diretrizes de formação das redes (CUNHA; BAHIA, 2014).

Segundo Mendes (2011), o parque hospitalar brasileiro é caracterizado por baixa eficiência. Cerca de 79,9% dos hospitais possuem menos de 100 leitos, funcionando assim em deseconomia de escala. Aplicando-se esta mesma avaliação aos HPP, a situação de ineficiência é muito mais evidente. Estudos disponíveis mostram que esta economia de escala só pode ser encontrada em hospitais de mais de 200 leitos e que o tamanho ótimo de hospitais esteja em torno de 200 e 400 leitos. Alguns fatores que estão ligados a esta economia são: divisão do trabalho, alta relação entre custos fixos e variáveis e a natureza particular das tecnologias de saúde que a tornam singulares, favorecendo a economia (CUNHA; BAHIA, 2014).

Reconhecidamente, a maioria dos hospitais brasileiros é de pequeno porte, possuindo grande capilaridade por todo o interior do país. E apesar de, aparentemente úteis ao processo de regionalização, são ineficientes quando feito estudo comparativo com outros hospitais de maior porte (RAMOS *et al.*, 2015).

Em sua obra *Os Hospitais do Brasil*, Coelho (2016) afirma que um dos grandes obstáculos a serem transpostos no modelo de atenção hospitalar brasileiro é definir quais os rumos que devem ser dados ao imenso parque de HPP do Brasil. A primeira resposta seria fechar estes estabelecimentos ou fundi-los em hospitais maiores. Essa estratégia tem encontrado dificuldades diferentes dependendo do tipo de município. Uma vez que, num centro maior, há o problema da falta de leitos do SUS e nos pequenos municípios, o fechamento desses hospitais não tem se mostrado politicamente viável. A segunda resposta seria a de mudança de sua conformação, dando-lhe um patamar mínimo de complexidade, número de leitos e apoio diagnóstico, com escopo de atuação mais definido. A barreira neste caso, é a heterogeneidade do perfil assistencial desses hospitais. E a terceira resposta seria articular esses hospitais em rede com hospitais mais complexos, podendo inclusive servir-lhes de retaguarda. Este modelo se mostra mais efetivo, entretanto se depara com as dificuldades na reestruturação de rede, que geralmente não saem do papel.

Na perspectiva do Estado da Bahia, a distribuição dos hospitais por porte segue a proporção nacional no que diz respeito ao HPP. Em 2009, estes hospitais representavam cerca de 65,5% dos estabelecimentos no Estado, bem próximo da proporção nacional que era de 62%. Porém, na Bahia eles concentram cerca de 33,9% dos leitos, enquanto que a média nacional era de 18%. Mais de um terço dos leitos de internamento do Estado está nos HPP. As baixas taxas de ocupação

encontradas sugerem a necessidade de uma profunda discussão sobre o papel dessas unidades na Bahia, sendo justificada pelo alto investimento e baixa eficiência (BARRETO; FREIRE, 2011).

Segundo relatório da SESAB (2019), dos 508 estabelecimentos considerados HPP no Estado, 145 tem menos de 20 leitos e 363 possuem entre 20 e 50 leitos, totalizando 9.385 leitos contratualizados com o SUS. Depois da macrorregião centro-leste que é a mais populosa, a macrorregião sudoeste tem o maior número de leitos, num total de 1.459. Em 2018, 67% das Autorizações de Internamento Hospitalar (AIH) desses hospitais foram clínicas, 17% obstétricas e 16% pediátricas. A taxa de ocupação no mesmo período é de 20,53% (SESAB, 2019).

No Estado da Bahia, muito tem se discutido sobre a necessidade de uma nova conformação para o HPP. Apesar do número elevado de leitos, a sua taxa de ocupação é muito baixa, havendo ociosidade dos leitos existentes. No ano de 2019, foi realizado um estudo pelas OPAS, da situação destes hospitais na Bahia. O objetivo é que seja produzido um relatório propositivo que norteie uma ampla discussão no estado sobre o papel desse equipamento. Independente de sua nova conformação, esses hospitais devem compor sistemicamente as redes de assistência à saúde pois, o seu isolamento e falta de inserção tem sido oneroso principalmente para os municípios de pequeno porte (SESAB, 2019).

1.2 O PAPEL POLÍTICO E CAPITAL SIMBÓLICO DO HOSPITAL DE PEQUENO PORTE

Neste capítulo propomos discutir, brevemente, sobre alguns conceitos-chaves da teoria das estruturas sociais proposta por Pierre Félix Bourdieu, sociólogo francês que desenvolveu uma variante modificada do estruturalismo. O autor tem suas influências ancoradas nos estudos de Bachelard, no pensamento de Cassirer e na fenomenologia de Husserl e Merleau-Ponty. Para além dessas influências, Bourdieu também buscou os pensamentos marxistas e o diálogo com Althusser, Habermas e Foucault para construir uma “função crítica, a do desvelamento da articulação social”.

A teoria dos campos construída pelo sociólogo teve como proposta “compreender a gênese social de um campo e apreender aquilo que faz a necessidade específica da crença que o sustenta, do jogo de linguagem que nele

se joga, das coisas materiais e simbólicas em jogo que nele se geram” (BOURDIEU, 1989, p. 69). Com a perspectiva de rejeitar a concepção objetivista do estruturalismo, Bourdieu busca analisar os mecanismos de dominação dos agentes, da produção de ideias e o seu uso, bem como a gênese das condutas que estruturam o modelo de dominação de cada campo. Para o autor, o campo é construído e determinado por lutas concorrenciais entre os agentes, a partir de um conjunto de interesses específicos. Barata (2022) vai colocar que Bourdieu buscava compreender o mundo social como um espaço construído e constituído por relações sociais e processos de diferenciação entre agentes e instituições, os quais ocupam posições diferentes segundo a distribuição dos vários tipos de capitais.

Ao propor sua teoria dos campos, Bourdieu buscou promover um modelo geral para se pensar as sociedades diferenciadas, assim afirmando que “o cosmo social é constituído pelo conjunto desses microcosmos sociais relativamente autônomo, espaços de relações objetivas que são o lugar de uma lógica e de uma necessidade específicas irreduzíveis àquelas que regem os outros campos”. Esses conceitos de campo formam elaborados a partir de estudos de Weber e de Durkheim (CATANI *et al.*, 2017, p. 64).

Para o autor Bourdieu, o mundo social se dá a partir:

relações de força específicas, e de lutas que tem por objetivo conservá-las ou transformá-las, que se engendram as estratégias dos produtores, a forma de arte que defendem, as alianças que estabelecem, as escolas que fundam e isso por meio dos interesses específicos que aí são determinados (BOURDIEU, 1996, p. 61).

Na lógica do autor, as relações sociais construídas ocorrem a partir de efeitos de dominação, material e simbólica que se inscreve tanto na dimensão das relações objetivas como na subjetividade. Para compreender e discorrer sobre essa noção de dominação, Bourdieu vai construindo ainda que de forma não linear (CHAMPAGNE, 2013), o conceito de campo e de quatro tipos de capital: econômico, cultural, social e simbólico.

O campo, na concepção do autor, é compreendido como um sistema ou espaço e possui regras próprias não redutíveis aos outros campos, que são estruturados de posições ocupadas por diferentes agentes. As práticas e estratégias se tornam inteligíveis a medida que se relacionam com o espaço que cada um ocupa no campo. E esses espaços são lugares de luta onde está em jogo uma competição entre os agentes, com o objetivo de apropriação do capital específico, obtendo seu

monopólio e podendo até redefini-lo (CATANI *et al.*, 2017, p. 65). Nas palavras do autor, todo campo “é um campo de forças e um campo de lutas para conservar ou transformar esse campo de forças” (BOURDIEU, 2004, p. 22).

Martinez e Campos (2015) colocam que o conceito de campo concebido por Bourdieu deve ser compreendido como um espaço onde ocorrem as relações entre os indivíduos, grupos e estruturas sociais, no qual tem inscrito e circunscrito uma dinâmica própria, a qual obedece leis próprias provocada pelas disputas de poder ocorridas em seu interior como espaço relacional.

O conceito de capital elaborado por Bourdieu não restringe-se apenas ao sentido etimológico da palavra, isto é, de riqueza material, dinheiro, bens, patrimônios, para o autor é “o trabalho acumulado (na sua forma materializada ou na sua forma incorporada) que quando apropriado por agentes ou grupos de agentes, permite que eles se apropriem da energia social na forma de trabalho vivo ou reificado” (GOMES; ALMEIDA JÚNIOR, 2022, p. 09).

Gomes e Almeida Júnior (2022) destacam que o capital social, na obra de Bourdieu, vai compreender à somatória dos acessos sociais e abrange o relacionamento e a rede de contatos institucionalizados em campos sociais, isto é, é “o meio de apreender as funções de instituições como clubes, empresas, escolas, ou, simplesmente, a família, lugar principal da acumulação e transmissão desta espécie de capital” (GOMES; ALMEIDA JÚNIOR, 2022, p. 09).

O capital cultural, por sua vez, compreende ao conjunto de conhecimentos, habilidades, informações e todas as manifestações intelectuais produzidas e transmitidas pelas instituições escolares, mas originalmente pela família. Segundo o autor, esse tipo de capital se desenvolve a partir de três formas: o capital cultural incorporado, que se dá “sob a forma de disposições duráveis do organismo”; o capital cultural objetivado, que ocorre “sob a forma de bens culturais – quadros, livros, dicionários, instrumentos, máquinas”; e o capital cultural institucionalizado, “em relação ao certificado escolar”, isto é, relacionado a aquisição dos títulos acadêmicos, por exemplo (BOURDIEU, 2010, p. 74).

Quanto ao conceito de campo simbólico, Bourdieu entende como “poder atribuído àqueles que obtiveram reconhecimento suficiente para ter condição de impor o reconhecimento” (BOURDIEU, 1987, p. 164). E nesse sentido, “sempre existem, numa sociedade, conflitos entre poderes simbólicos que visam impor a

visão das divisões legítimas, isto é, construir grupos. O poder simbólico, nesse sentido, é um poder de worldmaking” (BOURDIEU, 2011, p. 163).n

A organização da sociedade é marcada pela subjetividade de sua configuração e construída de acordo com a diferenciação dos indivíduos que possuem valores múltiplos. Esses são muitas vezes invisíveis e intangíveis, mas sempre determinantes da construção social. Assim, o poder simbólico emerge em meio a uma série de valores ocupando 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 (BOURDIEU, 1990).

A respeito do poder simbólico, Bourdieu afirma que no estado de campo o poder está por toda a parte e em parte alguma, e isso decorre muitas vezes pela dificuldade em reconhecê-lo. Tal reconhecimento onde ele é totalmente ignorado, é fundamental. Esse é um “poder invisível o qual só pode ser exercido com cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem”. O poder simbólico é um poder de construção da realidade que procura estabelecer o sentido imediato do mundo, e dessa forma designa a função social do simbolismo, que não é outra que não uma função política, instrumentalizando a integração social (BOURDIEU, 1989, p.10).

A respeito das produções simbólicas como instrumentos de dominação, Bourdieu assevera que a tradição marxista privilegia as funções políticas dos sistemas simbólicos em detrimento de sua função gnoseológica, onde as produções simbólicas estão relacionadas com os interesses das classes dominantes. Assim, as ideologias servem a interesses particulares mesmo que sejam apresentadas a interesses universais. O poder simbólico acumulado por agentes ou instituições derivam inevitavelmente das relações de comunicação que são também relações de força. Assim, os sistemas simbólicos, exercem a sua função política de legitimação da dominação de uma classe sobre a outra, a chamada violência simbólica (BOURDIEU, 1989, p. 11).

O teórico afirma que o poder simbólico não está nos sistemas simbólicos como uma força ilusória mas se define numa relação determinada entre os que exercem o poder e os que lhes são sujeitos, no próprio campo onde se produz a crença. Seria um poder quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que

se consegue à força, graças ao seu efeito de mobilização. A crença da legitimidade é que faz o poder das palavras e esse poder pode manter a ordem ou subvertê-la. Esse poder é pois, uma forma transfigurada, quase irreconhecível, dos outros poderes (BOURDIEU, 1989, p. 14-15).

Na literatura, os estudos de Bourdieu também têm sido utilizados como base de reflexões para compreender o papel político do HPP. Alguns autores compreendem que esse HPP encontra-se inserido em uma dinâmica locorregional de composição de rede assistencial funcionando como uma organização social que detém poder simbólico (SOUZA *et al.*, 2019; SOUZA *et al.*, 2021). Obviamente que a questão da eficácia dos HPP é multifatorial e extrapola a capacidade de sua estrutura física e de seus processos de trabalho. Os fatores pouco visíveis de caráter simbólico e cultural exercem tanta pressão quanto os outros, é nessa direção que a ideia de campo e capital simbólico desenvolvido por Bourdieu tem sido utilizada. É esperado que nos municípios de pequeno porte do Brasil, a esfera política e porque não dizer, de assistência social e saúde, gravite ao redor do HPP. Muitas vezes é nesta unidade que ocorre o atendimento de maior gravidade da população daquela localidade (SOUZA, 2019).

Na nossa compreensão, os HPP assumem um papel importante no jogo político dos municípios de pequeno porte, tendo em vista que se constituem, na maioria dos municípios, como a única estrutura hospitalar da rede assistencial. Esse elemento, considerando a compreensão hospitalocêntrica do cuidado em saúde no contexto brasileiro, isto é, a superavaliação atribuída ao hospital no cuidado em saúde, tornou o HPP possuidor de um poder simbólico fundado na posse de um capital simbólico. Nas palavras de Bourdieu, esse capital simbólico é “um efeito da distribuição das outras formas de capital em termos de reconhecimento ou de valor social, é “poder atribuído àqueles que obtiveram reconhecimento suficiente para ter condição de impor o reconhecimento” (BOURDIEU, 1987, p. 164).

Dentro do jogo político municipal, esses HPP também assumem um papel importante na lógica eleitoreira do *modus operandi* de fazer política das eleições municipais, especialmente dos municípios de pequeno porte. Isso porque esses equipamentos assistenciais são vistos pela população como um equipamento importante na oferta do cuidado da população, mesmo frente a baixa eficiência e resolutividade em alguns contextos municipais, conforme os estudos de López

(2004) e Nascimento (2018).

