



O poder simbólico e a gestão dos hospitais em municípios de pequeno porte*

El poder simbólico y la gestión hospitalaria en municipios pequeños

The symbolic power and hospital management in small cities

Recepção: 06 de Fevereiro de 2020. **Aprovação:** 08 de Fevereiro de 2021. **Publicação:** 30 de Dezembro de 2022.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.psggh>

Francisco Eugenio Alves de Souza
Universidade Estadual de Londrina, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4803-5184>

Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes^a
Universidade Estadual de Londrina, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5873-7561>

Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3850-870X>

Fernanda de Freitas Mendonça
Universidade Estadual de Londrina, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3532-5070>

Argéria Maria Serraglio Narciso
Universidade Estadual de Londrina, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4960-3323>

Carolina Milena Domingos
Universidade Estadual de Londrina, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7725-1831>

Para citar este artigo: 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.psggh>

* Artigo de pesquisa.

^a Autora de correspondência. Correio eletrônico: alnunes.3@gmail.com



Resumo

Introdução. Nos pequenos municípios, a existência de hospitais de pequeno porte constitui-se mais em gerador de problemas do que de soluções. **Objetivo.** Compreender os aspectos que interferem na gestão dos hospitais de pequeno porte sob o enfoque de conceitos teóricos de Pierre Bourdieu. **Métodos.** Realizou-se um estudo qualitativo em hospitais de 14 municípios no norte do Paraná, Brasil. Foram utilizados dados secundários e entrevistas semiestruturadas com secretários de saúde e diretores dos hospitais. Finalmente, realizou-se uma análise compreensiva e interpretativa articulada às formulações de Bourdieu. **Resultados.** Os resultados foram organizados em duas categorias. A primeira tratou do desafio de manter um serviço de saúde que, além de gerar despesas onerosas, traz poucos resultados na prestação de serviços à população. A segunda revelou como o jogo político torna o processo de gestão dos hospitais de pequeno porte uma tarefa complexa e desafiadora. **Conclusões.** Apesar de os hospitais de pequeno porte não constituírem instituições eficientes para prover assistência à saúde para as populações às quais se destinam, têm-se mantido historicamente. Isso deve-se, por um lado, à influência do habitus coletivo cultural desse valor existente entre a população e, por outro, à força do poder simbólico que mobiliza os gestores/agentes políticos dominantes.

Palavras-chave: Gestão hospitalar, administração pública, poder, cidades pequenas, Brasil.

Resumen

Introducción. En los municipios pequeños la existencia de hospitales pequeños es más una fuente de problemas que de soluciones. **Objetivo.** Comprender los aspectos que interfieren en la gestión de estos hospitales con el enfoque de los conceptos teóricos de Pierre Bourdieu. **Métodos.** Se realizó un estudio cualitativo en hospitales de 14 municipios en el norte de Paraná, Brasil. Se utilizaron datos secundarios y entrevistas semiestructuradas con secretarios de salud y directores de hospitales. Finalmente, se realizó un análisis amplio e interpretativo articulado con las formulaciones de Bourdieu. **Resultados.** Los resultados se organizaron en dos categorías. La primera consiste en el desafío de tener un servicio de salud que, además de implicar una carga fiscal onerosa, trae pocos resultados en la prestación de los servicios a la población. La segunda reveló como el juego político convierte el proceso de gestión de los hospitales de pequeño porte en una tarea compleja y desafiadora. **Conclusiones.** Aunque los hospitales pequeños no son instituciones eficientes para proveer asistencia en salud a las poblaciones a las cuales se destinan, se han mantenido históricamente. Esto se debe, de un lado, a la influencia del habitus colectivo cultural de ese valor existente entre la población y, de otro, a la fuerza del poder simbólico que moviliza los gestores/agentes políticos dominantes.

Palabras clave: Administración hospitalaria, administración pública, poder, ciudades pequeñas, Brasil.

Abstract

Introduction. In small municipalities, the presence of small hospitals is rather a source of problems than solutions. **Objective.** To analyze the aspects regarding the management of these hospitals under the approach of Pierre Bourdieu's theory. **Methods.** A qualitative study was carried out in hospitals in 14 municipalities in the north of Paraná. Secondary data and semi-structured interviews with Health Secretaries and Hospital Directors were used. Finally, a broad and interpretive analysis was carried out, articulated with Bourdieu's formulations. **Results.** The results were organized into two categories: The first consists of the challenge of having a health service that, in addition to implying an onerous tax burden, brings poor results in providing services to the population. The second revealed how the political game turns the small hospitals management process into a complex and challenging task. **Conclusions.** Even though the small hospitals are not efficient in providing proper medical care to the population, they have historically managed to hold up. This fact is explained not only by the collective cultural habitus, a strong value among the communities, but most of all, by the strength of the symbolic power that drives the dominant political agents.

