

Hospitais de pequeno porte no SUS: uma revisão integrativa

Small hospitals in the SUS: an integrative review

Sirlene Alves de Jesus da Silva¹, Áquilas Mendes²

¹Pós-graduação em Economia e Gestão em Saúde da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-3701-1665.

²Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

ORCID: 0000-0002-5632-4333.

Resumo

A história dos hospitais no Brasil está intimamente ligada ao processo de colonização e ao desenvolvimento da saúde pública. No Brasil, o sistema hospitalar evoluiu com o tempo, tendo grande expansão após a criação do SUS, principalmente com unidades de pequeno porte (HPP), muitas vezes de gestão municipal e com baixa complexidade tecnológica. A Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte foi instituída em 2004 para reorganizar e financiar essas unidades dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS), estabelecendo critérios de classificação e cálculo orçamentário. No entanto, esses hospitais enfrentam desafios econômicos, como baixa escala de produção, ineficiência operacional e subfinanciamento, agravados pela descentralização e pela herança de unidades filantrópicas mal estruturadas. Estudos apontam que a manutenção desses hospitais está frequentemente mais ligada a fatores simbólicos, culturais e políticos do que à eficiência econômica. Além disso, dados mostram que a maioria dos hospitais brasileiros são de pequeno porte e localizados em cidades do interior, tornando a oferta de serviços hospitalares um desafio para a saúde pública. Para aprofundar a discussão sobre os aspectos econômicos desses hospitais no SUS, foi realizada uma revisão integrativa de literatura no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (bvsalud.org), utilizando os descritores: “aspectos econômicos”, “hospitais de pequeno porte” e “SUS”. Foram identificados 288 publicações através da sintaxe definida; após aplicação do fluxograma de Prisma chegou-se a 07 artigos incluídos na revisão. A análise dos sete artigos revelou que a maioria das publicações é das décadas de 1960 e 1970, e nenhum artigo nacional foi identificado. Seis estudos abordaram os hospitais de pequeno porte (HPP) sob a ótica da análise de desempenho e escala, enquanto apenas um tratou da inserção dos HPP na Rede de Atenção à Saúde (RAS). A tensão entre eficiência e escala *versus* fatores políticos

e simbólicos populares foi mencionada de forma indireta em dois artigos. Os achados foram organizados em um quadro-síntese, considerando duas dimensões: abordagem dos HPP e seus aspectos econômicos.

Descritores: Economia de escala na saúde, economia hospitalar, hospitais com menos de 100 leitos, hospital municipal, hospital municipal público.

Abstract

The history of hospitals in Brazil is closely linked to the colonization process and the development of public health. In Brazil, the hospital system evolved over time, expanding significantly after the creation of the Unified Health System (SUS), primarily with small-scale hospitals (HPP), often municipally managed and with low technological complexity. The National Policy for Small Hospitals was established in 2004 to reorganize and finance these units within the Healthcare Networks (RAS), establishing classification and budgeting criteria. However, these hospitals face economic challenges such as low production scale, operational inefficiency, and underfunding, exacerbated by decentralization and the legacy of poorly structured philanthropic units. Studies indicate that the maintenance of these hospitals is often more linked to symbolic, cultural, and political factors than to economic efficiency. Furthermore, data show that most Brazilian hospitals are small and located in rural cities, making the provision of hospital services a challenge for public health. To further the discussion on the economic aspects of these hospitals within the SUS (Unified Health System), an integrative literature review was conducted on the Virtual Health Library portal (bvsalud.org), using the descriptors: "economic aspects," "small hospitals," and "SUS." 288 publications were identified using the defined syntax; after applying the Prisma flowchart, seven articles were included in the review. Analysis of the seven articles revealed that most publications date from the 1960s and 1970s, and no Brazilian articles were identified. Six studies addressed small hospitals (SHPs) from the perspective of performance and scale analysis, while only one addressed the inclusion of SHPs in the Health Care Network (RAS). The tension between efficiency and scale versus popular political and symbolic factors was indirectly mentioned in two articles. The findings were organized into a summary table, considering two dimensions: an approach to SHPs and their economic aspects.

Descriptors: Economies of scale in healthcare, hospital economics, hospitals with less than 100 beds, municipal hospital, public municipal hospital.

Introdução

A história dos hospitais no Brasil está profundamente ligada ao desenvolvimento da saúde pública e ao processo de urbanização e colonização do país. O modelo hospitalar foi influenciado pelas práticas europeias, especialmente por Portugal, mas também se adaptou às necessidades e contextos locais.

Carpanez e Malik (2021)¹ fazem um trajeto histórico da assistência hospitalar brasileira no estudo sobre o efeito da municipalização no sistema hospitalar, especificamente os hospitais de pequeno porte (HPP). Os autores mencionam que, até a Idade Média, os hospitais eram organizações ligadas a ordens religiosas, com funções de assistência social e de assistência à saúde. A Igreja Católica desempenhou um papel central na criação de hospitais, principalmente para cuidar dos doentes e pobres.

Com o surgimento dos Estados Nacionais após o século XVII, as assistências se separaram e os hospitais ficaram somente com a função da saúde. Com a independência do Brasil em 1822, houve uma maior preocupação com a saúde pública, embora o sistema de saúde fosse ainda incipiente e limitado. Durante o Império, houve avanços importantes, com a criação de hospitais militares e de saúde pública. A Primeira República (1889-1930) trouxe grandes transformações para o Brasil, incluindo mudanças no sistema de saúde, com um foco maior na saúde pública e na organização das instituições hospitalares¹.

Com a chegada de médicos estrangeiros e a implementação de políticas de saúde pública (como a vacinação contra a varíola e campanhas de saneamento), o Brasil passou a ter uma estrutura hospitalar mais estruturada.

Com o advento do SUS, a questão hospitalar passou por um momento de expansão no Brasil; tal aumento se deu à custa de hospitais privados, em geral de caráter filantrópico, como as Santas Casas de Misericórdia. Com o agravamento das iniquidades do sistema, os novos hospitais públicos, inaugurados a partir de 1990, em sua maioria municipais, apresentavam em média 50 leitos e mantinham o padrão de baixa complexidade tecnológica dos hospitais privados da década de 1970.