Segundo Campos e Lima (2018), o capital simbólico, na compreensão de Bourdieu, circula em universos sociais que refletem “campo de lutas”, também simbólicas. Nessa direção, no contexto das RAS, os HPP foram concentrando capital simbólico, sobretudo, através do prestígio/reconhecimento da população quanto ao papel desse equipamento nos cuidados às condições de saúde mais graves e que demandam internação, da própria concepção hospitalocêntrica que gira em torno da assistência à saúde no país, da capilaridade desses equipamentos nos territórios brasileiros, inclusive, como única estrutura hospitalar de regiões remotas, e também pelo papel que desempenha na política local, funcionando, muitas vezes, como elemento do jogo político por vereadores e prefeitos. Comprendemos que é nesse sentido que os Hospitais de Pequeno Porte vão assumindo, no Brasil, um espaço de poder simbólico dotado de capital simbólico.

CAPÍTULO 2

O CAMINHO METODOLÓGICO

Escolher os caminhos metodológicos de uma pesquisa não é tarefa fácil, neste percurso, tivemos que refazer as rotas, considerando que a pandemia da covid-19 impôs que as entrevistas e contatos fossem estabelecidos de forma virtual. Esse elemento também demandou de nós reajustes, inclusive, no processo de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso que buscou analisar o papel do HPP na assistência às pessoas acometidas pelo covid-19 no estado da Bahia e de maneira mais pormenorizada na região de saúde de Vitória da Conquista.

Segundo Minayo (2014), o estudo qualitativo permite elucidar processos que demandam aprofundamento das concepções, representações e motivação em processos complexos envolvendo diferentes sujeitos, além de propiciar inovações e criações dentro do procedimento de investigação. Tem no empírico e na sistematização gradativa do conhecimento, características fortes e marcantes que levarão à compreensão do objeto estudado. Aplica-se ao estudo das representações, relações, crenças e interpretações humanas, focalizando nas histórias sociais sob a ótica dos atores, além da análise de documentos e discursos.

A pesquisa qualitativa se inicia com pressupostos e utiliza o arcabouço interpretativo e teórico, remetendo aos problemas de pesquisa e abordando os significados que um indivíduo ou grupo atribuem a um problema social ou humano. E para realizar esta investigação o pesquisador qualitativo deve realizar a coleta de dados numa abordagem qualitativa num contexto natural sensível às pessoas. Assim, extrai-se das subjetividades e individualidades, análises fundamentais para a compreensão dos fenômenos (CRESSWEL, 2010).

O estudo de caso é uma das maneiras de se realizar uma pesquisa qualitativa e investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto no mundo real, principalmente quando este e aquele não estiverem com suas fronteiras muito bem estabelecidas e evidentes (YIN, 2015). Utiliza estratégias para mapear, descrever e

analisar contexto e percepções a respeito da situação estudada, que podem se relacionar com intervenções ou processos de mudanças. A compreensão de uma intervenção incluindo também as dimensões de processos e resultados além de comporem objetivos deste tipo de estudo, podem apresentar modelos de análise replicáveis em situações semelhantes (MINAYO, 2014).

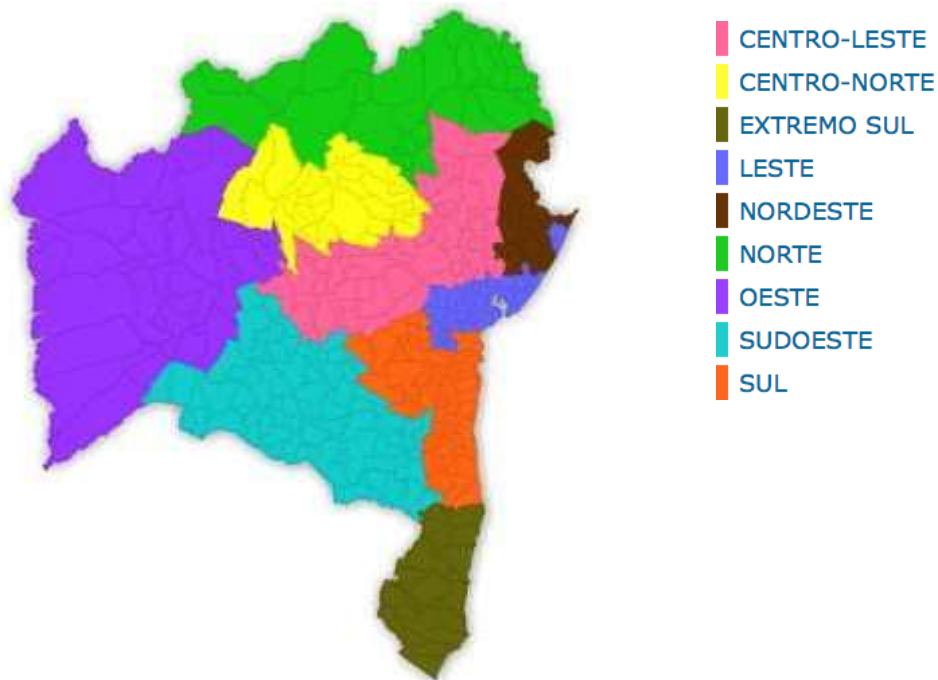
Vários fatores podem influenciar na escolha e delineamento da pesquisa, podendo visar à exploração, a descrição ou verificação. Ela pode ser realizada em meio que se presta ou em um local que o pesquisador não pode controlar. O delineamento, portanto, varia de acordo com objetivos, possibilidades e limites. Mas, a pesquisa qualitativa não se constrói unicamente a partir do que é dado; a construção do objeto é uma escolha política (POUPART *et al.*, 2014).

Na avaliação do papel do HPP na assistência às pessoas acometidas pelo covid-19, elegeu-se a pesquisa qualitativa como mais adequada, pois permitiria extrair a significância por trás deste componente da rede hospitalar além de sua estrutura assistencial, sua importância enquanto detentor de poder simbólico no contexto político de pequenos municípios e em especial no estado da Bahia, que possui grande número de municípios de pequeno porte.

2.2 LOCAIS DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nos contextos estadual, regional e locorregionais. Na perspectiva estadual, tomamos como local de estudo o Estado da Bahia, que possui população estimada para 2019 de 14.873.064 habitantes para uma área de 564.722,611 km², com densidade demográfica de 26,33 hab/km². O estado possui 417 municípios, é dividido em 09 macrorregiões e 28 microrregiões de Saúde. A figura 2 identifica as macrorregiões de saúde do Estado da Bahia.

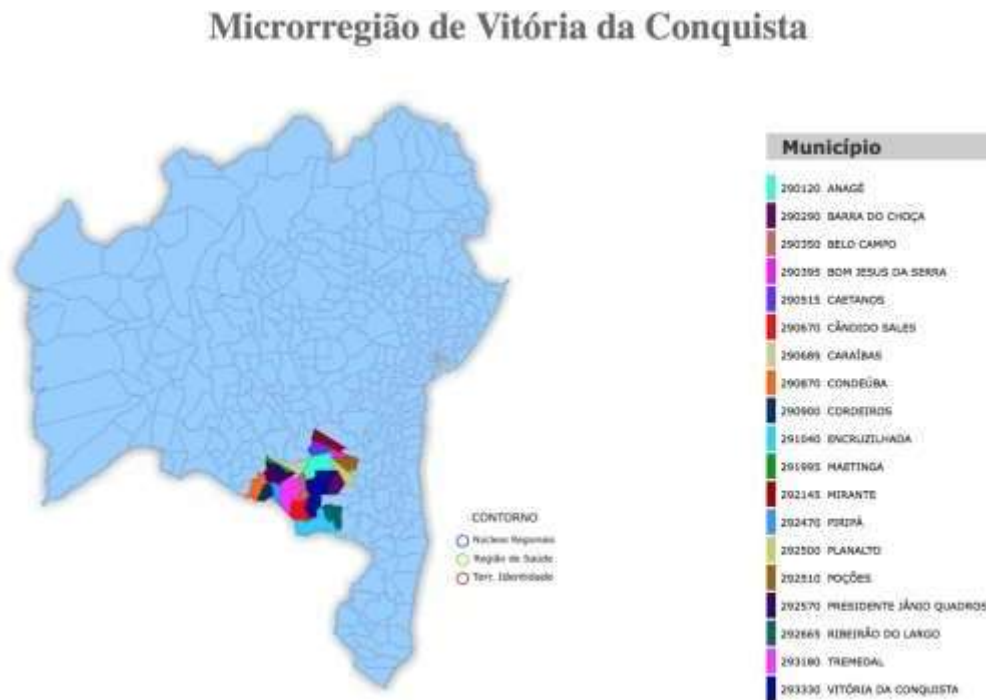
Figura 2 - Macrorregiões de Saúde da Bahia



Fonte: Bahia (2019).

Na perspectiva regional, o cenário de estudo escolhido foi a região de saúde de Vitória da Conquista, que compõem a macrorregião de saúde Sudoeste do Estado da Bahia. A região sudoeste é composta de 74 municípios em 04 regiões que são: Guanambi, Brumado, Itapetinga e Vitória da Conquista. Esta última, onde se dará o desenvolvimento da pesquisa, é composta por 19 municípios. Com população estimada para 2019 pelo IBGE de 670.285 habitantes. Tem em Vitória da Conquista a sede do NRS, de macrorregião e de microrregião, além de município referência nos serviços de saúde. Desses municípios, 12 deles possuem HPP, que são os objetos de estudo dessa dissertação. Na figura 3, pode ser visualizada a região de saúde de Vitória da Conquista em perspectiva geográfica estadual.

Figura 3 - Municípios que compõem a região de saúde de Vitória da Conquista



Fonte: Bahia (2019).

A Tabela 2 mostra os municípios dessa região com descrição de alguns dados demográficos importantes para a caracterização da RUE e HPP.

Tabela 2 - Municípios que compõem a região de Vitória da Conquista com respectivas populações, área geográfica, distância da referência e número de leitos.

Município	Área (Km²)	Popul. (HAB.)	Distância (Km)	Números de Leitos				
				Clinica	Cirurgia	Obstet.	Pediatria	Total
Anagé	1336,361	22.005	52	15	3	9	6	33
Barra do Choça	765,152	31.603	33,6	17	4	4	8	33
Belo Campo	772,757	17.211	63,7	25	5	6	8	44
Bom Jesus da Serra	467,813	9.880	95,4	5	*	2	7	14
Caetanos	877,650	14.542	73,4	*	*	*	*	*
Cândido Sales	1169,813	25.189	85,5	15	7	18	15	55
Caraíbas	805,629	8.951	82,7	*	*	*	*	*
Condeúba	1348,437	17.247	149,3	12	1	2	2	17
Cordeiros	523,640	8.611	161,7	3	*	1	1	5
Encruzilhada	1890,133	17.006	97,9	18	8	6	18	50
Maetinga	614,834	3.161	99,9	*	*	*	*	*
Mirante	1172,861	8.641	131,5	*	*	*	*	*
Piripá	511,756	10.707	124,2	8	*	4	5	17
Planalto	769,000	26.265	47,7	21	12	8	18	59
Poções	937,269	46.871	69,1	35	6	7	20	68
Presidente Jânio Quadros	1209,166	12.338	122,5	*	*	*	*	*
Ribeirão do Largo	1363,700	5.812	100,2	*	*	*	*	*
Tremedal	2010,316	16.394	82,5	11	1	3	4	19
Vitória da Conquista	3705,838			*	*	*	*	*
Total				185	47	70	112	414

*Dados não disponíveis pelos bancos de dados acessados. Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do IBGE (2019) e Brasil (2019).

2.3 POPULAÇÕES DO ESTUDO

Segundo Minayo (2014), a compreensão do indivíduo como representativo tem variáveis próprias que se relacionam com o seu contexto histórico e também com suas relações sociais, inserindo-se dentro do grupo ou comunidade para que haja a compreensão do objeto. Dessa forma, a pesquisa qualitativa torna-se de extrema importância na análise do papel dos HPP na assistência às pessoas acometidas pelo covid-19 no estado da Bahia.

No quadro 1, encontra-se descrito os participantes selecionados para compor este estudo, totalizando 13 atores chaves: 3 gestores estaduais e 10 representantes do HPP dos municípios que compõem a microrregião. Na perspectiva estadual, os participantes foram informantes-chave da SESAB que estavam ou já estiveram de alguma forma envolvidos no planejamento e processo decisório que envolve a atuação do HPP no estado. Na perspectiva regional, elegeu-se um informante chave na coordenação regional da CER. No âmbito locorregional, a população do estudo foi formada por gestores de HPP dos municípios. Dos 19 municípios, Vitória da Conquista, Mirante, Presidente Jânio Quadros, Maetinga, Ribeirão do Largo, Caetanos e Caraíbas não possuem HPP e, por isso, não foram incluídos neste estudo. Além disso, gestores de dois HPP (Cândido Sales e Cordeiros) não tiveram agenda disponível e, portanto, foram excluídos.

Quadro 1 - Lista de informantes-chave no contexto estadual e regional

ESTADUAL	(1) DIRETORA DE REGULAÇÃO NA SUPERINTENDÊNCIA DA REGULAÇÃO DE SAÚDE DA SESAB (1) SUPERINTENDENTE DA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA SESAB
REGIONAL	(1) COORDENADORA REGIONAL DA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO
LOCORREGIONAL	(10) GESTORES DE HPP

Fonte: elaborado pelo autor (2023)

A seleção dos informantes baseou-se nas informações obtidas pelos pesquisadores em parceria com o Núcleo Regional de Saúde, que disponibilizou lista dos gestores responsáveis pelos HPP na microrregião em questão e dos gestores estaduais com seus respectivos contatos para o agendamento das entrevistas. Como critério de inclusão definiu-se: ser gestor do HPP e gestor a nível estadual da SESAB e estar diretamente envolvido no enfrentamento a pandemia da covid-19 nessas instituições.

2.4 COLETA DE DADOS

Os dados deste estudo foram coletados a partir de entrevista semiestruturada com informantes-chave que tiveram papel relevante no processo de formulação do plano estadual de enfrentamento ao covid19. Como destaca Duarte (2004), a entrevista possibilita um mergulho em profundidade, viabilizando ao entrevistador coletar as formas como cada sujeito percebe e significa a sua realidade, apreendendo informações consistentes sobre determinada problemática (DUARTE, 2004). Na presente pesquisa, as entrevistas tiveram como objetivo compreender os processos de funcionamento dos HPP incluindo todos os imbricamentos desde a estrutura física passando por processos de trabalho, no enfrentamento à covid19, na visão desses gestores.

As entrevistas foram agendadas previamente e realizadas por entrevistadores treinados usando plataformas digitais (*Google meet* ou *Skype*). Tiveram duração de cerca de uma hora, foram gravadas e armazenadas em arquivos digitais para transcrição literal e análise dos dados. Foram garantidas todas as recomendações legais estabelecidas pelo CEP, conforme TCLE (Apêndice A e B).