Keywords: Hospital administration, public administration, power, small cities, Brazil.



Introdução

Com o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), dois princípios — a atenção integral e a descentralização — provocaram importantes mudanças na organização do sistema de saúde brasileiro. Para o alcance da atenção integral à saúde da população, novos arranjos vêm sendo desenvolvidos e grande ênfase foi dada à organização da atenção básica (AB) e de sua articulação aos demais serviços, com vistas à constituição de Redes de Atenção à Saúde (RAS). As orientações normativas do Ministério da Saúde do Brasil estabelecem a AB como porta prioritária de acesso ao sistema e como ordenadora do cuidado nas RAS (1, 2).

Apesar disso, cabe ressaltar que a atenção hospitalar se mantém com destacado papel assistencial, tanto do ponto de vista técnico, com concentração de saberes e tecnologias, quanto da percepção da população e da mídia, para os quais o hospital representa um local privilegiado de atenção à saúde (3). Em muitas realidades, essa instituição tem se mantido como porta de entrada no sistema, nem sempre atuando de forma articulada aos demais pontos de atenção da RAS (4).

A descentralização produziu a transferência da gestão dos serviços e da execução de ações de saúde aos municípios, processo que ficou conhecido como municipalização, com importante incremento de atribuições a esse ente. Cabe destacar que no Brasil aproximadamente 70% dos municípios têm menos de 20.000 habitantes e são chamados “municípios de pequeno porte” (MPP). A maioria dessas localidades alia condições limitadas, tanto de ofertas e de acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade como de capacidade de gestão, para responder às políticas públicas prioritárias para os municípios (5).

Com relação à oferta de serviços de saúde, além da AB, muitos MPP possuem hospitais caracterizados como de pequeno porte, ou seja, com até 50 leitos. Esses hospitais são do tipo geral; realizam atendimentos de urgência e emergência, e atendimentos ambulatoriais; têm leitos para internações clínicas e cirúrgicas; mantêm médicos disponíveis 24 horas, com garantia de acesso dos usuários atendidos a serviços mais complexos em outros municípios, caso seja necessário, devido a sua integração ao sistema de regulação. Porém, essas instituições apresentam desempenho muito abaixo do esperado e têm dificuldade em se inserir nas RAS (6, 7). E, apesar de terem presença marcante nas comunidades por todo o interior do país, pouco se tem estudado ou discutido sobre o seu papel no SUS (6).

A existência de hospitais em MPP são muitas vezes heranças de antigos hospitais filantrópicos, os quais, em grande parte, tornaram-se mais um gerador de problemas do que de soluções, visto a dificuldade em manter a equipe médica e pessoal especializado, comprometendo o orçamento das pequenas cidades (8).

Experiências do sistema de saúde chileno, na perspectiva de implantação das redes, também destacam dificuldades em como alocar os hospitais nesse desenho (9). Como fazer desse ponto

de atenção um ponto efetivo, mas que, ao mesmo tempo, também não seja o ordenador do cuidado?

Em vários países da Europa, têm sido desenvolvidas reformas no sistema de saúde que envolve a gestão dos hospitais públicos. Em Portugal, há mais de uma década, foi realizada a empresarialização do setor hospitalar público (10) e, na Espanha, região da Catalunha, foram desenvolvidas alianças do setor público com outros setores. Essas reformas visaram à melhoria do desempenho e da qualidade dos serviços hospitalares oferecidos aos usuários, bem como o aumento da eficiência e da eficácia na gestão desses hospitais.

Na Itália, região Emília Romagna, nos últimos anos, discute-se a necessidade de rever a função de hospitais de pequeno porte (HPP) e sua inserção no sistema de saúde. Nesse país, tem ocorrido a transformação dos pequenos hospitais em hospitais comunitários, com maior vínculo e integração com a atenção primária, oferecendo atendimento integrado primário e especializado, serviços de prevenção, educação em saúde e assistência social (11).

Na Colômbia, estudo que avaliou a produtividade de 260 hospitais públicos no período de 2004 a 2015, aponta um declínio da produtividade desses hospitais, em especial avaliam que as instituições menos complexas são menos eficientes do que aquelas de maior complexidade. Os autores apontam que esses hospitais deveriam adotar práticas gerenciais e incorporação tecnológica para que possam melhorar sua eficiência, garantindo qualidade e acessibilidade dos serviços aos usuários (12).

