

O elo fraco da resiliência territorial: hospitais rurais no Vale do Rio Pardo/RS

The weak link in territorial resilience: rural hospitals in the Rio Pardo Valley/RS

Markus Erwin Brose

Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul (RS), Brasil

Mânon Dalize Regert Müller

Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul (RS), Brasil

GT 13 – Estudos interdisciplinares no rural

Resumo: Este trabalho constitui primeira comunicação sobre pesquisa em andamento que visa contribuir ao planejamento para a ampliação da capacidade de resiliência a desastres no Vale do Rio Pardo, com foco em organizações endógenas do campo da agricultura familiar. Na etapa inicial realizamos diagnóstico das lições aprendidas na resposta às inundações de abril de 2024, mediante coleta de relatos de moradores urbanos e produtores rurais ribeirinhos nos municípios que integram a microbacia do rio Pardo. Na segunda etapa, com base no referencial de Resiliência Territorial e *Build Back Better* o grupo de pesquisa estabeleceu a resiliência como bem comum a ser fomentado nesta região rural com enfoque interdisciplinar. Na terceira etapa, ora em curso, estabelecemos hipóteses quanto ao ponto forte, e o ponto mais fraco, da rede de atores locais que detém a capacidade de resiliência, iniciando um processo de coleta de dados para cada um destes. Destacamos o conjunto único de hospitais rurais no Vale do Rio Pardo como sendo o elo mais frágil da resiliência territorial a ser priorizado no âmbito do esforço de planejamento e preparação para o próximo desastre. Os primeiros resultados indicam a validade desta hipótese, na medida que, em apenas uma década, o número de pequenos hospitais na região caiu de 17 para 13 instituições ativas, que passam por frequentes crises de gestão e alto nível de endividamento, estando duas sob intervenção pelo Ministério Público.

Palavras-chave: desastres, gestão de riscos, build back better.

Abstract: This paper is the first report on ongoing research aimed at contributing to planning efforts to enhance disaster resilience in the Rio Pardo Valley, with a focus on grassroots organizations originated by small farmers. In the initial phase, we conducted an assessment about lessons learned from the response to the April 2024 floods, through the collection of accounts from urban residents and riverside farmers in the municipalities that make up the Pardo River micro-basin. In the second phase, based on the Territorial Resilience and Build Back Better frameworks, the research group established resilience as a common good to be fostered in this rural region through an interdisciplinary approach. In the third stage, currently underway, hypotheses were formulated regarding the strengths and weaknesses of the network of local actors possessing resilience capacity, initiating a data collection process for each of these. We highlight the unique set of rural hospitals in the Rio Pardo Valley as the weakest link in territorial resilience that must be prioritized within the scope of planning and preparation efforts for the next disaster. The initial results indicate the validity of this hypothesis, as, in just a decade, the number of small hospitals in the region has fallen from 17 to 13 active institutions, which face frequent management crises and high levels of debt, with two currently under intervention by the Public Prosecutor's Office.

Keywords: disasters, risk management, build back better.

1. Introdução

A resiliência de pequenos hospitais em casos de desastre é fundamental para manter os cuidados de saúde essenciais à comunidade local. Pequenos hospitais rurais estão na linha de frente na resposta à mudança climática nas bacias hidrográficas e sua qualificação constitui um componente crítico da gestão de riscos, conforme reconhecido por diretrizes da Organização Mundial da Saúde e do Marco de Sendai para Redução de Riscos e Desastres 2015-2030.

Os serviços de saúde que devem ser ofertados de forma dispersa no território e próximos aos locais de moradia e trabalho são aqueles que são sensíveis à distância, tanto para populações

urbanas, quanto rurais. Ou seja, faz diferença a proximidade dos serviços de atenção básica para o acesso e uso pela população. A oferta próxima aos locais de moradia e circulação cotidiana da população é particularmente importante para serviços preventivos ou para o manejo de doenças em estágios não sintomáticos.

Apesar de desempenharem um papel crucial, os pequenos hospitais rurais enfrentam vulnerabilidades estruturais significativas no país, especialmente no contexto de desatualização dos valores de reembolso pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e prolongamento de dívidas por parte do governo estadual. Eles são cruciais para o atendimento em cidades do interior e áreas rurais remotas, mas lutam para sobreviver devido a fragilidades financeiras, técnicas e de gestão. Prestam serviços essenciais à qualidade de vida da sociedade, porém, frequentemente são lembrados apenas em momentos de crise.