2.5 ANÁLISES DE DADOS

Após a coleta de dados, procedeu-se com o processo de transcrição de todo o conteúdo obtido nas gravações e análise dos dados obtidos. Realizou-se a leitura geral de todo o material transcrito e primeira organização dos dados (MINAYO, 2014). Posteriormente, empregou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016). Numa análise de entrevistas, lida-se com uma fala relativamente espontânea, em que de certa forma, o entrevistado orchestra à sua vontade e a técnica proposta consegue

percorrer todas as nuances da fala. Uma vez lidas exaustivamente, os trechos foram selecionados, categorizados e agrupados, identificando convergências e divergências além de diferenças. Nessa proposta não há perspectiva de homogeneidade e, portanto, a análise se mostra exaustiva, mas, rica em significância e compreensão (MINAYO, 2014).

No primeiro momento, realizou-se a transcrição, a leitura e a revisão de todas as entrevistas. Posteriormente, os dados foram analisados adotando como ferramenta para organização e análise o software *N-vivo*, que envolve codificação ou categorização, conceituação das categorias, agrupamento e análise dos dados. Uma planilha de processamento foi elaborada a partir do agrupamento de respostas dos entrevistados e a organização dos excertos textuais direcionou a análise dos dados das entrevistas. Ressalta-se que a coleta de dados foi realizada no período da pandemia da covid-19, onde os gestores e profissionais estavam totalmente mobilizados na assistência e na tentativa de conter a expansão do vírus e evitar a superlotação dos hospitais. Alguns trechos das entrevistas foram utilizados para evidenciar os resultados, considerando os mais expressivos e que melhor representavam as categorias.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira da Universidade Federal da Bahia em Vitória da Conquista e está em acordo com a normativa da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que elenca as normas éticas para pesquisas com seres humanos e a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2012, 2016).

Obrigatoriamente, no início da entrevista, os participantes serão esclarecidos sobre todos os procedimentos a ser realizados, incluindo as recomendações relacionadas ao distanciamento na prevenção a infecção da covid-19, que os riscos serão mínimos e muito mais ligados a constrangimentos em falar sobre determinados assuntos. Em todos os casos estará facultado ao participante o direito de abstenção

a resposta, ou mesmo de se retirar da pesquisa sem que isso lhe cause qualquer tipo de prejuízo.

Todos os participantes foram informados sobre o sigilo que norteia esta pesquisa, bem como do princípio de confidencialidade e anonimato, na divulgação dos resultados. Em todas as circunstâncias a privacidade dos participantes foi preservada. Estas e demais observações foram descritas no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) onde estão explicitadas também as vantagens em participar (Apêndice A). Após os esclarecimentos e aceitação da proposta de participação, os entrevistados assinaram o TCLE de forma on-line através de Formulário online enviado pelo entrevistador.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

Nesta seção, apresentamos, em formato de artigos científicos, os resultados fruto dessa dissertação, os quais buscaram dar conta dos objetivos específicos definidos. Cabe fazer algumas considerações: a primeira, diz respeito ao primeiro artigo apresentado, que é um artigo em formato de artigo de opinião, construído ainda na primeira onda da pandemia da covid-19, período em que além de não existirem números significativos de publicações robustas que descrevessem sobre o impacto da doença no sistema de saúde brasileiro foi também publicada a Portaria nº561 de 26 de Março de 2020, que buscava evitar o colapso do sistema de saúde. Neste primeiro artigo, tentamos responder ao nosso primeiro objetivo específico. A segunda consideração, diz respeito ao segundo artigo, o qual buscou responder o segundo objetivo específico utilizando para análise de dados o aplicativo *N-vivo*.

3.1 Artigo científico 1

HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE E PANDEMIA PELO SARS-COV-2: O QUE PRECISAMOS APRENDER?

Resumo

Este artigo trata-se de um ensaio teórico construído nos primeiros meses da pandemia da covid-19 no Brasil, considerando a estrutura hospitalar existente no território. Buscou-se, neste ensaio, discutir quais os possíveis limites, desafios e contribuições dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP), equipamento de saúde amplamente distribuídos nos territórios brasileiros, para mitigação dessa emergência em saúde pública. Resgata-se alguns elementos que constituíram a história da formação dessas estruturas hospitalares no território brasileiro, apontando os impasses envolvidos na Política de Atenção Hospitalar do país. Discute-se como a Portaria nº561 de 26 de Março de 2020, que na ocasião autorizou a utilização de leitos de HPP para cuidados prolongados em atendimento dos pacientes crônicos oriundos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e leitos de enfermaria de hospitais de referência ao COVID-19,

apontando quais possíveis contribuições e desafios para este equipamento no contexto a assistência aos pacientes diagnosticados com COVID-19 nos municípios de pequeno porte.

Palavras-chave: infecções por coronavírus; hospital; saúde pública; pandemia.

Abstract

This article is a theoretical essay constructed in the first months of the Covid-19 pandemic in Brazil, considering an existing hospital structure in the territory. In this essay, we sought to discuss the possible limits, challenges and contributions of Small Hospitals (HPP), health equipment widely distributed in Brazilian territories, to mitigate this public health emergency. We rescued some elements that constituted the history of the formation of these hospital structures in Brazilian territory, pointing out the impasses involved in the country's Hospital Care Policy. It is discussed how Ordinance No. 561 of March 26, 2020, which at the time authorized the use of PPH beds for prolonged care in the care of specific patients from the Intensive Care Unit (ICU) and infirmary beds in reference hospitals to the COVID-19, pointing out the possible contributions and challenges for this equipment in the context of assistance to patients diagnosed with COVID-19 in small municipalities.

Keywords: coronavirus infections; hospital; public health; pandemic.

Introdução

Em 11 de Março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a infecção pelo SARs-CoV-2 como uma pandemia, demandando a reestruturação dos sistemas de saúde em todo o mundo¹. A pandemia da COVID-19, assim intitulada, já é considerada um dos maiores desafios sanitários desta geração. Diante da sua alta velocidade de disseminação e capacidade de gerar manifestações graves, o vírus impôs a reorganização não só dos sistemas de saúde, mas também dos modos de vida e interação social^{2, 3}.

No contexto brasileiro, dada a dimensão continental e as grandes desigualdades e vulnerabilidades sociais, o impacto causado pela doença tem apresentado uma sobrecarga no Sistema Único de Saúde (SUS) nos seus três níveis

de atenção: primário, secundário e terciário⁴, expondo as fragilidades na falta de infraestrutura e na distribuição destes recursos em todo território nacional³.

Reconhece-se que algumas medidas visando evitar o colapso do sistema de saúde brasileiro foram implementadas, cabendo destacar: as medidas de isolamento social, a definição de fluxo rápido e objetivo para triagem de pacientes na Atenção Primária à Saúde (APS), construção dos hospitais de campanha, definição de hospitais referência para pacientes graves⁴ e autorização para utilização de leitos de Hospitais de Pequeno Porte (HPP) para cuidados prolongados em atendimento dos pacientes crônicos oriundos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e leitos de enfermaria de hospitais de referência ao COVID-19 através da Portaria nº561 de 26 de Março de 2020⁵.

Referente a essa última medida, destaca-se que a robusta rede de HPP presente no Brasil, que mesmo caracterizada por sua baixa eficiência e subutilização⁶, pode assumir papel estratégico na oferta do cuidado em saúde em contextos de emergência em saúde pública. Nesse sentido, propomo-nos discutir quais os possíveis limites, desafios e contribuições desse tipo de serviço hospitalar para mitigação dessa emergência em saúde pública. Para melhor compreensão da temática a ser abordada, situaremos, brevemente, os HPP na rede de atenção à saúde brasileira. Em seguida, realizaremos breves apontamentos sobre esses limites e contribuições e, por fim, traremos algumas considerações almejando o que essa crise sanitária tem a nos ensinar.

Breve histórico dos HPP na Rede de Atenção à Saúde no Brasil

A atenção hospitalar sempre foi temática importante quando se trata do exame de políticas públicas de saúde, permeando a todo o tempo a preocupação dos gestores. Mesmo que não tivesse sempre essa conformação, a ideia de hospital é antiga do ponto de vista da historicidade. No Brasil, esteve presente com registros desde a época colonial, reforçando a evidência de escolha histórica pelo modelo hospitalocêntrico⁷.

Os hospitais são responsáveis pela realização de grande quantidade de procedimentos de média e alta complexidade, que representam importantes gastos dentro do sistema. É considerado um instrumento complexo e multifacetado e

atualmente, o cenário é de altos gastos e investimentos no subsistema de atenção hospitalar que nem sempre se traduzem em eficiência e qualidade assistencial^{7, 8}.

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS) definiu como HPP todos os estabelecimentos com pelo menos cinco leitos disponíveis para internamento, garantindo um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e assistência de médicos ininterruptamente desde a assistência até a alta. Segundo esta mesma definição, o HPP deve ter serviço de enfermagem contínua e atendimento direto ao paciente, durante 24 horas, com disponibilidade de serviços de diagnóstico como radiologia e laboratório, além de serviço de cirurgia e parto⁹.

No Brasil, a conformação e constituição dos HPP no território possuem fatores que precedem a construção do sistema público de saúde do país, no entanto, aqui, situaremos brevemente esse tipo de serviço de saúde no contexto do SUS, considerando a regionalização e estruturação da rede hierarquizada, princípios norteadores desse sistema.

A discussão sobre a capacidade de resolubilidade dos hospitais tem sido constante nas últimas décadas e quase sempre permeada pelo binômio estrutura (física, equipamentos e recursos humanos) e resultado, o que, inevitavelmente remete à complexidade desta estrutura. Então, a Portaria nº 2.224, de 05 de dezembro de 2002 buscou classificar os hospitais por número de leitos da seguinte maneira: como de pequeno porte (com menos de 50 leitos), médio porte (de 50 a 149 leitos), grande porte (de 150 a 499 leitos) e porte especial (acima de 500 leitos). Apesar desta portaria ter sido revogada e a legislação posterior discorrer sobre o tema sem modificá-la, esta classificação ainda é utilizada corriqueiramente¹⁰.

Numa tentativa de redefinir o papel do HPP e dar uma melhor organização, com uma perspectiva de rede e de inserção efetiva no sistema, o Ministério da Saúde (MS) estruturou a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP) com a expectativa de que ele pudesse apresentar uma melhor performance: melhoria de suas taxas de ocupação, por conseguinte da capacidade de resolução, capacitação dos profissionais e melhor qualificação dos serviços aos usuários¹¹.

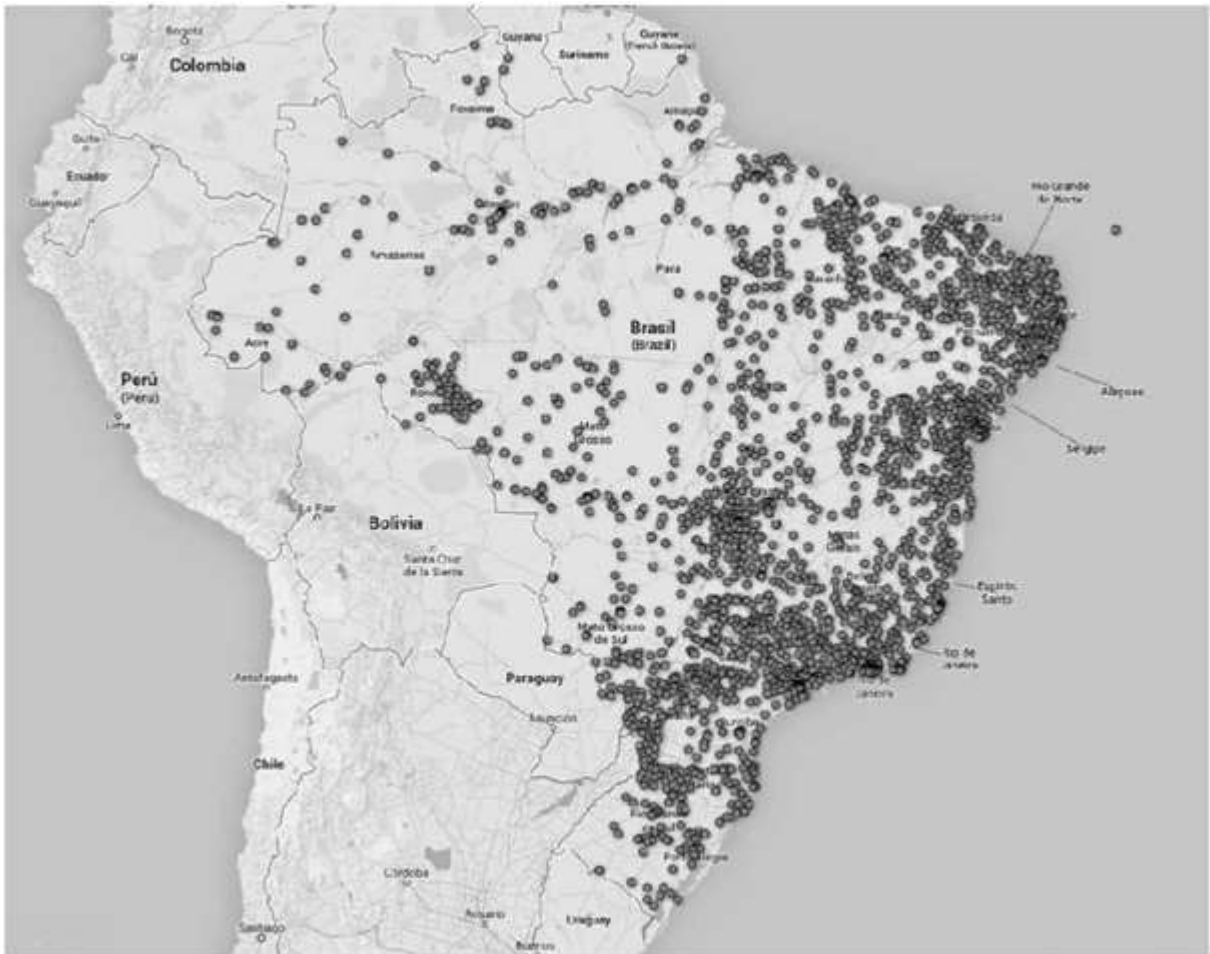
Com a PNHPP instituída, as diretrizes de atuação deles se voltariam para áreas mais generalistas como clínica médica, pediatria, odontologia, obstetrícia e pequenos procedimentos cirúrgicos. Também vinculava alguns critérios para definição tais como

possuir entre 05 (cinco) e 30 (trinta) leitos cadastrados no CNES e estar localizado em município com no mínimo 70% de cobertura pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este mesmo documento previu o veto a criação no SUS, de novas unidades hospitalares onde a necessidade de leitos fosse inferior a 30 leitos. Esperava-se que num cenário com alta cobertura da ESF com boa qualificação do serviço, o HPP poderia ser utilizado para atender os serviços de média complexidade. A crítica pertinente é que não houveram elementos dentro deste corpo legal que promovessem a inserção efetiva dos HPP numa lógica sistêmica, não se mostrando eficaz no combate à iniquidade¹¹.