Algumas mudanças ocorreram nesse período; com a descentralização das responsabilidades e as Normas Operacionais do SUS, além do estabelecimento de novas regras operacionais de financiamento. Tais unidades hospitalares começaram a enfrentar dificuldades mediante ao baixo faturamento, considerando o número de leitos e sua baixa capacidade tecnológica.

Em 2004, a fim de organizar a assistência hospitalar prestada pelos hospitais de pequeno porte, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, através da Portaria nº 1.044, de 1º de junho², com uma proposta de organização e financiamento que estimulasse a inserção desses hospitais na RAS (Rede de Assistência à Saúde). Tal portaria estabeleceu critérios qualitativos e quantitativos para adesão à política proposta, apresentando um quantitativo de leitos para a referida classificação diferente dos mencionados na Portaria Ministerial nº 2.224, de dezembro de 2002, revogada em 2003, mas ainda muito utilizada como parâmetro classificatório, em que afirma que esses hospitais devem possuir até 50 leitos.

Dentre os indicadores qualitativos, a portaria menciona um referencial para cálculo de leitos nas regiões dessas unidades de saúde, como a necessidade de internações de baixa e média complexidade estimada em 5% da população abrangente, com taxa de ocupação de 80% e tempo médio de permanência de 5 dias. Define, ainda, o custeio dessas unidades de forma global, porém não traz nenhum referencial de valor. Define também que o valor de custeio será normatizado pela Secretaria de Atenção à Saúde. No artigo 14, veda o credenciamento de novos hospitais desse porte pelo SUS em todo o território nacional, bem como o investimento para construção, levando em consideração os parâmetros mencionados anteriormente para necessidade de leitos.

Em 28 de junho de 2004, foi publicada a Portaria nº 287³, instituindo o cálculo do Orçamento Global para os estabelecimentos hospitalares de pequeno porte, regulamentando assim a Portaria GM/MS nº 1.044, de 01 de junho de 2004. Quanto ao faturamento hospitalar, estabelece o valor de R\$ 1.473,00 por leito/mês para o cálculo do orçamento global para os estabelecimentos hospitalares de pequeno porte. A portaria ainda estabelece que os ambulatórios serão remunerados mediante a produção realizada, a programação estabelecida e a tabela SUS.

Posteriormente, foram publicadas mais três portarias estruturantes da Política Nacional dos HPP: nº. 94/2005, que dispõe sobre a implantação e operacionalização; nº. 852/2005, que altera critérios de inclusão dos HPP; e nº. 1955/2006, que aumenta o indicador de necessidade de internação ano de 5% para 6%.

Tais normativas ainda mantiveram uma lógica de pagamento que não condiz com a necessidade de financiamento dos HPP. Com a descentralização das responsabilidades, a gestão em saúde dos municípios herdou, em alguns casos, tais unidades hospitalares de instituições filantrópicas que não tiveram condições de manter seu funcionamento adequado, e que possuem grande apelo cultural e popular.

Segundo Bahia e Cunha (2014)⁴, no artigo “Construção de hospitais de pequeno porte como política de saúde: um caso emblemático no Estado do Maranhão, Brasil”, a construção de hospitais pequenos em municípios com populações reduzidas não é eficiente, pois esses serviços exigem uma escala de produção incompatível com a demanda local. Além disso, esses hospitais enfrentam deseconomias de escala e escopo, o que resulta em custos elevados de manutenção e operação. Tal análise fortalece o vínculo do termo “economia de escala” e “eficiência” com a prestação de serviço assistencial hospitalar nos pequenos municípios.

Ainda sobre, Souza *et al* (2019)⁵, no artigo “Atuação dos hospitais de pequeno porte de pequenos municípios nas redes de atenção à saúde”, utilizam conceitos de Pierre Bourdieu, como capital simbólico, *habitus* e campo, para compreenderem as práticas e valores sociais que sustentam a manutenção dessas instituições. E conclui que a existências deles é pautada em valores sociais de fatores simbólicos e políticos.

Tais estudos demonstram uma tensão entre escala, eficiência versus política e capital simbólico popular.

A OMS, em 2010, descreveu as 10 principais causas de ineficiência em serviços de saúde, dentre elas: internações hospitalares desnecessárias, tempo de permanência acima do desejado, baixa utilização das infraestruturas hospitalares e dimensão hospitalar inapropriada¹. Em 2017, existiam 6.787 hospitais no Brasil, sendo 62,3% com menos de 50 leitos¹. Unidades de pequeno porte representam 62% dos estabelecimentos hospitalares do sistema de saúde brasileiro e 78% realizaram internações SUS, no período de 2004 a 2006⁶

A oferta de serviços assistenciais em unidades hospitalares de pequeno porte é um desafio à saúde pública. Segundo o relatório Cenário dos Hospitais no Brasil 2021-2022, elaborado pela Confederação Nacional de Saúde e a Federação Brasileira de Hospitais⁷, publicado em maio de 2022, o Brasil é um país que tem sua rede hospitalar composta majoritariamente por hospitais pequenos (59%), que estão em maior número em cidades do interior (71%). O relatório aponta que houve uma redução dos hospitais privados e um aumento das unidades públicas, que pode estar relacionado à crise econômica estabelecida no período.

Diante deste quadro referencial, tornou-se importante refletir sobre estas unidades hospitalares.

Metodologia

Foi realizada revisão de literatura nacional, com o objetivo de discutir, especialmente, os aspectos econômicos dos hospitais de pequeno porte no SUS, apresentando o contexto sobre os aspectos econômicos destas unidades hospitalares através da elaboração de uma Revisão Integrativa em bases de dados e, por fim, a partir dos artigos considerados incluídos na Revisão, proporcionar discussão sobre o tema.

A definição dos descritores foi realizada com base na pergunta da pesquisa: O que a literatura científica tem discutido a respeito dos aspectos econômicos dos hospitais de pequeno porte no SUS?