No Brasil, no ano de 2004, foi instituída a Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte por meio da Portaria 1.044/GM (13). Essa política objetivou estimular a inserção dos HPP na rede hierarquizada de atenção à saúde, com a redefinição de seu papel, o estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas, e de um orçamento global, em substituição ao pagamento por internações (13). No entanto, estudos avaliaram não ter havido mudança no perfil de produção desses hospitais, nem mesmo sua efetiva inserção nas RAS, após a implantação da política nacional (6, 7).

Dessa forma, apesar do cenário desfavorável em que se inserem esses hospitais, emergem elementos por vezes não explícitos, acerca dos mecanismos de reprodução do poder simbólico que colaboram com a manutenção dos HPP públicos nos MPP. Considerando essa inserção, questiona-se como tais estruturas, frequentemente onerosas, se mantêm em um cenário de crise e de subfinanciamento do SUS? Como se dá sua gestão? E quais os desafios enfrentam para realizarem essa tarefa? Com o intuito de responder a essas questões, este artigo visa compreender os aspectos que interferem na gestão dos hospitais nos pequenos municípios, sob o enfoque de conceitos de Pierre Bourdieu.



Os conceitos propostos por Bourdieu (campo, *habitus* poder simbólico) serão utilizados no decorrer deste texto para a compreensão da teia de valores culturais e simbólicos que sustentam a lógica da manutenção dos HPP nos MPP. Para esse autor (14), campo é um espaço estruturado de posições onde aqueles que as ocupam concorrem entre si em um jogo. Nesse jogo, agentes e instituições, tendo em comum o fato de possuírem quantidades de capitais específicos (econômico, político, cultural, social), enfrentam-se em estratégias destinadas a conservar ou a transformar essa relação de forças entre posições sociais e de dominação.

Habitus é um sistema de disposições adquiridas, advindo de “experiências passadas”, herdadas da família, desenvolvido no processo de socialização e de cultura. Funciona como uma matriz de percepções que orienta as ações dos agentes em suas práticas (14). Existem diferentes tipos de *habitus*, o individual e o coletivo. Ambos influenciam o funcionamento dos campos e a detenção de capitais por parte dos gestores, moldando inclusive a posição que cada um deles ocupa nesses espaços. São disposições que exprimem a conexão entre a ação individual e as condições sociais ou culturais. Neste estudo, ganha relevância o *habitus* individual (político, técnico, cultural), relativo à dimensão política e ao conhecimento, e o *habitus* coletivo cultural, relacionado ao capital simbólico dos HPP.

O poder simbólico é “esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem” (15 p. 7). E os participantes do jogo existente nesse campo específico mantêm uma “cumplicidade objetiva”, ou seja, a de manter objetivos comuns e a estrutura do campo existente como ela se encontra, independentemente das posições dos participantes desse jogo, enquanto dominantes e dominados (16).

Percurso metodológico

Trata-se de um estudo desenvolvido por meio de abordagens quantitativa e qualitativa, em 14 hospitais localizados em MPP pertencentes à 17ª Regional de Saúde, componente da macrorregião norte do Paraná, com população de 871.267 habitantes (17). Essa regional é composta de 21 municípios; destes, 17 são caracterizados como MPP, dos quais 14 possuem HPP (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos hospitais em municípios de pequeno porte da 17ª Regional de Saúde por população, entidade mantenedora e leitos por hospital, Paraná, 2018

Município	População	Natureza Jurídica	Total de Leitos	Leitos / 1.000 Hab.
Alvorada do Sul	11.306	Público / Municipal	16	1,4
Assai	15.289	Público / Municipal	38	2,5
Bela Vista do Paraíso	15.395	Público / Municipal	19	1,2
Centenário do Sul	10.891	Público / Municipal	25	2,3
Florestópolis	10.646	Público / Municipal	22	2,1
Jaguapitã	13.494	Público / Municipal	29	2,1
Jataizinho	12.536	Privado / Sociedade Emp. Ltda.	19	1,5
Lupionópolis	4.894	Público / Municipal	16	3,3
Miraselva	1.816	Público / Municipal	10	5,5
Porecatu	13.084	Público / Municipal	31	2,4
Prado Ferreira	3.726	Público / Municipal	20	5,4
Primeiro de Maio	11.114	Público / Municipal	19	1,7
Sertãoópolis	16.323	Público / Municipal	16	1,0
Tamarana	14.548	Público / Municipal	16	1,1
Total	155.062		242	1,6

Fonte: DataSUS (2018).