Quase uma década depois, o MS publicou a Portaria nº 3.390 de 2013¹² que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), estabelecendo diretrizes e normas para a organização do modelo de atenção hospitalar no SUS. Foi uma tentativa de promover uma reforma no modelo assistencial hospitalar brasileiro. Acompanhada pela regulamentação das diretrizes operacionais da contratualização hospitalar. Do mesmo modo que a PNHPP, a PNHOSP não buscou com seus dispositivos legais, fazer a inserção desse componente numa lógica de sistema¹².

Além da indefinição sobre o papel do HPP nas redes assistenciais, pairava dúvidas sobre a classificação de porte em relação ao número de leitos. Em 26 de setembro de 2013, a reunião da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), espaço intergovernamental político e técnico em que ocorre planejamento, negociação e implementação das políticas públicas com ampla representação nacional e regional, definiu que os HPP seriam aqueles que tivessem até 50 leitos. A figura 1 mostra a distribuição espacial dos HPP no Brasil¹³.

Figura 1 - Distribuição dos HPP no Brasil.



Fonte: Barbosa (2017)¹³

Como vimos, a definição e constituição do papel dos HPP na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil é marcado por controvérsias e indefinições. Porém, como demonstrado pela Figura 1, o território brasileiro possui alta capilaridade desse tipo de serviço, sendo as emergências em saúde pública, como representada pela COVID-19, situações potentes para repensar a reestruturação e funcionalidade das estruturas que compõe o sistema de saúde com vista a garantir resolutividade e integralidade do cuidado.

Limites, desafios e contribuições dos HPP no contexto da pandemia da COVID-19

A partir dos apontamentos já descritos, a Portaria nº561 de 26 de Março de 2020 pode representar um reposicionamento dos HPP na RAS para além da resposta à pandemia.

Noronha *et al.*¹⁴ ressaltam que apesar dos HPP representarem cerca de 66% dos estabelecimentos hospitalares do país, eles operam numa taxa de ocupação muito aquém do ideal (26%) demonstrando assim, a ociosidade operacional desse tipo de serviço hospitalar¹⁴. Para tanto, a tendência de interiorização da COVID-19 aponta para algumas considerações referente a organização do sistema de saúde brasileiro no tangente ao papel dos HPP no contexto da infecção pelo coronavírus, das quais nos deteremos aqui em discutir: primeiro, a contribuição e potencialidade dos HPP para o sistema de saúde brasileiro frente à pandemia. Segundo, necessidade de melhorar a capacidade operacional, técnica e de infraestrutura desses hospitais. Terceiro, integrá-los, de forma efetiva, à infraestrutura de cuidado à saúde e à preparação para emergências.

O primeiro ponto a ser discutido são as contribuições e potencialidades que os HPP podem representar na RAS em casos de emergência em saúde pública, como o representado pela COVID-19. Embora exista necessidade de pesquisas para elucidar tais contribuições, a estruturação desse tipo de serviço para acompanhamento de pacientes estabilizados e como possibilidade de atendimento para pacientes com sintomas respiratórios de baixo e médio risco, sem outros comprometimentos sistêmicos, funcionando como retaguarda clínica, podem ser algumas das possibilidades.

Ainda que a distribuição dos HPP demonstre sua alta capilaridade no território brasileiro sabe-se que a estrutura desses hospitais representa uma importante barreira para a oferta do cuidado integral¹⁴, o que se mostra um limite e um desafio para o sistema de saúde brasileiro. Nessa direção, alguns estudos¹⁵⁻¹⁷ trazem a baixa capacidade tecnológica ofertada por esse tipo de equipamento, o que exige a garantia de melhor aporte técnico e operacional, principalmente, em regiões que possuem serviços de maior complexidade mais distantes. Soma-se a isso, a urgência em fortalecer a política de financiamento desses equipamentos nas regiões.

Outro ponto, o qual tem se mostrado um desafio para o sistema de saúde brasileiro, é a integração efetiva desse tipo de equipamento na RAS. Para que esse processo de integração ocorra faz-se necessário a reorganização e fortalecimento dessas estruturas. Vislumbrando os desdobramentos da Portaria nº 561 para além da resposta à pandemia da covid-19, a mesma pode representar um horizonte a guiar a

inserção efetiva dos HPP se demonstrado, por exemplo, resposta positiva frente a essa demanda.

Um outro ponto que merece destaque são os valores simbólicos e culturais que permeiam os HPP e o papel político que representa, já que ele se encontra inserido em uma dinâmica locorregional de composição de rede assistencial. Todos esses fatores devem ser considerados, pois demarcam, de modo contundente, o papel-espço dos HPP no jogo político e assistencial dos municípios brasileiros já que muitas vezes é nesta unidade que ocorre o atendimento de maior gravidade da população daquela localidade¹⁷.

Em observações iniciais, os HPP nos municípios brasileiros têm funcionado como verdadeiros centros de triagem para os pacientes com suspeitas e confirmação pela COVID19. Carente de equipamentos adequados de monitorização e fonte de fornecimento de oxigênio contínuo, este equipamento não se mostra adequado para assistência a médio e longo prazo nesta patologia. Por outro lado, os pacientes com patologias diversas àquela têm permanecido mais tempo dentro destes hospitais aguardando melhor oportunidade de tratamento nos centros de referência. Também têm sido mais utilizados para cuidados paliativos onde não faz mais sentido permanecer num hospital de grande porte.

A grosso modo, ainda que pesem os valores, barreiras, e limites apresentados por esse tipo de equipamento, os HPP devem compor sistemicamente as redes de assistência à saúde, pois o seu isolamento e falta de inserção tem sido oneroso principalmente para os municípios de pequeno porte. O momento requer equidade e ética na distribuição dos recursos e na potencialização dos equipamentos existentes considerando, sobretudo, a distribuição epidemiológica dos casos da COVID-19 e a crescente interiorização da doença.

A guisa de conclusão

Das tantas lições que devem ser aprendidas com a pandemia da COVID-19, o fortalecimento dos sistemas públicos de saúde mostra-se como o mais primordial de todos³. No caso brasileiro, o reposicionamento do hospital de pequeno porte vislumbrando potencializar os recursos existentes para garantia do cuidado em saúde pode ser um dos horizontes a serem trilhados.

Os desafios, limites e contribuições levantados aqui são limitados, tendo em vista a complexidade que envolve a organização da RAS brasileira e os HPP. É nesse sentido que a abordagem de pesquisas nessa linha se torna essencial para compreender os benefícios, grau de sustentabilidade, capacidade instalada e financiamento desses equipamentos na RAS e outras abordagens como estratégias para continuidade da prestação do cuidado em saúde integral e resolutivo.

Assim, as considerações aqui levantadas não buscaram encerrar as discussões em torno do papel dos HPP na rede de atenção à saúde, nesse caso, mais especificamente no enfrentamento da COVID-19, mas, principalmente, motivar que pesquisas, considerando as distintas realidades existentes no Brasil, aprofundem, por exemplo, a reorganização desses hospitais nas redes de atenção à saúde em contextos de emergência em saúde pública.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). *Folha informativa - COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)*. 2020 abr [acessado 2020 Abr 17]. [cerca de 10 p.]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875
2. Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 36, n. 5 [Acessado 20 Julho 2020], e00068820. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>.
3. Oliveira WK de et al. Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. v. 29, n. 2 [Acessado 20 Julho 2020], e2020044. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>>. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>.
4. Farias LABG, Colares MP, Barretoti FKA, Cavalcanti LPG. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2455. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455)

5. Brasil.MS. GM. Portaria nº 561, de 26 de Março de 2020.
6. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
7. Santos TBS, Pinto ICM. Política nacional de atenção hospitalar: con(di)vergências entre normas, conferências e estratégias do executivo federal. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 99-113, set. 2017. Doi: 10.1590/0103-11042017S308
8. Mendes, J. D. V.; CECILIO, M. A. M.; OSIANO, V. L. R. L. Hospitais de pequeno porte no SUS do estado de São Paulo. BEPA, v. 11, n. 128, p. 25-40, 2014.
9. López, E. M. Uma revisão do papel dos hospitais de pequeno porte no sistema único de saúde (SUS). 2004. 131p. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Brasília, 2004.
10. Brasil. MS. GM. Portaria nº 2.224, de 05 de dezembro de 2002.
11. Brasil. MS. GM. Portaria nº 1044, de 2004. Hospitais de Pequeno Porte.
12. Brasil. MS. GM. Portaria nº 3.390, de 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar.
13. Barbosa, A. C. Q. Vínculos profissionais em de pequeno porte brasileiros. RAE - Revista de Administração de Empresas, FGV, EAESP, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 178-195, mar./abr. 2017. Doi: 10.1590/S0034-759020170207
14. Noronha, Kenya Valeria Micaela de Souza et al . Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 36, n. 6, e00115320, 2020 .
15. Uga, Maria Alicia Domínguez; LOPEZ, Elaine Machado. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 12, n. 4, p. 915-928, Aug. 2007
16. Souza, Francisco Eugenio Alves de et al . Atuação dos hospitais de pequeno porte de pequenos municípios nas redes de atenção à saúde. Saude soc., São Paulo , v. 28, n. 3, p. 143-156, Sept. 2019

17. Souza FEA. Hospitais em municípios de pequeno porte: sua inserção no SUS. 2019. 147p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, 2019.

3.2 Artigo científico 2

O papel do Hospital de Pequeno Porte no enfrentamento da pandemia da covid-19: atuação e desafios enfrentados pelos gestores

Resumo

O objetivo deste artigo é analisar a atuação dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) na assistência às pessoas acometidas pela covid-19 em uma região de saúde do estado da Bahia. Metodologicamente, desenvolveu-se um estudo qualitativo realizado através de entrevistas semiestruturadas com gestores de 10 HPP, dois gestores estaduais e um representante da coordenação regional. Os resultados foram estruturados considerando a questão do acesso, a capacidade resolutiva, a articulação entre governo federal, estadual e municipal e as perspectivas futuras na continuidade do cuidado. Percebeu-se que os sistemas de saúde locais criaram estratégias para reorganização da Rede de Atenção à Saúde, a partir da adoção de medidas de mitigação da propagação, sobretudo, pela valorização dos equipamentos de saúde presentes no território, como foi o caso do HPP. Nos municípios de pequeno porte estudados neste artigo, os HPP assumiram papel importante na estratificação de risco dos pacientes covid-19 positivo, manejo de descompensação de doenças crônicas e estabilização clínica dos pacientes a serem encaminhados para serviços especializados. Entretanto, notou-se subutilização desses equipamentos de saúde no contexto da pandemia, seja pela indefinição do seu papel na rede de cuidado por parte das instâncias federais seja pela carência na estrutura física e capacidade financeira para dar conta de pacientes críticos.

Palavras-chave: Covid-19. Pandemia. Hospital. Gestão hospitalar. Gestão em Saúde.

Abstract

The objective of this article is to analyze the performance of Small Hospitals (HPP) in assisting people affected by Covid-19 in a health region in the state of Bahia. Methodologically, a qualitative study was developed through semi-structured interviews with managers of 10 HPP, two state managers and a representative of the regional coordination. The results were structured considering the issue of access, resolution capacity, coordination between federal, state and municipal governments and future perspectives in the continuity of care. It is clear that local health systems carry out strategies to reorganize the Health Care Network, based on the adoption of measures to mitigate the spread, above all, by valuing the health equipment present in the territory, as was the case with PPH. In the small municipalities studied in this article, PPH plays an important role in the risk stratification of Covid-19 positive patients, management of decompensation of chronic diseases and clinical stabilization of patients to be referred to specialized services. However, the underutilization of these health equipment was noted in the context of the pandemic, either due to the lack of definition of their role in the care network on the part of federal bodies, or due to the lack of physical structure and financial capacity to care for critical patients.

Keywords: Covid-19. Pandemic. Hospital. Hospital management. Health Management.

Introdução

A pandemia da covid-19 representou um dos maiores desafios de saúde pública do mundo. No Brasil, o primeiro caso de Covid-19 foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020, em São Paulo e pouco menos de um mês depois foi declarado que a transmissão do novo coronavírus passou a ser considerada comunitária em todo o território nacional¹. Nesse contexto, a orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) era que os países adequassem os sistemas e serviços de saúde local de modo a evitar o colapso e conter a propagação do vírus². No âmbito internacional, o fortalecimento e investimento financeiro nos sistemas de saúde aliado à construção de fluxos assistenciais norteados pela classificação de risco dos pacientes e medidas de distanciamento e proteção social foram algumas das medidas de mitigação adotadas³.

Na época, a tentativa era que os sistemas de saúde conseguissem expandir a assistência à saúde, otimizar os fluxos assistenciais, garantir capacitação e proteção aos profissionais de saúde, seja por meio da ampliação dos recursos já disponíveis, seja pela aquisição de novos recursos^{2,3}. Embora a maioria dos pacientes acometidos pela covid-19 evoluíam para casos leves, que não demandavam de internação hospitalar⁴, a pressão da demanda extra gerada pela infecção aos serviços hospitalares foi uma realidade em todo mundo^{5,6}.

No Brasil, a demanda gerada nos serviços hospitalares foi uma realidade vivenciada por todos os estados brasileiros⁷⁻⁹. Noronha *et al.*⁹ alertavam que mesmo com taxas menos elevadas de infecção pelo vírus, a presença de vazios assistenciais poderia levar o sistema hospitalar brasileiro ao colapso, sobretudo em locais onde a oferta de serviços não estava preparada. Na ocasião, reforçava-se que os Hospitais de Pequeno Porte (HPP), estabelecimentos hospitalares com menos de 50 leitos, tinham uma capacidade ociosa no sistema hospitalar⁹.

A rede hospitalar brasileira é bastante heterogênea ao considerar o grau de incorporação tecnológica e complexidade dos serviços, com grande concentração de recursos assistenciais em cidades de médio e grande porte¹⁰. Nessa direção, os HPP são equipamentos de assistência à saúde amplamente distribuídos no território brasileiro, especialmente, em municípios de pequeno porte. Estima-se que 2.726 municípios brasileiros possuem um HPP, principalmente, municípios com menos de

30.000 habitantes, sendo que em 58,58% desses municípios os HPP representam a única possibilidade de internação na localidade^{10,11}.