A base de dados utilizada foi o portal da Biblioteca Virtual em Saúde (bvsalud.org), que é uma plataforma de acesso a informações e conteúdos científicos e técnicos da área da saúde. Essa base oferece acesso a uma série de bases de dados e repositórios de informações, como a LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE, SciELO, PUBMED, entre outras. Os termos do estudo foram definidos a partir da pergunta, sendo eles: “aspectos econômicos” como fenômeno do estudo, “hospitais de pequeno porte” como população/objeto e ‘SUS’ como contexto. Partindo dos termos, foram identificados descritores no DeCS (<https://decs.bvsalud.org/>). Os descritores para o primeiro termo “aspectos econômicos” foram selecionados e os estudos identificados (Tabela 1):

Tabela 1. DeCS

Aspectos econômicos	Estudos identificados em 14/12/24
"administração financeira de hospitais"	191
"economia hospitalar"	299
"Economia de Escala na Saúde"	9
"Economia e Organizações de Saúde"	1493

Para o segundo termo “hospitais de pequeno porte” foram selecionados os seguintes termos e localizados os estudos conforme (Tabela 2) abaixo:

Tabela 2. DeCS

Hospitais de pequeno porte	Estudos identificados em 14/12/24
"hospitais com menos de 100 leitos"	28
"tamanho das instituições de saúde"	36
"hospitais com baixo volume de atendimentos"	17
"hospital municipal"	636
"hospital municipal público"	636

O terceiro termo “SUS” apresentou estudos em quantitativo expressivo, o que se relaciona à característica da abrangência que possui (Tabela 3):

Tabela 3. DeCS

SUS	Estudos identificados em 14/12/24
"saude pública"	102.124
"sistema único de saúde"	20.488
"saude brasileira"	193

Após a seleção dos descritores e identificação dos estudos relacionados, iniciamos as combinações booleanas em OR entre os descritores do mesmo grupo e obtivemos os seguintes resultados:

Tabela 4. Combinações booleanas OR

OR – Tabela 1 DeCS		OR – Tabela 2 DeCS	
---------------------------	--	---------------------------	--

(mh:("administração financeira de hospitais")) OR (mh:("economia hospitalar")) OR (mh:("Economia de Escala na Saúde")) OR (mh:("Economia e Organizações de Saúde"))	1960	(mh:("hospitais com menos de 100 leitos")) OR (mh:("tamanho das instituições de saúde")) OR (mh:("hospitais com baixo volume de atendimentos")) OR (mh:("hospital municipal")) OR (mh:("hospital municipal público"))	718
--	------	---	-----

OR – Tabela 3 DeCS	
(mh:("saude pública")) OR (mh:("sistema único de saúde")) OR (mh:("saude brasileira"))	42.374

Após, iniciamos as buscas acrescentando o operador booleano AND. Mantivemos as sintaxes da tabela 1 e 2 e conectamos através do AND a tabela 3, com o objetivo de obtermos resultados mais precisos, conforme tabela abaixo:

Tabela 5. Combinações booleanas AND

AND		AND	
(mh:((mh:("administração financeira de hospitais")) OR (mh:("economia hospitalar")) OR (mh:("Economia de Escala na Saúde")) OR (mh:("Economia e Organizações de Saúde")))) AND ((mh:("saude pública")) OR	226	(mh:((mh:("hospitais com menos de 100 leitos")) OR (mh:("tamanho das instituições de saúde")) OR (mh:("hospitais com baixo volume de atendimentos")) OR (mh:("hospital municipal")) OR (mh:("hospital municipal público")))) AND ((mh:("saude pública")) OR	23

(mh:("sistema único de saúde")) OR (mh:("saude brasileira"))	(mh:("sistema único de saúde")) OR (mh:("saude brasileira"))
---	--

Por fim, aplicamos o operador AND para correlacionarmos os descritores entre as duas sintaxes estabelecidas. O resultado não foi satisfatório: obtivemos apenas 01 estudo na Coleção LILACS PLUS e 03 na Coleção completa BVS. Foi retirada então a combinação dos descritores do termo chave “SUS”, e incluído o termo “regional” conectado pelo operador AND e a sintaxe dos descritores dos termos “aspectos econômicos” e “hospitais de pequeno porte”. Obtivemos o seguinte resultado:

Tabela 6. Sintaxe

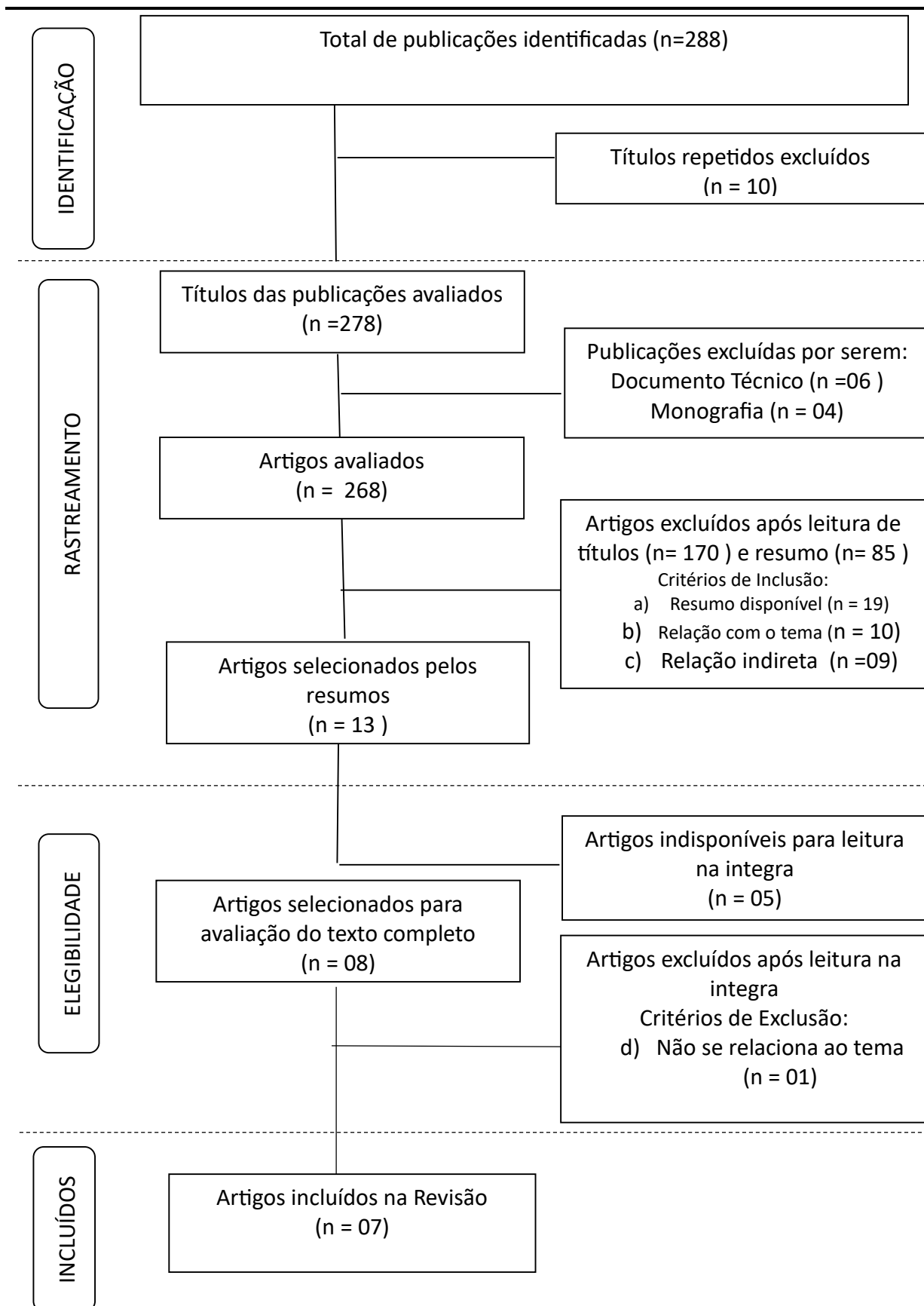
(mh:((mh:("administração financeira de hospitais")) OR (mh:("economia hospitalar")) OR (mh:("Economia de Escala na Saúde")) OR (mh:("Economia e Organizações de Saúde")))) AND (mh:((mh:("hospitais com menos de 100 leitos")) OR (mh:("tamanho das instituições de saúde")) OR (mh:("hospitais com baixo volume de atendimentos")) OR (mh:("hospital municipal")) OR (mh:("hospital municipal público")))) AND instance:"regional"	288
---	-----

Após a aplicação das combinações booleanas, definiu-se a sintaxe final em 17/12/2024:
(mh:((mh:("administração financeira de hospitais")) OR (mh:("economia hospitalar")) OR (mh:("Economia de Escala na Saúde")) OR (mh:("Economia e Organizações de

Saúde")))) AND (mh:(mh:("hospitais com menos de 100 leitos")) OR (mh:("tamanho das instituições de saúde")) OR (mh:("hospitais com baixo volume de atendimentos")) OR (mh:("hospital municipal")) OR (mh:("hospital municipal público")))) AND instance:"regional".

Foram identificadas 288 publicações com a sintaxe descrita. Através do Fluxograma Prisma (Figura 1) foi realizada a organização e seleção dos estudos. Foram excluídos 10 estudos repetidos, restando 278 publicações. Em seguida, foram excluídos 10 estudos (documentos técnicos e monografias) por não serem artigos. Das 268 publicações que restaram, foi feita a leitura de títulos, sendo excluídos 170 por não se referirem aos termos chave da pergunta de pesquisa, restando 98 artigos. Na sequência, foram lidos os resumos desses artigos, sendo excluídos 85, pelos mesmos motivos já assinalados. Desse modo, restaram 13, sendo excluídos 5 por não estarem disponíveis para a leitura do texto completo. Ficaram 08 artigos considerados incluídos para a leitura na íntegra. Após a leitura de todos os artigos, foi excluído 01 por não dialogar com a pergunta da pesquisa. Assim, ficaram 07 artigos considerados incluídos na Revisão Integrativa.

Figura 1. Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos artigos incluídos na revisão



Fonte: Elaboração Própria

Resultados

De acordo com as análises realizadas nos 07 artigos incluídos, ficou demonstrado que: i) através da sintaxe definida não foi possível localizar artigos nacionais; ii) a maioria dos artigos identificados são da década de 60 e 70 (05 artigos); iii) 06 artigos trabalharam o tema HPP dentro da perspectiva de análise de desempenho e escala; iv) e somente 01 trouxe o tema na perspectiva assistencial e sua inserção dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Também foi possível observar que a tensão entre escala e eficiência *versus* política e capital simbólico popular foi citada de forma indireta em 02 artigos.

Os principais achados dos estudos selecionados nesta revisão estão sistematizados no quadro-síntese a seguir. Para essa finalidade, as informações foram organizadas com base em duas dimensões de análise: abordagem sobre hospitais de pequeno porte e aspectos econômicos dos hospitais de pequeno porte.

Quadro 1 - Artigos incluídos na revisão, segundo: autor, ano, objetivos, metodologia e abordagens de análise. Julho, 2025.

Artigo	Autor - Ano	Objetivo	Metodologia	Abordagem sobre Hospital de Pequeno Porte	Aspectos Econômicos dos HPP
Custo e eficiência hospitalar: o tamanho do hospital e o tipo de propriedade realmente importam?	Coyne et al, 2009 ¹⁰	Investigar se o tamanho e o tipo de propriedades hospitalares influencia significativamente os	Estudo observacional transversal	Apresentaram os custos e eficiência de unidades hospitalares de pequeno porte.	Apresentam custos semelhantes aos de hospitais maiores, nível de eficiência mais baixo, tendem a ter baixa taxa de ocupação e menor economia de escala. Podem ser economicamente viáveis, desde que haja apoio adequado

		resultados de eficiência e custo dos hospitais no estado de Washington, EUA.			através de subsídios governamentais ou políticas específicas. Mesmo com custos altos, desempenham papel crítico em áreas rurais e seu fechamento pode impactar a saúde desta população.
Hospitais pequenos/ rurais devem inovar em 1980.	Schumacher et al, 1980 ¹¹	Identificar os desafios enfrentados por hospitais pequenos e rurais, destacar a importância da inovação e propor estratégias práticas.	Narrativa e argumentativa	Abordam os aspectos assistenciais dos HPP e sua participação na rede de serviços de saúde, trazendo ainda a relação regional como ponto importante neste cenário de economia de escala.	Margens financeiras muito limitadas, baixo volume de pacientes e a baixa taxa de ocupação dos leitos elevando o custo por paciente. Ausência de economia de escala, despesas fixas elevadas para atender a poucos, dificuldade para equilibrar as contas. Necessidade de investir em inovação, parcerias interinstitucionais, redefinição do escopo de serviços, investimento em tecnologia apropriada. Reforma no financiamento e