Os dados quantitativos foram utilizados para a caracterização dos hospitais e de seu funcionamento, obtidos de bases de dados nacionais: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Sistema de Informações Hospitalares e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fizeram parte dessa etapa as seguintes variáveis: 1 = tipo de instituição mantenedora, se pública ou privada; 2 = número de leitos e sua distribuição por clínicas; 3 = estrutura hospitalar; 4 = pessoal; 5 = número, tempo de permanência e valor das internações. Os dados foram organizados por meio do programa Windows Excel e calculadas as medidas de frequência e de tendência central (média).

A etapa qualitativa visou compreender os desafios e os aspectos que interferem na gestão dos HPP. Essa foi realizada por meio de 21 entrevistas semiestruturadas com 14 secretários de saúde e sete diretores dos hospitais, no período de março a dezembro de 2016. Durante as entrevistas, utilizou-se um roteiro com questões que versavam sobre estrutura física e de recursos humanos dos hospitais, qualificação da direção e gestão dos trabalhadores, e gastos para a manutenção dos hospitais.

As entrevistas foram submetidas à análise compreensiva e interpretativa, sob o enfoque de conceitos teóricos de Bourdieu. Desse modo, inicialmente, realizou-se a leitura aprofundada de cada registro separadamente, sendo possível a constituição de sínteses individuais. A seguir, desenvolveu-se uma análise transversal destas, procurando evidenciar semelhanças, contradições e antagonismos, presentes nas entrevistas à luz do referencial teórico, considerando o contexto em que os sujeitos estavam inseridos.

Este estudo integra um projeto de pesquisa denominado “Hospitais em municípios de pequeno porte: sua inserção no SUS”, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em que os pesquisadores estão vinculados e aprovado por ele sob o número 1.440.160. Os aspectos



éticos foram obedecidos, conforme a Resolução 466/2012. Os entrevistados foram identificados com letra M, seguida de números arábicos, em ordem cronológica da realização das entrevistas, preservando o sigilo deles.

Resultados e discussão

A análise dos resultados do estudo possibilitou a construção de duas categorias que elucidam como o poder simbólico dos HPP interfere na gestão dessas estruturas, seja na esfera técnica, seja na esfera política. Destaca-se que se optou por apresentar os resultados em duas categorias separadamente, para facilitar sua compreensão. No entanto, há clareza de que as dimensões técnica e política não se dão de forma estanque, pelo contrário, estão imbricadas e, por vezes, sobrepostas.

O poder simbólico dos HPP e a dimensão técnica

A primeira categoria trata do poder simbólico dos HPP relacionado à dimensão técnica, ou seja, do desafio de gerenciar um serviço de saúde que, além de gerar despesas onerosas, traz poucos resultados na prestação de serviços à população. Como forma de exemplificar, apresenta-se a produção desses hospitais a partir dos dados levantados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das internações hospitalares por especialidade e indicadores hospitalares nos MPP do Paraná, 2018

Especialidade Município	Cirúrgica	Obstétrica	Clinica	Pediátrica	Total	Valor Médio Internação USD*	Nº. Médio Mensal Internação	Nº. Médio Internação Mensal/Leito
Assaí	193	172	998	40	1403	267,93	117	2,01
B. V. Paraíso	13	177	312	68	570	230,95	47	1,82
Centenário Sul	-	2	190	10	202	176,38	17	0,67
Florestópolis	-	96	159	31	286	205,11	24	1,08
Jaguapitã	-	29	307	34	370	231,73	31	1,06
Jataizinho	5	1	848	-	854	281,50	71	3,74
Lupionópolis	4	6	78	10	98	184,03	8	0,51
Miraselva	-	-	53	5	58	157,83	5	0,48
Porecatu	5	6	270	43	324	130,87	27	0,55
Prado Ferreira	-	-	56	1	57	121,57	5	0,23
Primeiro Maio	-	-	179	-	179	156,36	15	0,62
Sertãozinho	60	-	288	34	382	235,70	32	1,17
Tamarana	-	8	197	61	266	141,57	22	1,05
Total	280	497	3935	337	5049	229,83	421	1,14

* Câmbio médio do USD em 2018.

Fonte: DataSUS (2018).

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

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

Para manter o HPP aberto, seguindo as exigências legais e técnicas, é necessária a contratação de diversos profissionais, como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas. Isso torna o processo oneroso, considerando que há poucos pacientes ou mesmo nenhum paciente internado, como acontece em muitos dias.