Embora alguns estudos^{9,12} discutindo o papel dos hospitais no enfrentamento da pandemia da covid-19 tenham sido publicados, não foram encontrados artigos que tratassem especificamente da contribuição dos HPP nesse enfrentamento. Considerando isso, torna-se relevante indagar: Qual o papel desempenhado pelos Hospitais de Pequeno Porte na assistência às pessoas acometidas pela covid-19? Como ocorreu sua participação na Rede de Atenção à Saúde no contexto da pandemia? Assim, este artigo objetivou analisar a atuação dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) na assistência às pessoas acometidas pela covid-19 em uma região de saúde do estado da Bahia.

Métodos

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que buscou analisar o papel dos HPP no contexto da covid-19. Foi desenvolvido numa região de saúde do estado da Bahia, em 10 hospitais localizados em municípios de pequeno porte.

Cenário do estudo

O cenário de estudo escolhido foi a região de saúde de Vitória da Conquista, a qual compõe a macrorregião de saúde Sudoeste do estado da Bahia e possui 19 municípios. Tinha uma população estimada para 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 670.285 habitantes¹³. O município de Vitória da Conquista é o terceiro maior do estado da Bahia e é a sede do Núcleo Regional de Saúde (NRS), de macrorregião e da microrregião, além de município referência nos serviços de saúde de maior complexidade e centro de especialidades. Dos 19 municípios que compõem a macrorregião Sudoeste apenas 12 possuem HPP, que foram os objetos de estudo selecionados para o desenvolvimento desta pesquisa.

Participantes do estudo e coleta dos dados

Foram entrevistados 13 atores-chaves, incluindo 10 gestores dos HPP dos municípios da região de saúde que possuíam este equipamento, um representante da Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), um diretor estadual de

regulação e um representante da coordenadoria regional da Central Estadual de Regulação (CER). Não houve recusa à participação, entretanto gestores de dois dos 12 municípios que possuíam HPP não participaram da pesquisa, pois não retornaram o contato e, portanto, não foram incluídos nesta pesquisa. As entrevistas foram realizadas entre março de 2022 e janeiro de 2023, previamente agendadas e guiadas por um roteiro de entrevista semiestruturado, realizadas online através de plataformas de comunicação e gravadas para posterior transcrição entre os meses. Cada entrevista teve uma duração média de uma hora.

A maioria dos entrevistados eram do gênero feminino, com nível superior completo na área da saúde, com média de 3 anos atuando na gestão dos HPP.

Características dos HPP selecionados

As características dos HPP estudados foram descritas na Tabela 1.

Município	Área (Km²)	Popul. (HAB.)	Distância (Km)	Números de Leitos				
				Clinica	Cirurgia	Obstet.	Pediatria	Total
Anagé	1336,361	22.005	52	15	3	9	6	33
Barra do Choça	765,152	31.603	33,6	17	4	4	8	33
Belo Campo	772,757	17.211	63,7	25	5	6	8	44
Bom Jesus da Serra	467,813	9.880	95,4	5	*	2	7	14
Condeúba	1348,437	17.247	149,3	12	1	2	2	17
Encruzilhada	1890,133	17.006	97,9	18	8	6	18	50
Piripá	511,756	10.707	124,2	8	*	4	5	17
Planalto	769,000	26.265	47,7	21	12	8	18	59
Poçoões	937,269	46.871	69,1	35	6	7	20	68
Tremedal	2010,316	16.394	82,5	11	1	3	4	19
Total				185	47	70	112	414

Fonte: elaborado pelo autor a partir dos dados do IBGE¹³ e CNES¹⁴.

Produção e análise dos dados

No primeiro momento, realizou-se a transcrição, leitura e revisão de todas as entrevistas. Posteriormente, os dados foram analisados adotando como ferramenta para organização e análise o software *N-vivo*, que envolve codificação ou categorização, conceituação das categorias, agrupamento e análise dos dados. Uma planilha de processamento foi elaborada a partir do agrupamento de respostas dos

entrevistados e a organização dos excertos textuais direcionou a análise dos dados das entrevistas. Ressalta-se que a coleta de dados foi realizada no período da pandemia da covid-19, período em que gestores e profissionais estavam totalmente mobilizados na assistência e na tentativa de conter a expansão do vírus e evitar a superlotação dos hospitais. Alguns trechos das entrevistas foram utilizados para evidenciar os resultados, considerando os mais expressivos e que melhor representavam as categorias.

Aspectos éticos

O estudo é parte da pesquisa de mestrado desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva intitulada “O papel do Hospital de Pequeno Porte no enfrentamento da pandemia da COVID-19”, sendo avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (CEP/IMS/UFBA), sob o parecer nº4.466.440 e cumpriu as recomendações da Resolução nº 466/2012, do Ministério da Saúde, e da Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde.

Todos os entrevistados foram consultados anteriormente, informados dos objetivos e da metodologia da pesquisa e, após sua concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os representantes dos HPP dos municípios citados no artigo foram identificados com a letra M seguido dos números, em ordem cronológica do aparecimento das citações, e os representantes do nível regional e estadual utilizou-se a letra R seguido dos números em ordem cronológica do aparecimento das citações.

Resultados

A partir da transcrição das entrevistas emergiram quatro categorias analíticas centrais: 1. *A questão do acesso*; 2. *Capacidade resolutiva*; 3. *A articulação entre governo federal, estadual e municipal: entre encontros e desencontros*; 4. *Perspectivas futuras na continuidade do cuidado*.

A questão do acesso

Os HPP são equipamentos de grande capilaridade no território brasileiro, sendo considerados um elemento estratégico no contexto do acesso à saúde pública, sobretudo, em municípios de pequeno porte. No contexto da pandemia da covid-19, o risco iminente de colapso do sistema de saúde brasileiro demandou dos sistemas locais de saúde o reposicionamento desse equipamento assistencial. O acesso, compreendido aqui como “às características da oferta e da disponibilidade de recursos que viabiliza a entrada de cada usuário, ou paciente, na rede de serviços”¹⁵, foi uma das grandes características destacada pelos gestores que possuíam HPP em seus municípios durante a pandemia:

Embora exista uma limitação dos Hospitais de Pequeno Porte de atendimento, não só para Covid, mas para as outras demandas de não Covid, mas eles de alguma forma foram uma unidade que fizeram uma triagem prévia, então eles tinham alguma importância dentro da rede de atenção de saúde [...] (R1)

...] em relação ao Covid, isso é importante, unidades que não tinham, por exemplo, tem municípios da Bahia que não tem o HPP, e a correria foi para que ele tivesse minimamente algum ponto de atenção. [...] (M2)

Qualquer sintoma que ele sentia, era o hospital. Então eles vão servir àquele caso. Deveria ter procurado posto primeiro, mas não eles estavam saturando o hospital. (M3)

[...] eu acho assim, que o hospital lá contribuiu muito de não mandar tantos pacientes para fora. Então, assim, nós conseguimos segurar vários pacientes lá, porque lá a gente tinha a medicação que precisava do protocolo. (M4)

[...] os hospitais que tinham pelo menos esse ponto de atenção para a gente, nesse sentido de não ter vaga para todo mundo de imediato, foram bastante importantes, porque de alguma forma o paciente estava acolhido. (R2)

Como essas unidades eram as únicas que funcionavam nesses municípios na etapa inicial da pandemia, os usuários somente poderiam recorrer a elas. Por força da recomendação da Secretária do Estado da Bahia, os serviços que compõem a Atenção Primária à Saúde (APS) tiveram seus regimes de funcionamento alterados. O HPP, em muitos desses municípios, se tornou a única forma de acesso para os pacientes com covid-19 e também para os outros agravos como agudização de doenças crônicas, uma vez que as outras unidades de saúde não estavam em funcionamento pleno:

[...] o HPP, então, ele teve um ponto, como o hospital não fecha, ele foi, por força da circunstância, a única, o único modo de acesso da população para recorrer aos agravos da saúde. Não apenas do COVID, mas também dos demais agravos que estavam sem a cobertura do PSF. Então, a descompensação do diabetes, a descompensação da hipertensão, o AVC, as infecções como um todo. [...] (M5)

Durante o enfrentamento da covid-19, ficou evidente a deficiência por atendimento especializado e a deficiência de leitos considerados avançados e mais especializados para necessidade imposta pela nova patologia infecciosa. Nos pequenos municípios brasileiros esse problema era ainda maior e a garantia do acesso precisava ser priorizada, de modo que fluxos assistenciais valorizassem os equipamentos de saúde presentes naqueles territórios e garantissem a população acesso oportuno e adequado às suas necessidades de saúde.

Capacidade resolutiva

A capacidade resolutiva é compreendida neste artigo como a capacidade que o serviço de saúde tem de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado¹⁶. No contexto da pandemia a capacidade resolutiva hospitalar envolvia diretamente a capacidade de receber os casos mais graves e que demandavam de cuidados mais intensivos. Nessa direção, a capacidade de resolução de uma demanda crescente e incerta foi o principal temor desde o início da pandemia. No que diz respeito ao HPP, a sua capacidade de resolução incipiente associada a uma baixa complexidade de serviços ofertados, conforme demonstrado pelos poucos estudos nessa área nos últimos 20 anos, reforçavam essa preocupação:

[...] tinha hospitais que nem tinha ponto de atenção, na verdade, que passaram por um momento de ausência de oxigênio, então assim, mas ainda assim o paciente estava minimamente assistido por uma equipe médica. [...] unidades que mais se destacaram foram unidades de quais vieram atrás, por exemplo, de profissionais de saúde para se qualificar. (M5)

E aconteceu numa época em que a gente estava com o paciente internado lá, entubado e a nossa medicação estava para dois dias e o paciente já estava lá há três dias. A medicação com dois dias já acabava e ligando para um, ligando para outro, e pedindo emprestado e ninguém tinha para emprestar. E aí ligamos para propor a regulação, passei o caso para eles e fizemos ofício, coloquei e expliquei e no outro dia conseguimos a vaga... (M6)

As falas dos gestores apontaram para um conjunto de desafios e carências no processo de gestão desses hospitais no quesito de estrutura física, capacitação profissional e qualificação da assistência, equipamentos, medicamentos e insumos, as quais dificultaram o atendimento as demandas. Do ponto de vista estadual, os gestores também apontaram uma série de nós críticos que envolviam articulação da

RAS, inclusive de sistema logístico, que comprometeram o encaminhamento dos pacientes:

[...] a gente teve um problema no transporte, porque a vaga saía, mas não tinha transporte, porque não dava conta, não tinha empresa que conseguia fazer tanta, esse fluxo, esse volume tão grande em tão pouco tempo. Depois veio aquele pico pior que foi quando a gente já não tinha vaga, mesmo com tanto de vaga oferecida, né?! Às vezes paciente demorava um, dois ou três dias a mais para a gente conseguir ter o acesso da vaga, né? [...] (R1)

Então logo naquele comecinho que estava todo mundo perdido, que os hospitais falavam não, não tem suporte, o que chegar eu vou transferir, não tem suporte para usar oxigênio, que eles já comentavam isso. (R2)

Embora esse conjunto de fatores tenham impactado na capacidade resolutiva desses equipamentos de saúde, alguns gestores apontaram que em certo momento, após estruturação mínima das instalações físicas, principalmente, com definição do fluxo de assistência, alocação de isolamentos respiratórios, aporte de ventiladores, monitores multiparamétricos, qualificação da equipe e maior conhecimento a respeito da doença, os HPP foram assumindo um papel de destaque na estabilização do paciente grave até o momento do seu encaminhamento aos serviços de maior aporte de recursos.

A articulação entre governo federal, estadual e municipal: entre encontros e desencontros

A resposta articulada entre governo federal através do Ministério da Saúde, governo estadual através Secretaria Estadual e dos Núcleos Regionais de Saúde e governo municipal por meio das respectivas secretarias municipais de saúde foi considerada ao longo da pandemia como elemento estratégico para mitigação da emergência em saúde. A percepção dos gestores entrevistados quanto a articulação entre governo federal, estadual e municipal revela momentos de encontros e desencontros:

O Ministério da Saúde apoiou os estados da federação para o enfrentamento à COVID, no seu início principalmente, inicialmente com custeio, com verbas de fontes específicas de COVID, para que os estados e os municípios pudessem desenhar os seus próprios planos de enfrentamento, ele não norteia, ele não desenha como deveria ser, ele manda o recurso. (R3)

[...] eu não me recordo agora quantos são os HPPs na Bahia, mas provavelmente passa de duas centenas de hospitais no estado. Então, não houve essa articulação direcionada com gestores e secretários municipais, mas a gente fazia com que a informação norteadora chegasse através das

notas técnicas emitidas pelo COIS, tanto com orientações assistenciais, como de fluxos e envios de pacientes (R2)

Uma questão que surgiu no tocante a articulação do cuidado por parte das instâncias governamentais foi a questão do custeio, principalmente, para aquisição de equipamentos:

“[...] houve um singelo gesto do Ministério, muito aquém do que nós precisávamos, se o estado não tivesse recorrido à aquisição de respiradores, [...] que estavam em curso e a gente acabou deslocando e destinando todos para a pandemia, para o enfrentamento da pandemia. Então, com o envio de respiradores, nós pudemos posicionar nas salas vermelhas de HPP e nesses PA COVID, a assistência mínima para os pacientes com insuficiência respiratória.” (R3)

Percebe-se que o planejamento estratégico do ponto de vista de organização da assistência e as determinações estruturantes para operacionalização da gestão hospitalar não eram tomadas somente em uma instância, segundo o relato dos gestores estaduais:

“[...] na verdade a maioria das situações que eram mais estruturantes, elas eram discutidas no COES pela própria DAE, que é a Diretoria de Atenção Especializada [...] (R2)

“[...] a SESAB, quando ela planejou a assistência ao COVID, desde a porta de acesso, isso muito mais mediado pela DAE, no plano de enfrentamento do Estado à COVID, e ela colocou o primeiro acesso, o PA COVID, esse PA COVID seriam UPA ou a emergência dos HPP, e depois os hospitais de retaguarda e depois os hospitais especiais com terapia intensiva, a SESAB coloca o HPP como porta de entrada na assistência. (R1)

Perspectivas futuras na continuidade do cuidado

Considerando a possibilidade de novas emergências em saúde pública, muitos gestores apontaram um conjunto de perspectivas quanto aos HPP na ofertada do cuidado, sobretudo, as potencialidades que esses equipamentos possuem se bem equipados e financiados:

“[...] Então eles foram fundamentais, eu acho que consolidou e provou mais ainda de que realmente a gente precisa desses hospitais e para eles, eles mesmos no dia a dia eles viram o quanto eles podem fazer mais, o quanto eles precisam estar estruturados, mesmo que não seja na parte, por exemplo, intensiva, no sentido de: ah eu preciso de um médico especialista, uma UTI, mas que você tenha um monitor, um ventilador, uma sala de emergência, uma equipe capacitada, uma equipe que saiba atender um paciente infartado, uma equipe que saiba tratar um paciente que chega com hemorragia digestiva... E a gente observou isso na prática mesmo, a gente viu que muitos desses municípios que não tinham essa capacidade hoje conseguem estabilizar esse paciente, consegue dar uma chance para esse paciente chegar a uma unidade de maior complexidade. (R2)