					estímulo a regionalização de serviços.
O desempenho da fusão de hospitais.	Treat, T F; 1976 ¹²	Examinar o impacto das fusões no desempenho dos hospitais.	Análise comparativa quantitativa	Analisa o desempenho dos hospitais que passaram por processos de fusão nos Estados Unidos. Observando a melhoria de eficiência operacional, o impacto nas taxas de ocupação e mortalidade e os diversos resultados alcançados.	HPP após a fusão puderam obter ganhos em eficiência operacional ao combinar recursos, reduzindo custos fixos e melhorando a utilização de seus recursos. As fusões podem melhorar a sustentabilidade financeira de hospitais pequenos, no entanto, o estudo também observou que a integração de diferentes instituições pode levar a custos inesperados relacionados a harmonização de sistemas administrativos, culturais e operacionais.

<p>Quantos leitos um departamento hospitalar deve atender?</p>	<p>Thomas, D E e Stoke, H H , 1976 ¹³</p>	<p>Determina r o número ideal de leitos hospitalares que um departamento deve atender para operar de forma eficiente e com o menor custo possível.</p>	<p>Análise comparativa de centro de custos de determinados setores de hospitais selecionados.</p>	<p>Não fazem uma abordagem direta, mas apresentam nuances onde indiretamente estão relacionadas a quantidade de leitos e as especialidades médicas assistenciais prioritárias nos HPP. Possibilitam do assim a reflexão sobre estas unidades de saúde.</p>	<p>Não menciona diretamente os HPP mas traz análises de custo setoriais e o cálculo de máximo e mínimo dos mesmos. O que possibilita a análise de eficiência relacionado ao número de leitos. Apresenta os custos de diversos setores das unidades, no entanto por não analisar ² importantes variáveis: divisão de trabalho e intensidade do cuidado, ou seja a especificidade de cada serviço. Nos aspectos quantitativos apresentados é possível verificar que determinados setores como lavanderia, teriam um custo menor se fossem utilizados de forma regional, alcançando uma escala maior de</p>
--	--	--	---	--	---

					<p>atuação. Assim como os serviços laboratoriais também. A nível de força de trabalho, a equipe de enfermagem por exemplo, não foi impactada pelo número de leitos, sendo os gastos dos HPP proporcionais ao seu tamanho. Não define quantos leitos seriam o ótimo por não aprofundarem a análise nos indicadores assistenciais de especificidade.</p>
<p>Uma análise de hospitais com fins lucrativos operados em cadeia.</p>	<p>Ferber, B; 1971¹⁹</p>	<p>Apresentar dados que documentem o status dos hospitais operados por rede.</p>	<p>Análise exploratória de dados através da coleta em documentos.</p>	<p>Apresenta um relatório comparativo entre três tipos de hospitais: hospitais com fins lucrativos operados por redes de sociedades anônimas</p>	<p>Os HPP operados em rede possuem melhor economia de escala, os hospitais maiores estão localizados em áreas metropolitanas. Os HPP em rede se comportam melhor a nível de acreditação e certificação que os maiores filantrópicos no Medicare.</p>

				<p>públicas, outros hospitais privados com fins lucrativos e hospitais sem fins lucrativos (gerais e especiais de curto prazo, não federais). O estudo analisa dados de 1969 relacionado s a diversos aspectos operacionai s, como número e localização dos leitos, serviços oferecidos, tempo médio de internação, taxa de ocupação,</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>recursos humanos e despesas. O objetivo do artigo não é avaliar, mas estabelecer uma base de referência para acompanhar desenvolvimentos futuros. Neste contexto de apresentação de dados é que os HPP aparecem.</p>	
<p>Retornos de escala em hospitais: uma revisão crítica de pesquisas recentes.</p>	<p>Hefty, T R; 1969²⁰</p>	<p>Analisar criticamente as evidências empíricas sobre os retornos de escala em hospitais.</p>	<p>Revisão crítica de literatura</p>	<p>Analisa o progresso alcançado no estudo de economias de escala em hospitais, constatando que historicamente a curva de custo médio de</p>	<p>HPP são menos eficientes e estão posicionados na parte inicial da curva de U, onde a escala torna seus custos maiores. Possuem um potencial para ganho se a escala for aumentada o que dilui os gastos fixos, o aumento da produção leva a uma</p>

				<p>longo prazo parece ter a forma de U, com custos médios mínimos na faixa de 200 a 300 leitos. Também diz que estudos empíricos não excluem a possibilidade de uma curva em L como em outros setores. Neste cenário aparecem as análises em HPP.</p>	<p>redução do custo médio por unidade de serviço. Do ponto de vista econômico ampliar o tamanho ou o volume de produção pode levar a fase crescente da curva. A qualificação da gestão também pode impactar na eficiência, considerando que um aumento expressivo sem qualidade pode levar a uma ineficiência do serviço.</p>
<p>Volta à escala na produção de serviços hospitalares.</p>	<p>Berry Junior, R E; 1967 ²¹</p>	<p>Investigar a existência ou não de economias de escala na produção de serviços</p>	<p>Análise crítica e estatística da produção de serviços hospitalares</p>	<p>Busca responder a pergunta problema: se novas instalações forem construídas ou as</p>	<p>Economicamente desvantajoso sob a lógica de economia de escala, com custos médios mais altos e baixa eficiência produtiva. O autor reconhece que a decisão sobre sua</p>

		hospitalares		<p>existentes forem expandidas, qual é o tamanho apropriado de um hospital? Existe um tamanho ideal para hospitais? As respostas a essas perguntas exigem o conhecimento da natureza da estrutura interna de custos dos hospitais a longo prazo. Existem economias ou desigualdades de escala na produção de serviços hospitalares? Menciona</p>	<p>manutenção ou reorganização devem levar em conta fatores além do custo, como acesso, equidade e necessidades regionais. Sugere que a consolidação de hospitais ou a regionalização dos mesmos pode gerar ganhos de eficiência.</p>
--	--	--------------	--	--	---