Este quadro não é diferente para o Vale do Rio Pardo, região cuja economia está baseada na agricultura familiar, onde um conjunto de 13 pequenos e médios hospitais, e um grande hospital, atua em modo de crise financeira quase que permanente, limitando sua capacidade de atendimento em desastres, demandando esforços heroicos pelas equipes, por exemplo vivenciado na pandemia do Covid-19 ou nas inundações de 2024.

Diante desse cenário, torna-se necessário aprofundar o conceito de resiliência, a fim de compreender como essas instituições respondem a situações de crise. A raiz da palavra resiliência está no verbo *Resilire* em Latim que significa "saltar para trás", "ricochetear" ou "retornar", sendo composto pelo prefixo re- (de novo, para trás) e salire (saltar). Originalmente descrevia na Física a capacidade de materiais para retornar à sua forma original após deformação. Hoje em dia o conceito de resiliência é multifacetado, utilizado com diferentes significados em contextos diversos.

Apesar da utilização diversificada do termo resiliência em múltiplos campos, isso não implica que seja irreconhecível a ponto de perder sua utilidade. Existe um conjunto de características em comum para esta palavra:

- 1 As aplicações do conceito de resiliência se referem a riscos e ameaças fora do cotidiano, sendo resiliência a capacidade de superar eventos extremos.
- 2 Resiliência tem resultados positivos, implicando na capacidade de absorver impactos e retornar ao estágio anterior ou talvez até a uma nova situação melhor que antes.
- 3 Resiliência significa estar preparado, uma capacidade que pode ser ampliada com o tempo, de forma planejada.

4 A capacidade de resiliência depende de visão estratégica, vontade política e da continuidade de propósito, seja do indivíduo, do grupo ou da sociedade.

5 Pessoas, grupos ou sociedades que bloqueiam inovações e mudanças tendem a não serem resilientes.

6 Para ampliar a capacidade de resiliência há necessidade de aprender com erros e falhas de catástrofes passadas, comunicar de forma transparente os aprendizados e adotar recomendações decorrentes da experiência prévia.

7 A capacidade da resiliência depende da habilidade de mobilização e engajamento coletivo para alcançar objetivos compartilhados.

A adição do adjetivo “territorial” à resiliência confere um significado específico, descrevendo a capacidade de um espaço delimitado, uma vila, uma cidade ou uma região, de resistir, absorver e se recuperar de choques (como desastres, crises econômicas ou guerras). Mantendo ou ampliando suas funções essenciais e o bem-estar da população, através de planejamento, infraestrutura, governança e participação comunitária para um futuro mais seguro.

É no âmbito dessas estratégias de reconstrução que se insere o conceito de *Build Back Better*, como uma abordagem orientada ao fortalecimento da resiliência territorial, sendo frequentemente traduzido para o português como "Reconstruir Melhor" ou, mais formalmente, "Reconstrução Resiliente". O termo refere-se a uma abordagem estratégica pós-desastre que visa aproveitar a fase de reconstrução para tornar as comunidades mais fortes, seguras e resilientes a futuros desastres, em vez de apenas restaurar o que existia antes. Este conceito constitui uma das quatro prioridades do Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres, que orienta os países a "construir melhor e de maneira mais segura".

2. Revisão da Literatura

2.1 A contribuição do debate internacional

A problemática dos pequenos hospitais em meio rural tem sido amplamente discutida no cenário internacional, especialmente diante de desafios relacionados à sustentabilidade financeira, à escala de atendimento e ao acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, a literatura reúne evidências relevantes sobre os impactos de processos de fechamento, fusão e reestruturação dessas instituições.

Revisão do estado da arte por Vaughan e Edwards (2020) enfatiza que o risco de fechamento dos pequenos hospitais, especialmente no meio rural, constitui um problema

conhecido internacionalmente. Balasubramanian e Jones (2016) analisam a aceleração do fechamento de pequenos hospitais rurais nos Estados Unidos, a partir de 2010, e estimam que 25% destas instituições estão à beira do colapso. Na Alemanha, estudo por centro de pesquisa mantido por grandes empresas recomendou o fechamento de até metade dos hospitais do país (Loos; Albrecht; Zich, 2019). No mesmo ano, mais de 660 médicos de pequenos e médios hospitais na França ameaçaram demissão se não houvesse ampliação de recursos para manutenção da qualidade no atendimento (Chrisafis, 2019), os protestos tem se repetido por anos, especialmente durante a pandemia do Covid-19.