Outros também apontaram o legado deixado pela pandemia a esses equipamentos de saúde, seja pela estruturação física seja pela qualificação da assistência:

[...] que a gente observa é que esses municípios que se destacaram e estão se mantendo no sentido de querer fazer mais coisa, viu que podia fazer. Muitos desses municípios hoje estão ganhando aí, conseguindo fazer cirurgias ortopédicas, cirurgias pequenas, que antes não faziam e de um ano e meio para cá, uma hora para outra conseguir angariar isso aí. (R3)

Porque assim, máscara não reinalante o hospital lá não tinha e eles nem sabiam o que era praticamente... foram coisas que compramos depois [...] Então, assim, equipamos melhor o hospital, treinamos melhor os funcionários. Hoje em dia ficou esse legado para a população, porque eles têm lá hoje duas salas, duas salas vermelhas, temos dois respiradores que ficaram para o hospital e para a população em geral, chegaram ambulâncias novas.. (M7)

...] e a cidade em si ganhou muito de certa forma. Perdeu de uma forma e ganhou a modernização do hospital, agora mesmo raio-x já estamos colocando para funcionar de novo. Temos eletro, temos a sala vermelha, tem tudo isso aí que antigamente a gente não tinha e que começou a funcionar e vai ficar funcionando agora ainda e não vai parar. (M8)

Embora muitos gestores tenham reconhecido potencialidades no tangente a atuação dos HPP para além do contexto da pandemia, outros trouxeram questões importantes para pensar a estruturação das redes e o papel desses equipamentos:

Não cabe em cidades pequenas, vizinhas, com poucas distâncias, cada uma ter um HPP com baixa resolutividade. Eu acho que desenho de rede, pensamento por linha de cuidado e fluxos assistenciais e, sobretudo, rediscutindo o custeio dessas unidades, uma vez que elas são baseadas no seu custeio, numa tabela SUS, com o custo muito superior ao recebimento, à receita desses hospitais, isso contribui para a baixa resolutividade dos hospitais. (R3)

Discussão

Os resultados das entrevistas com os gestores abrangem vários temas ligados às grandes questões que permeiam o desempenho da rede hospitalar no Brasil e o próprio histórico das políticas de saúde do país, revelando os significados, valores, sentidos e experiências que envolvem diretamente a assistência hospitalar no país. No cenário brasileiro, os HPP são considerados como equipamentos assistenciais de baixa complexidade e de baixa densidade tecnológica, assumindo taxa de ocupação incipiente na maioria dos hospitais desse porte¹¹. Embora possua alta capilaridade e distribuição significativa no território brasileiro, ao longo do tempo tem se mostrado com uma baixa capacidade de resolutividade, conferindo aos sistemas locais de saúde uma baixa eficiência¹¹. Na Bahia, o cenário era bem ilustrativo do que acontecia

no interior do Brasil, com equipamentos espalhados pelo seu território, com baixo desempenho traduzido por baixas taxas de ocupação em todas as unidades¹⁷.

A equalização entre eficiência e acesso é uma questão que vem sendo debatida ao longo dos últimos anos referente a estrutura hospitalar brasileira¹¹ e que também foi apresentada nas falas dos entrevistados. No contexto da pandemia, conforme evidenciado pelos gestores, esses hospitais foram, no primeiro momento, os únicos equipamentos de saúde de acesso imediato, responsáveis pela avaliação inicial, triagem e classificação de risco, sobretudo dos pacientes que evoluíram com necessidade de hospitalização e estabilização clínica. Nota-se que nos municípios estudados, o HPP se tornou um dos principais pontos de atenção não apenas no cuidado a infecção, mas também na continuidade da atenção de outras condições crônicas, como evidenciado pelos gestores dessa pesquisa.

Sobre esse ponto, Souza *et al.*¹⁸ ao avaliarem os valores sociais e a atuação dos HPP nas RAS do estado do Paraná também evidenciaram que embora esses equipamentos comprometam grande percentual orçamentário do setor saúde nesses municípios e possuam desempenho incipiente, os gestores entrevistados reconhecem que esses HPP são de suma importância para a organização dos serviços de saúde e para a consolidação de uma boa gestão política no município, elemento também fortalecido pelos gestores baianos no contexto da pandemia.

A literatura nacional que discute a questão do HPP no contexto brasileiro tem se ancorado no referencial teórico de Pierre de Bourdieu^{11,18,19}, sobretudo, apontando o capital simbólico e poder político que essas estruturas possuem nos municípios de pequeno porte. Isso decorre da construção cultural em torno da figura simbólica do hospital, inclusive a partir de uma visão hospitalocêntrica do cuidado em saúde ainda muito enraizada na sociedade, elemento que ratifica a manutenção desses equipamentos enquanto sinônimo de acesso e resolutividade do cuidado à saúde da população, exercendo um poder de valorização social da presença do hospital nesses municípios¹⁸.

Quanto a articulação entre as três esferas, as falas dos gestores apontaram que apesar do Ministério da Saúde apoiar as intervenções através de transferência de recursos relacionados ao custeio, não houve um planejamento estratégico com relação aos planos de ação da atenção hospitalar no enfrentamento da covid-19, com

ações coordenadas com os estados e municípios. Em um primeiro momento, notou-se uma busca por estruturação dos serviços de saúde onde não havia previamente capacidade para tal. Uma tentativa de descentralizar essa assistência e facilitar o acesso, sempre pautada pelo receio de um colapso iminente do sistema. Em seguida, houve aquisição de equipamentos como ventiladores pulmonares pela gestão federal em investimento muito aquém da necessidade estabelecida.

Santos *et al.*²⁰, ao analisarem a agenda governamental estratégica para enfrentamento da COVID-19 no Brasil, com foco na atenção hospitalar, observou convergências entre os níveis nacional e estaduais quanto às propostas de reorientação do fluxo de atendimento, detecção dos casos e indicação de hospitais de referência, entretanto, destacou a existência de fragilidades dos sistemas estaduais de saúde e reduzida coordenação do Ministério da Saúde no processo de enfrentamento da COVID-19 no Brasil.

Independente da necessidade de união de esforços de todas as esferas do poder público, depreendeu-se a partir da fala dos gestores, que houve certa necessidade de uma iniciativa local rápida e assertiva no sentido de construir os elementos necessários e possíveis no combate à progressão do quadro da pandemia. Os resultados evidenciam que com a chegada da pandemia da covid-19, todo o mapeamento de rede, oferta de serviços e adequações tiveram que ser acelerados e, por vezes, faltou ao gestor local a percepção de necessidade de ações sistêmicas, coletivas e coordenadas. As decisões da alta gestão estadual aconteciam em paralelo com uma preparação também nos municípios. Nesse contexto, os HPP tiveram um papel de relevância, assumindo dentro das comunidades locais todas as instâncias de prestação de cuidados aos pacientes acometidos pelo coronavírus.

A capacidade de responder a demanda exigida pela emergência de uma infecção respiratória totalmente desconhecida e com alto grau de contaminação levou os gestores a repensarem o processo de estruturação da RAS, visando garantir acesso a avaliação inicial e melhoria da resolutividade de seus hospitais, melhoria na qualificação da assistência e isso demandou investimentos em estrutura física, equipamentos, medicamentos e insumos, além de capacitação profissional em tempo hábil para o combate a uma doença desconhecida.

Embora se reconheça que a ausência de políticas integradas e de uma coordenação nacional tenha levado à adoção de diferentes estratégias por parte dos estados²¹, nessa pesquisa evidenciou-se que, conforme gestores estaduais entrevistados, o processo decisório e as consequentes execuções das ações eram em sedes colegiadas onde a intersectorialidade teve muita relevância. Ressalta-se que, além de iniciativas para enfrentar um “inimigo desconhecido” ainda havia o grande obstáculo a ser transposto que era o subfinanciamento crônico do SUS. Na Bahia, através de diversos órgãos componentes de sua estrutura, a Secretária do Estado da Bahia (SESAB) organizou a linha de cuidado da covid-19²².

Cabe lembrar que, ao longo da história do parque hospitalar nacional, os HPP têm financiamento e custeio comprometidos, com boa parte de seu funcionamento sendo mantido com recursos próprios de municípios incapazes do ponto de vista financeiro, uma vez que, os recursos do Ministério da Saúde indexados pela tabela SUS, há muito defasada, não são suficientes para que os HPP tenham adequada resolutividade às mínimas demandas²³⁻²⁷. Durante a pandemia, essa discrepância foi ainda mais evidenciada, conforme fala dos entrevistados.

O custeio dessas pequenas unidades hospitalares é um problema latente desde a sua criação que antecede a formação do próprio SUS^{10,11}. Mesmo a manutenção de uma estrutura mínima como é assegurada pela legislação própria da Política de Atenção Hospitalar, é muito alta para os municípios de pequeno porte, concepção reforçada pela literatura.

Ao mesmo tempo, observou-se também que o investimento na estruturação desses equipamentos de saúde promoveu a melhoria da assistência nas unidades, sua resolutividade e diminuição do impacto no sistema, reafirmando a necessidade de repensar a política de assistência hospitalar brasileira.

Conclusão

Os HPP dos municípios estudados neste estudo, na visão dos gestores, assumiram papel fundamental no enfrentamento da covid-19 no contexto localregional, seja por atuação direta ou indireta na assistência aos pacientes covid-19 positivo e pacientes com outras condições clínicas que demandaram cuidado hospitalar. Porém, observou-se um subaproveitamento da sua demanda e capacidade

resolutiva visto inexistência de estruturação dos fluxos assistenciais e baixa coesão política entre governo federal, estadual e municipal.

Algumas limitações deste estudo merecem ser destacadas: não foram incluídos atores-chaves de municípios de grande porte e de hospitais de referência de pacientes graves, fator que inviabiliza confrontar informações segundo a percepção de outros atores que também compõem o cenário de implementação de resposta à pandemia; as entrevistas foram realizadas após as duas primeiras ondas da pandemia, fator que pode ter influenciado a percepção dos gestores quanto a eficiência desses equipamentos, visto que após a segunda onda a RAS teve maior tempo para se estruturar. Mesmo com tais limitações, deve-se reconhecer que este estudo traz considerações importantes para pensar a questão da rede hospitalar brasileira, sobretudo, quanto ao papel dos HPP no manejo de condições graves

Ainda que com a propagação da covid-19 nos municípios de pequeno porte, os sistemas de saúde locais criaram estratégias para reorganização da RAS, adoção de medidas de mitigação da propagação através da valorização dos equipamentos de saúde presentes no território, como foi o caso do HPP. Isso se deu de formas diversidades no contexto da macrorregião estudada, porém foi comum a estruturação física dos hospitais e maior capacitação das equipes para manejo dos pacientes graves. Deve-se reconhecer também que este estudo corrobora com a literatura quanto a subutilização dos HPP, enquanto equipamentos de saúde potentes para assistência à saúde em municípios de pequeno porte.

Espera-se que outros estudos que busquem elucidar quais as contribuições que esses equipamentos forneceram em outras regiões de saúde do país, bem como seu papel na RAS, sobretudo, considerando futuras emergências em saúde pública.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2020 fev 4; Seção Extra:1. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>

2. World Health Organization. COVID-19 Strategic preparedness and response plan operational planning guidelines to support country preparedness and response. Genebra: WHO, 2020.
3. World Health Organization. Strengthening the health systems response to COVID-19: technical guidance #2: creating surge capacity for acute and intensive care. Genebra: WHO, 2020b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/3325622>.
4. World Health Organization. Oxygen sources and distribution for COVID-19 treatment centres: interim guidance, 4 April 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.
5. Moghadas SM, Shoukat A, Fitzpatrick MC, Wells CR, Sah P, Pandey A, et al. Projecting hospital utilization during the COVID-19 outbreaks in the United States. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2020; 117:9122-6.
6. Walker PGT, Whittaker C, Watson O, Baguelin M, Ainslie KEC, Bhatia S, et al. The global impact of COVID-19 and strategies for mitigation and suppression. <https://spiral.imperial.ac.uk:8443/handle/10044/1/77735>
7. Rache B, Nunes L, Rocha R, Lago M, Fraga A. Como conter a curva no Brasil? Onde a epidemiologia e a economia se encontram. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; 2020. (Nota Técnica, 4).
8. Rache B, Rocha R, Nunes L, Spinola P, Massuda A. Para além do custeio: necessidades de investimento em leitos de UTI no SUS sob diferentes cenários da Covid-19. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; 2020. (Nota Técnica, 7).
9. Noronha K, Guedes G, Turra C, Andrade M, Botega L, Nogueira D, Calazans JA, Carvalho L, Servo L, Ferreira MF. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cad Saúde Pública* 2020; 36(6):e00115320.
10. Santos TBS, Pinto ICDM. Política nacional de atenção hospitalar: con(di)vergências entre normas, conferências e estratégias do executivo federal. *Saúde Debate*, 2017; 41 (3): 99-113.
11. Ugá MAD, López EM. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Ciênc saúde coletiva [Internet]*. 2007Jul;12(4):915–28.

12. Castro MC, Carvalho LR, Chin T, Kahn R, Franca G, Macario EM, et al. Demand for hospitalization services for COVID-19 patients in Brazil. medRxiv 2020; 1 abr. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.30.20047662v1>
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2018.
14. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informações de Saúde: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES.
15. Jesus WLA de, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010Jan;15(1):161–70.
16. Turrini, R. N. T., Lebrão, M. L., & Cesar, C. L. G.. (2008). Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Cadernos De Saúde Pública, 24(3), 663–674.
17. Barretto LD, Freire RC. Tendências da atenção hospitalar no sus da Bahia: uma análise de 2006 a 2009. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 35, n. 2, p. 334- 347, abr./jun. 2011.
18. Souza FEA de, Nunes E de FP de A, Carvalho BG, Mendonça F de F, Lazarini FM. Atuação dos hospitais de pequeno porte de pequenos municípios nas redes de atenção à saúde. Saude soc [Internet]. 2019Jul;28(3):143–56. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019181115>
19. Souza FEA, Nunes EPA, Carvalho BG, Mendonça FF, Narciso AMS, Domingos CM. O poder simbólico e a gestão dos hospitais em municípios de pequeno porte. Rev Gerenc Polit Salud. 2021;20. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.psg>
20. Santos, Thadeu Borges Souza et al. Contingência hospitalar no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: problemas e alternativas governamentais. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 26, n. 4 [Acessado 25 Janeiro 2024] , pp. 1407-1418. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.43472020>>.
21. Castro JL de, Magnago C, Belisário SA, Ribeiro S da S, França T, Pinto IC de M. A gestão da pandemia de covid-19 e as suas repercussões para o gestor do SUS.