				<p>que os hospitais não podem somente ser avaliados pelo número absoluto de leitos mas também pelo serviço que presta e a quantidade.</p> <p>E neste cenário que, através da narrativa aparecem os hospitais pequenos.</p>	
--	--	--	--	--	--

Discussão

Esta seção tem como propósito discutir os principais achados obtidos nesta revisão, considerando as duas dimensões analíticas previamente definidas: (i) abordagem sobre os hospitais de pequeno porte (HPP) e (ii) os aspectos econômicos associados a esse tipo de estabelecimento de saúde. A análise foi conduzida de maneira contextualizada, buscando relacionar os achados com a literatura científica atual. Além de identificar pontos de convergência e divergência entre os estudos revisados, procura-se refletir sobre as implicações desses resultados para a situação atual dos HPP, especialmente no contexto das políticas públicas de saúde.

Abordagem sobre os hospitais de pequeno porte (HPP)

A abordagem sobre os hospitais de pequeno porte se tornou discreta no Brasil após a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994⁸. Com a implantação do Programa e o foco da saúde voltado para o fortalecimento e expansão do mesmo nos municípios pequenos, onde estas unidades hospitalares normalmente estão presentes, foram perdendo relevância para as discussões científicas locais. A partir deste cenário, a perspectiva das discussões foram se pautando em questionamentos relacionados ao desempenho dos mesmos considerando a atuação do PSF e a regionalização da atenção hospitalar⁹.

Nos estudos identificados a abordagem sobre os HPPs vem seguida de análises de cunho econômico clássico, focada no desempenho, produtividade, capacidade de atendimento e economia de escala.

Coyne *et al* (2009)¹⁰, aborda o tema com o objetivo de investigar se o tamanho e o tipo de propriedade dos hospitais influenciam significativamente os resultados de eficiência e custo dos hospitais no estado de Washington, EUA, abordam sobre HPPs apresentando os custos e eficiência de unidades hospitalares de pequeno porte.

Munroe e Schuman, em 1980¹¹, em uma narrativa argumentativa sobre hospitais pequenos/ rurais, identificam os desafios enfrentados por hospitais pequenos e rurais, destacam a importância da inovação e propõem estratégias práticas. Único artigo que aborda os aspectos assistenciais dos HPPs e sua participação na rede de serviços de saúde, dentre os incluídos na revisão, traz ainda a relação regional como ponto importante neste cenário de economia de escala.

Sobre o desempenho da fusão de hospitais, Treat, em 1976¹², examina o impacto das fusões no desempenho dos hospitais. Analisa o desempenho dos hospitais que passaram por processos de fusão nos Estados Unidos, observando a melhoria de eficiência operacional, o impacto nas taxas de ocupação e mortalidade e os diversos resultados alcançados. Nesta análise surgem a abordagem dos hospitais de pequeno porte.

Em 1976, Thomas e Stokes¹³, fizeram uma análise com o objetivo de determinarem o número ideal de leitos hospitalares que um departamento deve atender para operar de forma eficiente e com o menor custo possível. Não mencionam diretamente os HPP, mas trazem análises de custo setoriais e o cálculo de máximo e mínimo dos mesmos, o que possibilita a análise de eficiência relacionado ao número de leitos.

Correlacionando e refutando Thomas e Stokes temos a divulgação realizada pelo Observatório de Política e Gestão Hospitalar da Fiocruz¹⁴, onde cita que o estado da Bahia adotou um novo Plano de Atenção Hospitalar, estruturado com foco na ampliação do acesso e na garantia da integralidade do cuidado em saúde. Onde esse plano propôs a reclassificação das unidades hospitalares com base no papel desempenhado na rede de atenção à saúde, ultrapassando o critério tradicional centrado apenas na quantidade de leitos disponíveis. Trata-se de uma estratégia de governança estadual voltada para o fortalecimento das regiões de saúde, por meio da otimização de estruturas hospitalares previamente subutilizadas.

Quando analisamos os pontos de convergência e divergência entre os estudos revisados e os correlacionados, é possível identificarmos a tensão narrada por Souza et al. (2019)⁵ no artigo “Atuação dos hospitais de pequeno porte de pequenos municípios nas redes de atenção à saúde”, ao utilizarem conceitos de Pierre Bourdieu, como capital simbólico, *habitus* e campo, para se compreenderem as práticas e os valores sociais que sustentam a manutenção dessas instituições. E conclui que a existências deles é pautada em valores sociais de fatores simbólicos e políticos.

Tais estudos demonstram uma tensão entre escala, eficiência versus política e capital simbólico popular.

Aspectos Econômicos dos HPP

A análise dos hospitais de pequeno porte (HPPs) evidencia uma tensão persistente entre a lógica neoclássica — que enfatiza eficiência, racionalidade econômica e controle de custos — e uma abordagem baseada na economia social, centrada na equidade, coesão territorial e acesso universal aos serviços de saúde. Enquanto a perspectiva neoclássica prioriza critérios quantitativos como taxa de ocupação, produtividade e minimização de custeio marginal, muitas dessas unidades não atingem escala suficiente para serem consideradas eficientes segundo esse parâmetro, tornando-se vulneráveis à proposição de fechamento ou fusões¹⁵. Por outro lado, a economia social valoriza o papel dos HPPs na manutenção da rede pública, principalmente em regiões periféricas ou de baixa densidade populacional, assegurando o direito à saúde e presença institucional do SUS¹⁶. Essa tensão repercute em políticas públicas como a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP) lançada em 2004, que buscou conciliar escala e acesso sem sacrificar a função social dessas unidades Carpanez e Malik 2021¹.