Constata-se também na tabela 2 que metade dos 14 HPP não apresentou internações cirúrgicas durante todo o ano e apenas dois tiveram mais que uma internação cirúrgica por mês. Além disso, dos 14, quatro não apresentaram internação obstétrica e apenas quatro tiveram mais de uma internação obstétrica por mês no ano de 2018. Pela análise do valor médio das internações e do número total de internações, percebe-se por que os municípios praticamente respondem por todo o custeio desses hospitais. Essa afirmação é corroborada pelos entrevistados.

“Olha, o hospital acho que é o nosso maior custo. O nosso maior custo. Desse montante, eu acho que cinquenta por cento mais ou menos. (M6)

Hoje está em torno de 31% o gasto com saúde. Hoje passa de duzentos mil. Duzentos e cinquenta mil ou duzentos e sessenta mil [reais] por mês, aproximadamente 50% dos recursos da saúde. (M5)”

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

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

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

“A prefeitura arca com bastante, não é?... Se tivesse uma menor carga para a prefeitura em si, em dinheiro, seria melhor até para os funcionários, [seria] melhor remunerado, não é? (M11)



O HOSPSUS entra com vinte mil... O resto é tudo... Tudo municipal. Então é muita coisa. E aí eu tenho aqui no hospital quantos funcionários? Não paga nem os funcionários, se a gente for ver o recurso. (M6)”

Destaca-se que contar com a maior participação financeira, seja da União, seja do Estado, encontra-se na contramão das decisões e das orientações políticas atuais no que se refere à saúde. A falta de prioridade do SUS fica evidente quando se analisam os constantes fatos que visam a seu desmonte, reforçados pela crise econômica e pelas políticas de austeridade fiscal, especialmente pela Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016), que congelou o orçamento público por 20 anos (18). Ou seja, vislumbrar um cenário em que os MPP terão apoio financeiro de outras esferas para custear os HPP parece, no mínimo, ingênuo.

Diante disso, inevitavelmente se percebe uma precarização, tanto de equipamentos quanto da estrutura física dos HPP. Referente aos equipamentos, os entrevistados citam que, mesmo quando eles apresentam potencial de uso, constantemente possuem problemas de funcionamento por serem obsoletos, sem qualquer suporte para a manutenção, além de, em alguns casos, terem sido adquiridos sem pareceres técnicos de profissionais habilitados para tal. Não raras vezes profissionais mais treinados ou mais experientes queixam-se aos gestores dos hospitais por não conseguirem realizar alguns procedimentos por falta de materiais, equipamentos ou estrutura adequada. No que se refere à manutenção da infraestrutura física, verifica-se que esta tem sido negligenciada.

“O nosso centro cirúrgico está interditado... Não tem condições... Olha, nós estamos com a ala do fundo toda interditada, e toda a internação. Nós temos no total 34 leitos cadastrados, não é? Mas nós temos só metade funcionando, então, porque a parte do fundo está toda interditada. (M6)

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

Para Guimarães (19), durante a execução dos projetos, a preocupação fica concentrada na execução das obras e na aquisição de equipamentos, enquanto a manutenção (predial e de equipamentos) é negligenciada, levando à descontinuidade e à baixa qualidade na prestação de serviços. A manutenção desses hospitais fica praticamente ao encargo dos municípios, de modo que as despesas geradas pelas reformas se tornam até maiores que antes do seu início. É o que apontaram os entrevistados ao relatarem que a manutenção dos HPP é considerada desperdício dos recursos da saúde, analisando-se o custo-benefício.

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

Além disso, há vários casos em que as reformas e adequações ante as exigências da vigilância sanitária foram projetadas sem o devido conhecimento técnico, sendo que, ao final da execução

da obra, continuavam sem atender as referidas exigências, ou o projeto sofreu tantas alterações que não foi possível concluí-lo, deixando a obra inacabada.

“ Ele [o prédio do hospital] é alugado. Mas a gente acabou fazendo no ano passado uma reforma na área da frente, em alguns quartos, porque estava em condições muito precárias, não é? Que a gente acaba perdendo o investimento, mas a gente teve que fazer essa reforma. (M8)”

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

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

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

Segundo o estudo de Dias et al. (20), a ineficiência da gestão pública com obras que perduram meses a mais do que o planejado, remédios comprados e não distribuídos antes do vencimento, a ausência de efetiva utilização dos equipamentos recebidos, entre outros, desencadeiam o desperdício passivo, o qual afeta a qualidade dos serviços prestados à população e provoca prejuízo aos cofres públicos, chegando a uma quantia até quatro vezes maior do que a causada pela corrupção (desperdício ativo).