Saude soc [Internet]. 2023;32:e230491pt. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023230491pt>

22. Bahia. Secretaria Estadual de Saúde de Bahia. Plano Estadual de Contingência para enfrentamento do SARS-CoV-2. Versão nº 03. Bahia, junho de 2021. 3ª edição, 2ª revisão - Bahia, 2021.

23. Cunha CLF, Bahia L. Construção de hospitais de pequeno porte como política de saúde: um caso emblemático no estado do Maranhão, Brasil. *J Manag Prim Health Care*, v. 5, n. 2, p. 249-254, 2014.

24. López EM. Uma revisão do papel dos hospitais de pequeno porte no sistema único de saúde (SUS). 2004. 131p. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

25. Mansur MC. O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990. 2001. 119p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, 2001.

Disponível em:

<https://portaldeseres.iciict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2001/mansurmcm/pdf/capa.pdf>.

26. Santos TBS, Pinto ICM. Política nacional de atenção hospitalar: con(di)vergências entre normas, conferências e estratégias do executivo federal. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 99-113, set. 2017. Doi: 10.1590/0103-11042017S308

27. Souza FEA. de. Hospitais em municípios de pequeno porte: sua inserção no SUS. 2019. 147p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, 2019.

Agradecimentos

Aos profissionais que disponibilizaram seu tempo e confiaram a nós, pesquisadores, as angústias, incertezas, aflições e medos durante o enfrentamento da pandemia da covid-19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*O Acaso modifica o Necessário.
O sujeito constrói e desconstrói necessidades durante todo o tempo. Sujeitos sustentam
necessidades caducas e concretizam desejos impensáveis. Assim tem sido.
(Campos,2000:113)*

Preciso iniciar afirmando que a conclusão deste trabalho, assim como seu processo de elaboração foi doloroso. Mas mantive o ímpeto de finalizá-lo, não apenas por mim, mas por todos os sujeitos de pesquisa que confiaram a mim seus discursos, suas angústias, incertezas, inseguranças, desafios, estratégias e alegrias que foi o período da pandemia da covid-19. Me comprometi para que possamos olhar para os HPP considerando sua devida importância e potencialidade dentro da RUE nos territórios brasileiros, especialmente, nos interiores Brasil a fora. Finalizei pelos pacientes que perdemos e pelos que não queremos perder caso outra pandemia venha a acontecer.

Nesta minha trajetória de pesquisa em busca das marcas da covid-19 na assistência e na gestão dos HPP no estado da Bahia, caminhei e ouvi gestores e profissionais angustiados e, ao mesmo tempo, vitoriosos. Muitas vezes, caminhei por estradas não pavimentadas, tanto na literatura quanto na escuta direta desses sujeitos. Empaquei em alguns momentos, pois muitas vezes me vi representado nos discursos que me foram confiados. Essa pesquisa manteve o meu desejo e inquietação em compreender esses equipamentos assistenciais, aproximando-me do meu objeto inicial que era lançar algumas luzes sobre o papel desses hospitais na RUE. Certamente, tomei como recorte um período de tempo peculiar que foi a pandemia da covid-19, mas de tudo que foi dito pelos sujeitos de pesquisa e a partir da análise das entrevistas, acreditamos que algumas questões podem ser pontuadas:

- Os Hospitais de Pequeno Porte dos municípios estudados nesta dissertação assumiram papel fundamental no enfrentamento da covid-19 no contexto locorregional, seja por atuação direta ou indireta na assistência aos pacientes covid-19 positivo e pacientes com outras condições clínicas que demandaram cuidado hospitalar.
- Faltou uma orientação mais robusta e direcionada por parte do governo federal e estadual na definição desses equipamentos de saúde no contexto municipal,

considerando que o processo de articulação federal e organização da rede hospitalar foi pouco diretivo. Entretanto, reconhecemos que alguns municípios relataram a construção de fluxos assistenciais considerando o HPP como estrutura de saúde estratégica no processo de enfrentamento da pandemia.

- Muitos gestores reconheceram que, no início da pandemia, havia um contexto de despreparo por parte dos profissionais de saúde que atuavam nos HPP para manejo dos casos, sobretudo, pelo ineditismo da infecção pelo Sars-CoV-2, fator que foi sendo ajustado quando mais conhecimentos foram sendo elucidados.
- Houve um estímulo à capacitação das equipes, sobretudo, para manejo de pacientes mais graves, fator que poderá se tornar elemento propulsor para formação continuada de equipes de HPP no manejo de pacientes críticos.
- A saúde mental dos gestores que estão à frente desses equipamentos também foi um elemento presente durante as entrevistas e ressaltada pelos entrevistados, sobretudo, pelo papel político que, em geral, os cargos de gestão nos municípios de pequeno porte assumem.
- Todos destacaram que embora os HPP possuíssem estruturas limitadas para o manejo do paciente crítico, ele serviu como equipamentos de retaguarda no atendimento inicial, estratificação do risco e estabilização do paciente.
- Notou-se que a troca de experiências com os demais colegas, isto é, com outros gestores de HPP não foi um elemento destacado por muitos entrevistados. Entretanto, reconhecemos que essa troca poderia ter sido muito salutar.
- De forma similar estes gestores identificaram, retrospectivamente, a ausência de estímulo a estruturação física e de equipamentos de saúde a esses HPP anteriormente a pandemia, visto que durante o curso da emergência muitos não possuíam equipamentos básicos necessários para assistência ao paciente grave.
- Há a percepção de que um investimento maior nos HPP é necessário. Todos identificam potencialidades do HPP no enfrentamento da pandemia, especialmente, na continuidade do cuidado frente a pressão por leitos que os hospitais de referência estavam recebendo. Entretanto, notou-se um subaproveitamento da sua demanda e capacidade resolutiva visto baixo grau de estruturação dos fluxos assistenciais, coesão política entre governo federal, estadual e municipais.

Por trás de todas estas considerações fica muito claro que há uma série de questões que assegura o HPP como um equipamento de saúde importante no enfrentamento da pandemia da covid-19 nos municípios estudados. Nessa direção, algumas reflexões foram construídas durante o processo de elaboração dessa dissertação e que podem, em maior ou menor grau, estimular um melhor direcionamento no que tange a reestruturação da política de atenção hospitalar do SUS, bem como do papel do HPP na RAS: 1) A organização em rede e a potencialização dos recursos já disponíveis no território, no contexto de emergências de saúde pública, é fator fundamental para o enfrentamento e melhoria da assistência à saúde; 2) Do ponto de vista federal, reconhecemos a necessidade e urgência da reformulação do modelo de assistência hospitalar vigente, reconsiderando a estrutura dos HPP espalhados por todo o país, bem como sua alta capilaridade territorial, suas limitações físicas e estruturais, espera-se que o Governo do Estado faça alguma intervenção no modelo vigente dos HPP; 3) Dada a realidade da RAS nos municípios de pequeno porte, há uma necessidade de que os HPP sejam resolutivos mesmo na baixa complexidade, o que parece não estar ocorrendo; 4) Do ponto de vista estadual, a Central Estadual de Regulação sofre uma contínua pressão pela alta demanda, o investimento nos HPP poderiam melhorar a resolução dos problemas dos fluxos assistenciais, bem como diminuir a demanda dos hospitais de referência e auxiliar o processo de regulação realizado pela CER; 5) O hospital também poderia funcionar como retaguarda para os pacientes oriundos dos hospitais regionais de maior complexidade, com unidades de retaguarda.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Z. B. de. **Hospitais de pequeno porte em Santa Catarina**: um panorama quanto à humanização, acesso e participação nas decisões. 2016. p. 128. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, SC, 2016.

BAHIA (Estado). Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). **Macrorregiões de Saúde da Bahia**. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp. Acesso em: 20 set. 2019.

BAHIA (Estado). Secretaria de Comunicação Social do Estado da Bahia (SECOM). **Entenda as medidas de combate ao coronavírus na Bahia**. Disponível em: <http://www.secom.ba.gov.br/2020/03/152898/Entenda-as-medidas-de-combate-ao-coronavirus-na-Bahia.html>. Acesso em 05 set. 2020.

BARATA, R. BARRADAS. O campo científico da saúde coletiva. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 133, p. 473–486, jan. 2022.

BARBOSA, A. C. Q. Vínculos profissionais em hospitais de pequeno porte brasileiros. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, FGV, EAESP, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 178-195, mar./abr. 2017. Doi: 10.1590/S0034-759020170207

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. São Paulo: Ed. 70, 2016.

BARRETTO, L. D.; FREIRE, R. C. Tendências da atenção hospitalar no sus da Bahia: uma análise de 2006 a 2009. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 334-347, abr./jun. 2011.

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. do C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva Hospital. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 19-30, jan. 2006.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Tradução: Fernando Tomaz. Lisboa: DIFEL, 1990.

BOURDIEU, Pierre. O poder simbólico. Trad. Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BOURDIEU, Pierre. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

BOURDIEU, Pierre. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Tradução de Mariza Corrêa. Campinas: Papyrus, 1996.

BOURDIEU, Pierre. A economia das trocas simbólicas 5. Ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Caracterização dos Municípios da microrregião de Vitória da Conquista, no Sudoeste da Bahia quanto ao HPP. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabba.def>. Acesso em: 20 set. 2019.

BRASIL. **Constituição Federal**, de 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 1990a. Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 1990b. Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. MS. CNS. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016.

BRASIL. MS. CNS. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. MS. GM. **Portaria nº 1.559**, de 2008. Política Nacional de Regulação.

BRASIL. MS. GM. **Portaria nº 1.600**, de 2011. Reformula a Política Nacional Urgências.

BRASIL. MS. GM. **Portaria nº 1044**, de 2004. Hospitais de Pequeno Porte.

BRASIL. MS. GM. **Portaria nº 2.224**, de 05 de dezembro de 2002.

BRASIL. MS. GM. **Portaria nº 3.390**, de 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar.

BRASIL. MS. GM. **Portaria nº 399**, de 2006. Pacto pela Vida.

BRASIL. MS. GM. **Portaria nº 4.279**, de 2010. Organização das Redes Assistenciais de Saúde.

CAMPOS, P. H. F.; LIMA, R. D. C. P.. Capital simbólico, representações sociais, grupos e o campo do reconhecimento. **Cadernos de Pesquisa**, v. 48, n. 167, p. 100–127, jan. 2018.

CARPANEZ, L.R, MALIK, A.M. O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: Os hospitais de pequeno porte.. Cien Saude Colet [periódico na internet](2019/Jul). [Citado em 10/12/2019]. **Está disponível em:**[http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-efeito-da-municipalizacao-no-sistema-hospitalar-brasileiro-os-hospitais-de-pequeno-
porte/17293?id=17293&id=17293](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-efeito-da-municipalizacao-no-sistema-hospitalar-brasileiro-os-hospitais-de-pequeno-porte/17293?id=17293&id=17293)

CECILIO, L. C. de O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 36-47, maio/jun. 1997.

CIDACS. FIOCRUZ. UFBa. **Painel Rede CoVida 2020**. Acesso em 27 de Julho de 2020. Disponível em: <https://painel.covid19br.org/>.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R.A. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (org). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 1997: 29-48.

CORRÊA, L. R. C. **Os hospitais de pequeno porte do sistema único de saúde brasileiro e a segurança do paciente**. 2009. 126f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2009.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução: Magda Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, C. L. F.; BAHIA, L. Construção de hospitais de pequeno porte como política de saúde: um caso emblemático no estado do Maranhão, Brasil. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 2, p. 249-254, 2014.

DAMAZIO, L.; GONÇALVES, C. A. **Desafios da gestão estratégica em serviços de saúde: caminhos e perspectivas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012

DUARTE, L. S.; PESSOTO, U. C.; GUIMARÃES, R. B.; HEIMANN, L. S.; CARVALHEIRO, J. da R.; CORTIZO, C. T.; RIBEIRO, E. A. W. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485, 2015. Doi: 10.1590/S0104-12902015000200007

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educ. rev.**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, Dec. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.357>.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a Hospitais Regionais de Urgência e Emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 345-369, 2013.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; REIS, Y. A. C. dos. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1508-1518, ago. 2010.

ELIAS, F. T. S.; PATROCLO, M. A. de A. Utilização de pesquisas: Como construir modelos teóricos para avaliação? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 215-227, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Caracterização dos Municípios da microrregião de Vitória da Conquista, no Sudoeste da Bahia quanto ao HPP. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/vitoria-da-conquista/panorama>. Acesso em: 20 set. 2019.

GOMES, R. D. O.; ALMEIDA JÚNIOR, A. S. D. Revisitando a noção de campo de Pierre Bourdieu para compreender a produção de conhecimentos da educação física brasileira. **Educação em Revista**, v. 38, p. e26794, 2022.

KERR, L. et al. COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] (2020/Ago). [Citado em 05/09/2020]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/covid19-no-nordeste-brasileiro-sucessos-e-limitacoes-nas-respostas-dos-governos-dos-estados/17729>

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LIMA, J. de C.; RIVERA, F. J. U. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2179-2189, out. 2006.

LIMA, J. de C.; RIVERA, F. J. U. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 323-336, fev. 2010.

LIMA, J. de C.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Análise do discurso argumentativo na coordenação de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 20, n. 56, p. 51-63, 2016. Doi: 10.1590/1807-57622014.1367

LÓPEZ, E. M. **Uma revisão do papel dos hospitais de pequeno porte no sistema único de saúde (SUS)**. 2004. 131p. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

MARTINEZ, F. W.; CAMPOS, J. A sociologia de Pierre de Bourdieu. **Revista Eletrônica da FEATI**, nº 11, 2015.

MANSUR, M. C. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. 2001. 119p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <https://portaldesicict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2001/mansurmcm/pdf/capa.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

MEDEIROS, C. R. G.; GERHARDT, T. E. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 160-170, dez. 2015. Doi: 10.5935/0103-1104.2015S005201

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

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15n5/2297-2305/pt>. Acesso em: 20 set. 2019.

MENDES, J. D. V.; CECILIO, M. A. M.; OSIANO, V. L. R. L. Hospitais de pequeno porte no SUS do estado de São Paulo. **BEPA**, v. 11, n. 128, p. 25-40, 2014.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: MS, 1965.

NASCIMENTO, A. A. M do; DAMASCENO, A. K.; SILVA, M. J. da; SILAVA, M. V. S. da; FEITOZA, A. R. regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 346-352, 2009.