Coyne *et al* (2009)¹⁰ conclui em seu estudo que o custo do HPP é semelhante aos de hospitais maiores, que o nível de eficiência é mais baixo, que tendem a ter baixa taxa de ocupação e menor economia de escala. Podem ser economicamente viáveis, desde que haja apoio adequado através de subsídios governamentais ou políticas específicas. Mas que mesmo com custos altos, desempenham papel crítico em áreas rurais e seu fechamento pode impactar a saúde desta população. Guerra *et al*¹⁷, ao analisarem o desempenho de 26 hospitais brasileiros em 2012, usando a análise envoltória de dados (DEA), argumentam que a eficiência hospitalar é multifacetada e não pode ser determinada apenas por métricas financeiras. Eles enfatizam a importância dos insumos operacionais e sugerem que hospitais menores podem demonstrar maior eficiência devido à menor complexidade operacional. Ainda citando a importância dessas unidades e o papel crítico que desempenham em determinadas áreas e o impacto do seu fechamento a saúde da população, descrito por Coyne *et al* (2009)¹⁰, Souza *et al*⁵ no artigo *Atuação dos hospitais de pequeno porte de pequenos municípios nas redes de atenção à saúde*, em 2019, ou seja, 10 anos após esta primeira citação, diz:

A realização de internações e cirurgias de baixa complexidade também contribui para reforçar o papel do hospital nos Municípios de Pequeno Porte, além de manter o munícipe próximo de sua família, oferece a vantagem, na visão dos participantes, de desafogar os hospitais de maior porte que se localizam em centros urbanos maiores.

Munroe e Schuman¹¹, em 1980, apontam as margens financeiras dos HPPs muito limitadas, o baixo volume de pacientes e a baixa taxa de ocupação dos leitos elevando o custo por paciente. Ainda menciona a ausência de economia de escala, despesas fixas elevadas para atender a poucos, dificuldade para equilibrar as contas. Aponta a necessidade de investir em inovação, parcerias interinstitucionais, redefinição do escopo de serviços, investimento em tecnologia apropriada, reforma no financiamento e estímulo a regionalização de serviços. Sobre este aspecto, em 2021, Carpanez e Malik¹⁸ mencionam a descrição feita pela OMS em que apresenta as 10 principais causas de ineficiência em serviços de saúde, dentre elas: internações hospitalares desnecessárias, tempo de permanência acima do desejado, baixa utilização das infraestruturas hospitalares e dimensão hospitalar inapropriada.

Treat¹², em 1976, sobre os aspectos econômicos, relata que os HPPs, após a fusão, puderam obter ganhos em eficiência operacional ao combinar recursos, reduzindo custos fixos e melhorando a utilização de seus recursos. As fusões podem melhorar a sustentabilidade financeira de hospitais pequenos, no entanto, o estudo também observou que a integração de diferentes instituições pode levar a custos inesperados relacionados à harmonização de sistemas administrativos, culturais e operacionais.

Thomas e Stokes¹³, não mencionam diretamente os HPP, mas trazem análises de custo setoriais e o cálculo de máximo e mínimo dos mesmos, o que possibilita a análise de eficiência relacionado ao número de leitos. Apresentam os custos de diversos setores das unidades; no entanto, por não analisarem 2 importantes variáveis (divisão de trabalho e intensidade do cuidado), ou seja, a especificidade de cada serviço, não é possível correlacionar. Nos aspectos quantitativos apresentados, é possível verificar que determinados setores, como lavanderia, teriam um custo menor se fossem utilizados de forma regional, alcançando uma escala maior de atuação. Assim como os serviços laboratoriais também. A nível de força de trabalho, a equipe de enfermagem, por exemplo, não foi impactada pelo número de leitos, sendo os gastos dos HPPs proporcionais ao seu tamanho. Não define quantos leitos seriam o ótimo, por não aprofundarem a análise nos indicadores assistenciais de especificidade.

Correlacionando com o estudo de Carpanez e Malik¹, 2021, temos que hospitais com menos de 200 leitos tem sua eficiência reduzida, e que alguns países adequaram sua assistência hospitalar com o objetivo de se concentrar nos grandes centros urbanos, o que no Brasil foi planejado através da regionalização.

Também sobre os aspectos de regionalização, tem-se que os HPPs operados em rede possuem melhor economia de escala; os hospitais maiores estão localizados em áreas metropolitanas. Os HPPs em rede se comportam melhor a nível de acreditação e certificação que os maiores filantrópicos no Medicare. Estes achados estão relacionados ao artigo de Ferber¹⁹, de 1971, que ao analisar os hospitais com fins lucrativos operados em cadeia apresenta que os HPPs operados em rede possuem melhor economia de escala, que os hospitais maiores estão localizados em áreas metropolitanas. Os HPP em rede se comportam melhor a nível de acreditação e certificação que os maiores filantrópicos no *Medicare*.

Hefty²⁰, ao analisar o progresso alcançado no estudo de economias de escala em hospitais, aborda que os HPPs são menos eficientes e estão posicionados na parte inicial da curva de U, onde a escala torna seus custos maiores. Possuem um potencial para ganho se a escala for aumentada, o que dilui os gastos fixos; assim o aumento da produção leva a uma redução do custo médio por unidade de serviço. Do ponto de vista econômico, ampliar o tamanho ou o volume de produção pode levar à fase crescente da curva. A qualificação da gestão também pode impactar na eficiência, considerando que um aumento expressivo sem qualidade pode levar a uma ineficiência do serviço.

A definição do porte ideal de um hospital tem sido, recorrentemente, objeto de questionamento e debate na literatura especializada. Em 1967, Junior²¹, ao analisar criticamente a existência ou não de economias de escala na produção de serviços hospitalares, menciona que os hospitais não podem somente ser avaliados pelo número absoluto de leitos, mas também pelo serviço que presta e a quantidade. É neste cenário que, através da narrativa, aparecem os hospitais pequenos. Segundo o texto, economicamente desvantajoso sob a lógica de economia de escala, com custo médios mais altos e baixa eficiência produtiva, o autor reconhece que a decisão sobre sua manutenção ou reorganização deve levar em conta fatores além do custo, como acesso, equidade e necessidades regionais. Sugere que a consolidação de hospitais ou a regionalização deles pode gerar ganhos de eficiência.