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

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



O poder simbólico investido na ideia do hospital pode explicar em parte por que, mesmo com baixa produtividade e custos elevados para os erários dos MPP, os agentes políticos não abrem mão de custeá-los, ampliá-los ou mantê-los com os meios que dispõem. Eles constituem, pelas razões expressas, instituições que estabilizam, em termos amplos, a coesão social dos municípes, ao mesmo tempo que são instituídos como importantes canais de conversão de capital político e social para os agentes políticos que os dirigem (14).

Os representantes dos HPP atuam para legitimar o modo de funcionamento dessas instituições tanto na objetividade (coisas) como na subjetividade (mentes). As relações estabelecidas nesse campo cumprem a função política de instrumentos de imposição simbólica, como aponta o próprio Bourdieu: “por meio dessa dupla imposição da ordem simbólica, o Estado tende a admitir como óbvio, como evidente um grande número de práticas e de instituições” (21 p. 165).

E essa naturalização do funcionamento dos HPP, aparentemente dispensa o planejamento nos termos consagrados pela gestão técnica racional de atendimento à saúde. O fato de integrarem um quadro de campos sociais em tensão nessas comunidades diminutas produz, a partir deles, lógicas internas e externas subjacentes que não coincidem com aquelas que supostamente encontraríamos em hospitais de médio e grande porte, situados em municípios mais populosos.

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

O poder simbólico dos HPP e a dimensão política

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

O RH nosso [da prefeitura] aqui é muito voltado à política. (M1)

A secretária é a esposa do prefeito. (M4)

É ele [o prefeito] que resolve. (M6)

O secretário de saúde é o vice-prefeito. (M7)

Todos os gestores dos HPP foram nomeados pelos prefeitos, seja ele o diretor, seja o próprio secretário de saúde do município, que muitas vezes assume cumulativamente a gestão do hospital.

Ainda, de acordo com os entrevistados, as contratações são de cunho político-eleitoral, muitas vezes com a admissão de profissionais que não são prioritários para as demandas e a necessidade de saúde da população e com qualificação questionável. Trata-se de uma forma de agir em que os dominantes de cada campo elaboram estratégias simbólicas, visando manter e legitimar os fundamentos de sua dominação (22).

Destaca-se que a questão da capacitação do pessoal dos hospitais públicos em MPP passa por outras questões além da ingerência política. Sabe-se que tais localidades apresentam maior dificuldade de atrair profissionais com melhor qualificação, além do fato de não haver, nas pequenas cidades, programas de educação permanente ou continuada que qualifiquem os profissionais que assumem funções gestoras (23).

Verifica-se que os gestores dos HPP na região estudada não dispõem do *habitus* informacional na gestão, aquele relativo ao domínio, ao conhecimento (teórico e técnico) sobre a política de saúde, sobre a legislação e sobre as RAS. É um tipo de conhecimento específico que depende também de vários outros tipos de informação: econômica, contábil, referente à legislação, entre outros. Alguns até contam com o *habitus* político, por terem o cargo de secretário e este interfere, por meio das disposições estruturadas (no social) e das ações estruturantes (mentes), nas ações que realizam (14).

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

O diretor administrativo do hospital possui segundo grau (M2).

Nós aprendemos na marra, não é? É complicado para o [diretor], sendo um advogado... saber, de repente... de Gestão hospitalar. (M9)

Não tenho uma formação formal e a gente acaba assumindo. Então a gente veste a camisa do hospital... (M12)

Do sistema de *habitus* que orienta a prática dos gestores, as disposições duráveis e a ausência de capitais informacionais assumem grande relevância no discurso dos entrevistados. Embora reconheçam a ausência de formação na gestão, por questões políticas ou mesmo de manutenção



do trabalho, mantêm-se no desempenho da função pública. Apenas um dos entrevistados foi identificado como apto ao cargo, por ser formado em Administração de Empresas e ter experiência em gestão, sendo reconhecido como dotado do *habitus* informacional.

Alguns autores, como Castelar, Mordelet e Grabois (24), questionam a dificuldade no exercício da gestão dos hospitais quando depositada em mãos de servidores que não possuem qualificação para tal, especialmente no trabalho de gestão de pessoas, no bom uso das tecnologias disponíveis e no alcance de metas. Segundo os autores, sem a devida formação, não há como realizarem tarefas típicas da gestão, como planejamento, coordenação, direção e controle.