NATIVIDADE, Marcio dos Santos et al. Distanciamento social e condições de vida na pandemia COVID-19 em Salvador-Bahia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 9, p. 3385-3392, set. 2020 . DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.22142020>.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 6, e00115320, 2020 . DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00115320>.

OLIVEIRA, R. R. de; ELIAS, P. E. M. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 571-576, 2012

OLIVEIRA, Wanderson Kleber de et al. Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. v. 29, n. 2 [Acessado 20 Julho 2020] , e2020044. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>>. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>.

POUPART, J.; DESLAURIERS, J. P.; GROULX, L. H.; LAPERRIÉRE, A. MAYER, R.; PIRES, A. P. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. (Coleção Sociologia).

RAMOS, M. C. de A.; CRUZ, L. P. da.; KISHIMA, V. C. K.; POLLARA, W. M.; LIRA, A. C. O. de.; COUTTOLENC, B. F. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 49, n. 43, p. 1-10, 2015. Doi:10.1590/S0034-8910.2015049005748

ROTTA, C. S. G. **Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial**. 2004. 143p. Tese (Doutorado) – Faculdade de saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2004.

SANTOS, A. M. dos. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde**. 2013. 332f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, A. M. dos.; ASSIS, M. M. A. Processo de regionalização da saúde na Bahia: aspectos políticos-institucionais e modelagem dos territórios sanitários. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional G&DR**, Taubaté, SP, Brasil, v. 13, n. 2, p. 400-422, maio/ago. 2017.

SANTOS, T. B. S.; PINTO, I. C. de M. Política nacional de atenção hospitalar: con(di)vergências entre normas, conferências e estratégias do executivo federal. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 99-113, set. 2017. Doi: 10.1590/0103-11042017S308

SAUTER, A. M. W.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; KOPF, A. W. Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao pacto pela saúde. **Reme – Rev. Min. Enferm.**, v.16, n. 2, p. 265-274, abr./jun., 2012.

SILVA, G. S. da.; SAMICO, I.; DUBEUX, L. S.; FELISBERTO, E. Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 12, n. 4, p. 445-458 out./dez. 2012.

SILVA, J. P. T. Análise da eficiência de hospitais regionais em um estado do Nordeste. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 84-97, jan./mar. 2019. Doi: 10.1590/0103-1104201912006.

SILVA, S. F. Avaliando o Pacto pela Saúde: uma oportunidade estratégica para promover avanços no SUS? *Divulgação em Saúde para Debate*, Riode Janeiro, n.46, p. 27-31, maio 2010.

SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SOUZA, F. E. A. de. **Hospitais em municípios de pequeno porte: sua inserção no SUS**. 2019. 147p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, 2019.

SOUZA, F. E. A. de; NUNES, E. de F. P. de A.; CARVALHO, B. G.; MENDONÇA, F. de F.; LAZARINI, F. M. Atuação dos hospitais de pequeno porte de pequenos municípios nas redes de atenção à saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.28, n.3, p.143-156, 2019. Doi: 10.1590/S0104-12902019181115

TAJRA, F. S.; PONTES, R. J. S.; CARVALHO, F. H. C. Interlocutions about Regionalization, Health Care Networks and Regulation. **Rev Enferm**, UFPI, v. 5, n. 4, p. 7-12, Oct./Dec. 2016.

TORRES, S. F. de S.; BELISÁRIO, S. A.; MELO, E. M. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.24, n.1, p.361-373, 2015. Doi: 10.1590/S0104-12902015000100028

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

VIANA, A. L. d'Á.; FERREIRA, M. P.; CUTRIM, M. A.; FUSARO, E. R.; SOUZA, M. R. de.; MOURÃO, L.; PEREIRA, A. P. C. de M.; MOTA, P. H. dos S.; IOZZI, F. L.; UCHIMURA, L. Y. T. O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**,

Recife, v. 17, n. Supl.1, p. S45-S61, out. 2017. Doi: 10.1590/1806-9304201700S10000

VIANA, A. L. d'Á.; BOUSQUAT, A.; FERREIRA, M. P.; CUTRIM, M. A. B.; UCHIMURA, L. Y. T.; FUSARO, E. R.; SOUZA, M. R. de.; MOTA, P. H. dos S.; PEREIRA, A. P. C. de M.; IOZZI, F. L.; ALBUQUERQUE, M. V. de. Região e Redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 17, n. Supl.1, p. S17-S26 out., 2017. Doi: 10.1590/1806-9304201700S100002

VIANA, A. L. d'Á.; BOUSQUAT, A.; MELO, G. A.; NEGRI FILHO, A. de.; MEDINA, M. G. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018.

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

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

APÊNCIDES APÊNDICE A - TCLE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR DE SAUDE
CAMPUS ANISIO TEIXEIRA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAUDE COLETIVA**



Você está sendo convidado a participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Papel do Hospital de Pequeno Porte no enfrentamento da pandemia da Covid-19”, por fazer parte da rede assistencial do SUS no estado da Bahia e por ser um ator chave no processo de enfrentamento da pandemia da COVID-19 no seu município. Este estudo é desenvolvido pelo mestrando Geovani Moreno Santos Júnior, sob orientação da Prof. Dra. Poliana Cardoso Martins, que terá como resultado a dissertação, que é requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Objetiva-se com esse estudo compreender o papel dos Hospitais de Pequeno Porte como componente da Atenção Hospitalar no enfrentamento a pandemia pela COVID19 no estado da Bahia. E, de maneira mais específica, examinar esta situação na região de saúde de Vitória da Conquista, no sudoeste da Bahia.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a entrevista online, realizada por plataforma virtual (*Google Meet ou Skype*), em horário oportuno e com previsão de duração de cerca de 01 (uma) hora. A entrevista remota se faz necessária pela recomendação do distanciamento social, diante da situação da pandemia de COVID19. Todas as entrevistas serão realizadas por pesquisadores treinados. Apenas terá acesso à gravação de sua entrevista o pesquisador responsável pela transcrição da mesma para o formato de texto.

Para tal participação, não haverá compensação financeira, também não há previsão de realização de despesas pelo entrevistado. Os dados serão armazenados durante cinco anos na instituição a qual a pesquisa está vinculada e abaixo identificada.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais. O pesquisador responsável compromete-se a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos, de forma consolidada, sem qualquer identificação dos indivíduos participantes.

Cabe considerar que não há grandes prejuízos em participar desta pesquisa, caso você sinta algum tipo de constrangimento ou apreensão em responder as questões,

fique à vontade para não responder e garantimos que a situação será imediatamente minimizada e resolvida. Informamos que, a qualquer momento da pesquisa está franqueado o seu direito de finalizar a sua participação neste estudo, sem que isso acarrete qualquer tipo de prejuízo.

O benefício em participar desta pesquisa é o de possibilitar a melhor compreensão de como o HPP vem atuando no enfrentamento da pandemia da Covid-19, desta forma, contribuir com a melhor organização do sistema e possível melhoria na qualidade da assistência, bem como, com o avanço científico na área da saúde coletiva.

Em caso de sua concordância em participar desta pesquisa, assine ao final do documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável. Seguem os telefones e endereço institucional do pesquisador e do Comitê de ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Caso aceite participar do estudo, uma cópia deste TCLE será imediatamente enviada para o seu e-mail com assinatura do pesquisadores responsável.

Endereço e contato da pesquisadora responsável: Poliana Cardoso Martins, polianamartins@ufba.br, (77) 991407066 UFBA/CAT/IMS localizado à Rua Hormindo Barros 58 – Quadra 17 – Lote 58, Bairro Candeias, Vitória da Conquista – Bahia.

Endereço e contato do CEP: Email: cepims@ufba.br. Universidade Federal da Bahia - Instituto Multidisciplinar em Saúde - Campus Anísio Teixeira. Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58 - Bairro Candeias | CEP: 45.029-094 | +55 77 34292720 | Vitória da Conquista - BA | Brasil

Assim, “ Ao clicar no botão abaixo, o(a) Senhor(a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador”.

Email *: _____

*Caso concorde em participar do estudo, você receberá por e-mail uma cópia deste TCLE que poderá ser impresso, como comprovante do mesmo, e nele deve constar

o link da página de onde estará impresso, constando o timbre e logotipo da instituição proponente.

◆ Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar

Geovani Moreno Santos Júnior
E-mail: g.moreno2011@hotmail.com
Pesquisador Mestrando

Poliana Cardoso Martins
E-mail: policmartins@gamil.com
Pesquisador Responsável

APÊNCIDE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR DE SAUDE
CAMPUS ANISIO TEIXEIRA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAUDE COLETIVA**



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO

Eu _____, CPF: _____
_____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores Geovani Moreno Santos Júnior, sob orientação da Prof. Dra. Poliana Cardoso Martins, do projeto de pesquisa intitulado “Papel do Hospital de Pequeno Porte no enfrentamento da pandemia da Covid-19” a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Geovani Moreno Santos Júnior
E-mail: g.moreno2011@hotmail.com
Pesquisador Mestrando

Poliana Cardoso Martins
E-mail: policmartins@gamil.com
Pesquisador Responsável

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista com informantes

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES DOS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE

Este instrumento é organizado em 2 sessões, na primeira vamos avaliar a infraestrutura física, recursos humanos e tecnológicos disponíveis no HPP; na segunda, vamos analisar o processo de enfrentamento da COVID-19.

1- Descritivo da estrutura

1.1 Há quanto tempo o hospital está em funcionamento?

1.2 Quantos leitos possui?

1.3 Quais os equipamentos que dispõe nos leitos de emergência (monitor multiparâmetros e ventilador pulmonar)?

1.3 Quais as especialidades que atende?

1.4 Possui leitos de isolamento?

1.5 Quais os equipamentos diagnósticos que possui (laboratório, radiologia, eletrocardiógrafo)?

1.6 Possui equipamento ventilatório para suporte não invasivo?

1.7 Como é feito o fornecimento de oxigênio da unidade?

(Entrevistador: nestas questões é importante estabelecer qual a condição prévia da unidade ao enfrentamento a COVID)

2- Analítico do processo de enfrentamento ao COVID19

2.1- Como esse hospital enfrentou/está enfrentando o processo da pandemia COVID?

2.2- Principais desafios encontrados por vocês neste processo?

(Entrevistador: nesta pergunta queremos compreender sobre: recursos humanos, recursos materiais, falta de controle da propagação da doença, pressão popular e do comércio, o ano eleitoral como momento em que a pandemia se coloca a falta de diretrizes clara do cuidado, o uso de medicação e protocolos de profilaxia do covid, agravamento de doenças crônicas pela dificuldade de cuidado).

2.3- Principais contribuições que essa estrutura ofereceu ao cuidado à pessoa com COVID?

(Entrevistador: nesta pergunta queremos compreender sobre: desafogar o hospital de referência com maior porte, manter o usuário estável, prevenir o agravamento da doença)

2.4- Como você avalia a atuação deste hospital no contexto da rede de cuidado SUS, após o controle da pandemia?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES E DIRETORES ESTADUAIS

1 - Analítico do processo de enfrentamento ao COVID-19 específico para o Gestores e Diretores Estaduais

2.1- Como se pensou na forma de atuação do HPP no processo de enfrentamento da pandemia COVID?

Entrevistador: compreender se houve atenção para os componentes hospitalares de menor complexidade, que não dispõem de UTI.

2.2 - Qual a participação do Ministério da Saúde neste contexto? Houve convergência ou divergência?

Entrevistador: compreender se existe coordenação de ações entre estes entes.

2.3 - Existe algum direcionamento regional comandado pelo consórcio nordeste? Algo específico com relação a unidades hospitalares de pequeno porte?

2.4 - Como tem se dado a articulação junto aos gestores municipais para que haja uma potencialização do HPP neste contexto?

Entrevistador: compreender se existe coordenação de ações entre estes entes.

2.5 - Diferentemente do que se pensou no início, o internamento e assistência precoces, com conduta conservadora com relação a entubação e ventilação mecânica, potencializa o papel de unidades hospitalares menos complexas?

Entrevistador: investigar se houve mudança no direcionamento dado inicialmente, à medida que a doença se mostrava mais conhecida.

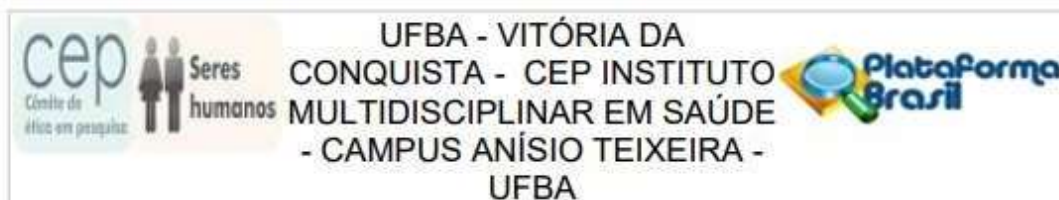
2.6 - Como se dá a articulação entre a SESAB e gestores municipais no que diz respeito à adesão de protocolos assistenciais e também de regulação dos pacientes?

Entrevistador: identificar o grau de adesão e implementação de protocolos que tiveram que ser criados rapidamente.

2.7 - Como você avalia a atuação do HPP no contexto da rede de cuidado SUS, após o controle da pandemia?

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O papel do Hospital de Pequeno Porte no enfrentamento da pandemia da COVID-19.

Pesquisador: POLIANA CARDOSO MARTINS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 40303020.8.0000.5556

Instituição Proponente: Instituto Multidisciplinar em Saúde-Campus Anísio Teixeira

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.466.440

Apresentação do Projeto:

O presente trabalho buscará compreender o papel do Hospital de Pequeno Porte na assistência às pessoas acometidas pelo COVID-19 no estado da Bahia. Trata-se de um estudo explicativo de natureza analítica e compreensiva que será desenvolvido através de análise documental, observação de campo e aplicação de entrevistas, investigando as concepções de gestores de hospitais de pequeno porte dos municípios e na inexistência destes, serão substituídos pelos secretários municipais de saúde, da Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia. A pesquisa se apresenta como um estudo de caso, descritivo e exploratório que analisará o papel do HPP na assistência às pessoas acometidas pelo COVID-19, no estado da Bahia e de maneira mais pormenorizada na região de saúde de Vitória da Conquista. No momento atual, os desafios decorrentes da pandemia da COVID-19, dentre eles a demanda aumentada por leitos de assistência hospitalar e o crescente processo de interiorização da doença coloca em risco a prestação de cuidado oferecido pelos hospitais de grande porte tornando urgente que os HPP assumam o cuidado dos pacientes mais estáveis com COVID-19 e outras doenças, objetivando desafogar os hospitais dos grandes centros e garantir assistência aos pacientes que demandam cuidados hospitalares.

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br