Podemos correlacionar com o apresentado pelo Cenário dos Hospitais no Brasil 2021–2022⁷ que destaca: a extensa fragmentação da rede hospitalar nacional limita a economia de escala natural entre as unidades; sem dimensão adequada, os hospitais não conseguem diluir custos fixos, reduzindo a eficiência operacional; políticas que promovam reorganização em escala regional — por meio de centralização de recursos, fusões ou

redes integradas de cuidado — são vistas como caminhos relevantes para aprimorar o desempenho econômico e assistencial da rede hospitalar brasileira.

Considerações Finais

Com base na revisão realizada, é possível afirmar que os hospitais de pequeno porte (HPP) se inserem em um campo de complexa tensão entre aspectos econômicos, assistenciais e simbólicos. A análise das duas dimensões propostas — a abordagem sobre os HPP e os aspectos econômicos a eles associados — revelou que, do ponto de vista estritamente técnico e econômico, essas unidades apresentam limitações relevantes, como baixa taxa de ocupação, reduzida economia de escala e custos operacionais elevados, conforme evidenciado por autores como Coyne *et al* (2009), Munroe & Schuman (1980) e Hefty (1969). Estudos como o de Treat (1976) apontam que estratégias de reorganização, como fusões hospitalares e redes integradas, podem contribuir para ganhos em eficiência operacional e sustentabilidade financeira, sugerindo caminhos alternativos à manutenção isolada dessas estruturas.

Por outro lado, autores como Souza *et al*⁵ e Guerra *et al*¹⁷ chamam atenção para a multifacetada função dos HPP, que vai além da lógica econômico-produtiva. Esses hospitais cumprem papéis sociais e assistenciais fundamentais, sobretudo em contextos rurais e remotos, garantindo o acesso local ao cuidado, acolhendo a população em seu território e, muitas vezes, evitando deslocamentos que poderiam comprometer a continuidade e a integralidade da atenção. O uso de categorias analíticas como *capital simbólico* e *habitus*, inspiradas em Pierre Bourdieu, permite compreender como essas instituições adquirem legitimidade junto à comunidade e à esfera política local, o que frequentemente sustenta sua permanência mesmo diante de fragilidades operacionais.

A literatura também aponta a importância de abordagens contextuais, como exemplificado pela experiência do estado da Bahia, que reclassificou os hospitais não apenas pelo número de leitos, mas pelo papel desempenhado na rede de atenção, buscando valorizar sua função estratégica regional. Ainda, o relatório da Confederação Nacional de Saúde (2022)⁷ reforça que a fragmentação da rede hospitalar dificulta a obtenção de economia de escala e defende políticas de regionalização, redesenho funcional e uso racional das estruturas existentes.

Dessa forma, a conclusão que se impõe é a de que os HPP não podem ser avaliados apenas por indicadores de custo e eficiência produtiva. A decisão sobre sua permanência ou reorganização deve considerar a articulação entre desempenho técnico-econômico,

relevância assistencial e valor social. Caminhos como a regionalização, a integração em redes, o redimensionamento funcional e o financiamento público direcionado surgem como alternativas possíveis e necessárias para garantir tanto a sustentabilidade do sistema quanto o direito à saúde nos territórios mais vulneráveis. Assim, reconhece-se que o debate sobre os HPPs exige uma visão sistêmica, que una racionalidade econômica à responsabilidade social e política.

Referências

1. Carpane LR, Malik A. O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021;26(4):1289–98.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.044, de 01 de junho de 2004. Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1044_01_06_2004.html
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 287, de 28 de junho de 2004. Institui o valor para o cálculo do orçamento global para os estabelecimentos hospitalares de pequeno porte. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0287_28_06_2004.html
4. Bahia L, Cunha CLF. Construção de hospitais de pequeno porte como política de saúde: um caso emblemático no estado do Maranhão, Brasil. *J Manag Prim Health Care.* 2014;5(1):74–85.
5. Souza FEA, Nunes EFP, 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):143–56.
6. Ugá MAD, Lopez EL. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Ciênc. Saúde Colet.* 2006;12(4):915–28.
7. Federação Brasileira de Hospitais; Confederação Nacional de Saúde. Cenário dos Hospitais no Brasil 2021–2022. 2020. Disponível em: <http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2022/07/CNSAUDE-FBH-CENARIOS-2022.pdf>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 1994. Institui o Programa Saúde da Família no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União.* 1994 out 6; Seção 1.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 2010 dez 31; Seção 1 [Internet]. Disponível em:https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 6 ago. 2025.
10. Coyne JS, Richards MT, Short R, Shultz K, Singh SG. Hospital cost and efficiency: Do hospital size and ownership type really matter? *J Healthc Manag.* 2009;54(3):163–76.
11. A MS, Schuman J. Small/rural hospitals must innovate in '80. *Hospitals.* 1980;54(3):99–101.
12. F TT. The performance of merging hospitals. *Med Care.* 1976;14(3):199–209
13. E TD, H SH. How many beds should a hospital department serve? *Health Serv Res.* 1976;11(3):241–51.
14. Observatório Política e Gestão Hospitalar da Fiocruz. Plano de atenção hospitalar da SESAB: mais elementos acerca desta política. Disponível em: <https://observatoriohospitalar.fiocruz.br/debates-e-opinioes/plano-de-atencao-hospitalar-da-sesabba-mais-elementos-acerca-desta-politica-0>
15. Braga J, De Paula AC. Dimensionamento da economia política na economia da saúde: reflexões sobre sustentabilidade. *Saúde Debate.* 2022;46(spe4):124–34.
16. Teixeira MC. A contribuição do pensamento da saúde coletiva à economia política da saúde. *Polít Soc.* 1989;1(1):69–88.
17. Guerra M, Souza AA, Moreira DR. Performance analysis: a study using data envelopment analysis in 26 Brazilian hospitals. *J Health Care Finance.* 2012 Aug;39(1):1–12.
18. Carpanez LR, Malik AM. O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021;26(4):1289–98.
19. Ferber B. An analysis of chain-operated for-profit hospitals. *Health Serv Res.* 1971;6(1):49–60.
20. R HT. Returns to scale in hospitals: a critical review of recent research. *Health Serv Res.* 1969;4(4):267–80.
21. E BR. Returns to scale in the production of hospital services. *Health Serv Res.* 1967;2(3):123.