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

Esse plano diretor é o quê? ... [esclarecida a dúvida]... Não, não. Achei que esse plano diretor seria do médico diretor, não sei... Não, mas isso daí não... (M8)

O que nós tivemos foi quando uma secretária de planejamento começou a passar alguma coisa [de gestão] para nós, mas ela ficou pouco tempo. Questão LOA [Lei Orçamentária Anual], PPA [Plano Plurianual], coisas que a gente não tinha nem noção. (M9)

Não. Plano diretor não existe. (M3)

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

Esse fato torna o agente político, a despeito de suas restrições de conhecimento técnico ou, em termos bourdieusianos, da falta de *habitus* informacional e clínico, um sujeito determinante na efetivação da promoção de saúde nessas localidades. Isso, inclusive, está refletido na alocação dos recursos financeiros destinados à manutenção e à reprodução dos hospitais. Pelo que foi possível analisar, não é o cálculo racional em busca da eficiência na efetivação da assistência à saúde que orienta a captação e a mobilização de recursos, mas outro tipo de cálculo, também racional, com a intenção de converter capital político que sustenta a reprodução dos HPP (14).

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

“para um político, um hospital numa cidade pequena fechar... Derruba o prefeito e a câmara tudo... Então, assim, teria que ter uma forma de financiamento, mas não para manter todos os hospitais abertos.” (M3)

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

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

Nos discursos, fica nítida a tensão presente em trabalhadores, gestores municipais e população acerca do papel do HPP. De acordo com Cecílio (25), tais tensões fazem parte do processo de gestão tendo em vista que toda prática humana é orientada por diferentes teorias, conceitos, visões de mundo, projetos ético-políticos que delimitam como pensamos o Estado, a cidadania e os direitos sociais. Trata-se, portanto, de explicitar a tensão, porém percebe-se que, em vista das dificuldades ou dos embates apresentados no campo político, os gestores dos serviços sabem quem são os partícipes desse jogo e organizam suas práticas no sentido de manter as regras do jogo, ou seja, de não explicitar as tensões.

É preciso enfatizar que os hospitais nesses MPP exercem uma função simbólica que extrapola seu caráter de promotor de assistência à saúde, tomando, como principal característica, ser a representação material, enquanto edificação, da instituição médica moderna em seu papel de reguladora entre o “são e o doente, entre o normal e o patológico” (26 p. 108). Não ter um hospital em um MPP pode provocar, no imaginário coletivo, o sentimento de afastamento aos padrões estabelecidos de modernidade civilizada. Isso é evidenciado em falas dos entrevistados que, quando questionados sobre os impactos do possível fechamento das unidades hospitalares comprovadamente ineficazes, logo são contrários à ideia, argumentando que a população seria prejudicada, que não aceitaria, que seria um problema grave.

Esses hospitais, ao mesmo tempo que nem sempre atendem as necessidades daqueles que procuram seus serviços, calcados pelo *habitus* cultural de sua existência, mantêm-se por serem utilizados pelo poder público como instrumento de poder simbólico, tanto no campo da saúde como no campo político (22).

Mais do que uma questão de autoestima coletiva com relação à comunidade regional ou nacional, a ausência de uma instituição como essa, já incorporada no *habitus* cultural civilizatório como termômetro da normalidade, poderia significar uma ruptura civilizacional ou, em termos funcionalistas, um estado de anomia social (14).

Considerações finais

Tanto as entrevistas como os dados apresentados destacam que os HPP não são instituições eficientes para prover assistência à saúde para as populações às quais se destinam. Ainda assim, eles constituem objetos de significativa estima política e canalizam para si parte substancial dos reduzidos recursos destinados à saúde nos MPP, o que compromete ainda mais a manutenção de outras áreas da saúde, especialmente a AB.

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

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

Com base nisso, percebe-se a necessidade de que seja resgatada a identidade organizacional, a recuperação da motivação dos profissionais, associados à utilização de instrumentos que possam orientar a tomada de decisão, além de os gestores da área da saúde serem dotados de maior capital cultural, particularmente técnico.

Autores como Ugá e López (6) defendem que os HPP têm um grande potencial de aplicação de novas tecnologias que tratem da rede básica e do hospital de maneira complementar e respondam, com eficiência e eficácia, às demandas locais de saúde, especialmente nos atendimentos de urgências, emergências e partos. Para isso, é necessário que se formulem desenhos organizacionais e assistenciais inovadores, como o desenvolvido na Itália para esse tipo de unidade, que respeitem as peculiaridades locais, incluindo valores e aspectos culturais.

Uma das propostas viáveis para os HPP seria que atuassem como hospitais de retaguarda aos hospitais de grande porte, classificados como terciários, sobretudo nos cuidados de longa permanência e nos cuidados paliativos a pacientes que não mais demandam serviços e atendimentos com alta densidade tecnológica. Dessa forma, sua estrutura e capacidade produtiva seria utilizada para essa finalidade de cuidado nas RAS, desafogando o nível de atenção terciária e proporcionando condições de responder satisfatoriamente às necessidades da população com maior compromisso e qualidade na atenção à saúde.

Contribuição dos autores

Os autores Francisco Eugenio Alves de Souza, Elisabete de Fatima Polo de Almeida Nunes, Brígida Gimenez Carvalho e Fernanda de Freitas Mendonça participaram, igualmente, da elaboração do artigo, de sua discussão e da redação e da revisão do texto. Argéria Maria Serraglio Narciso participou da revisão bibliográfica e da revisão do texto. Carolina Milena Domingos participou da discussão e da revisão bibliográfica.

Financiamento

Não houve financiamento.

Conflitos de interesse

Não há conflito de interesses.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
2. Brasil. Presidência da República. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília; 2011. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm
3. Braga Neto FC, Barbosa PR, Santos IS. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 577-608.
4. Borsato FG, Carvalho BG. Hospitais gerais: inserção nas redes de atenção a saúde e fatores condicionantes de sua atuação. *Cien Saúde Colet.* 2018;23(6). <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/hospitais-gerais-insercao-nas-redes-d-e-atencao-a-saude-e-fatores-condicionantes-de-sua-atuacao/17257?id=17257&id=17257>
5. Lima LD, Viana ALD, Machado CV. Regionalização da saúde no Brasil: condicionantes de desafios. In: Scatena JHG, Kehrig RT, Spinelli MAS, organizadores. Regiões de Saúde, diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. São Paulo: Editora Hucitec; 2014. p. 21-46.
6. Uga MAD, Lopez EM. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Cien Saúde Colet.* 2007;12(4):915-928. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400013>



7. Souza FEA, Nunes EFPA, Carvalho BG, Mendonça FF, Lazarini FM. Atuação dos hospitais de pequeno porte de pequenos municípios nas redes de atenção à saúde. *Saúde Soc.* 2019;28(3):143-156. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019181115>
8. Bittar O, Mendes J. Hospital, fetiche e decepção. *Valor Econômico*. Rio de Janeiro; 2017. http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-dasaude/destaques//hospital_fetiche_e_decepcao.pdf
9. Almeida PF, Oliveira SC, Giovanella, L Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2018;23(7):2213-2228. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09622018>
10. Major MJ, Magalhães A. Reestruturação do serviço nacional de saúde em Portugal: balanço da empresarialização dos hospitais públicos portugueses. *Rev Adm.* 2014;49(3):476-490. <https://doi.org/10.5700/rausp1162>
11. Odone A, Sacconi E, Chiesa V, Brambilla A, Brianti E, Fabi M, et al. The implementation of a Community Health Centre-based primary care model in Italy. The experience of the Case della Salute in the Emilia-Romagna Region. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità.* 2016;52(1):70-77. https://doi.org/10.4415/ANN_16_01_13
12. Orozco AAC. Evaluating colombian public hospitals productivity during 2004-2015. A Luenberger-Indicator approach. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2020;19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.ecph>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1044/GM, de 1º de junho de 2004. Institui a política nacional para hospitais de pequeno porte. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/gm/2004/prt1044_01_06_2004.html
14. Bourdieu P. Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Unesp; 2004.
15. Bourdieu P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2012.
16. Lahire B. Campo. In: Catani AF, Nogueira MA, Hey AP, Medeiros CCC, organizadores. *Vocabulário Bourdieu*. Belo Horizonte: Autêntica; 2017.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico. Rio de Janeiro; 2010. <http://www.ibge.gov.br/>
18. Vieira FS. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? Brasília: Ipea; 2016.
19. Guimarães JMC. A problemática da manutenção predial e de equipamentos em estabelecimentos de saúde pública do município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2012.
20. Dias LNS, Matias-Pereira J, Farias MRS, Pamplona, VMS. Fatores associados ao desperdício de recursos da saúde repassados pela união aos municípios auditados pela Controladoria Geral da União. *Rev Contab Finanç.* 2013;24(63):206-218. <https://doi.org/10.1590/S1519-70772013000300004>
21. Bourdieu P. *Sobre o estado: cursos no College de France (1989-1992)*. São Paulo: Companhia de Letras; 2014.

22. Jourdain A, Naulin S. A teoria de Pierre Bourdieu e seus usos sociológicos. Petrópolis, RJ: Vozes; 2017.
23. Santini SML. A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte [tese]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2018.
24. Castelar RM, Mordelet P, Grabois V. Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro. Rio de Janeiro: ENSP; 1993.
25. Cecílio LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”. Saúde Soc. 2012;21(2):280-289. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000200003>
26. Canguilhem G. O normal e o patológico. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.