Porém, Vaughan e Edwards (2020) argumentam que os hospitais de muito grande porte (acima de 500 leitos, excepcionalmente com até 7 mil leitos na China), supostamente mais eficientes e apontados como uma “solução” para a sustentabilidade do atendimento à saúde, são antes uma exceção que a regra. Os autores enfatizam que a maioria dos hospitais nos países da Europa, e em outros países centrais como nos EUA ou na Austrália, conta apenas entre 100 a 250 leitos. No Reino Unido, berço da copecção para o SUS brasileiro, mais de 50% da população, urbana e rural, é atendida em unidades consideradas pequenas.

Mas a comparação é complexa, por exemplo, nos EUA uma unidade de atendimento emergencial é considerada pequena e rural quanto comporta menos que 25 leitos e está a menos que 60 km do próximo hospital, um hospital de pequeno porte conta menos de 100 leitos. Enquanto no Reino Unido o porte é mensurado pelo faturamento anual, assim, mesmo um hospital com 480 leitos pode ser considerado de pequeno porte (USA, 2025).

Independente das especificidades nacionais, Vaughan e Edwards (2020) sustentam que a solução usualmente proposta por consultorias e gestores públicos, a concentração de serviços especializados como partos e cirurgias em hospitais de maior porte até à fusão em hospitais que atuem em escala considerada economicamente viável, não tem resultado em melhoria no atendimento aos moradores em regiões rurais ou de difícil acesso. Após o fechamento de unidade de saúde, a população se vê obrigada a dirigir mais longe, ou utilizar mais ambulâncias até o hospital mais próximo, ampliando os custos e a complexidade da logística.

Neste sentido, a revisão sistemática por Giancotti; Guglielmo e Mauro (2017) confirma que a bibliografia internacional entre 1945 e 2014 não apoia a hipótese de que a fusão e a concentração de serviços de saúde asseguram maior eficiência e qualidade no atendimento. Em escala nacional, por exemplo, Gaynor; Laudicella e Propper (2011) avaliaram o fechamento de 112 hospitais públicos no Reino Unido, entre 1997 e 2006, concluindo que as fusões não

alcançaram o impacto desejado pelo governo quanto a indicadores como o desempenho financeiro, a produtividade, o tempo de espera ou a qualidade no atendimento. Os autores não constataram ganho positivo, para além das desvantagens na redução na capacidade de atendimento e na ampliação do déficit financeiro no sistema público de saúde pela necessidade de quitar o endividamento histórico. Avaliação por Harrison e Ferguson (2011) quanto ao fechamento de hospitais privados nos EUA, também confirma a ausência de evidência quanto à melhoria na qualidade e eficiência dos serviços de saúde.

Quanto às especificidades dos pequenos hospitais em meio rural nos EUA, Mills et al. (2023) realizaram revisão sistemática da bibliografia entre 2005 e 2011. Os autores concluem que, com a fusão ou o fechamento, a longo prazo não são mensuráveis efeitos econômicos positivos, por diversas razões:

- o paciente precisa viajar mais longe para acesso aos serviços de saúde;
- por motivo da distância os familiares tem maior dificuldade em acompanhar e apoiar a recuperação do paciente, o que reduziria o tempo de internação
- ocorreu aumento da taxa de mortalidade;
- houve redução na disponibilidade de centros de exames clínicos;
- foi verificado incremento do êxodo rural;
- a perda das vagas de trabalho e das compras pelos hospitais afetam negativamente a economia local dos pequenos municípios de caráter rural.

Na revisão da experiência internacional, constatamos que a promessa por gestores públicos de que o fechamento ou a fusão de hospitais de pequeno porte no meio rural vai necessariamente resultar em melhor atendimento em hospitais de grande porte em cidades-polo enfrenta regularmente oposição pela população afetada. O que se mostra na disposição de moradores para contribuir em campanhas de arrecadação de fundos, em quermesses, em trabalho voluntário a favor do hospital local. Raramente o fechamento de hospitais de pequeno porte é complementado pela ampliação dos recursos e dos serviços nos grandes hospitais regionais, gerando mais filas e ampliando o tempo de espera nas regiões metropolitanas. “A empiria registra que o fechamento de pequenos hospitais em áreas rurais não tem diminuído o risco à saúde do cidadão, mas transferido este risco do sistema de saúde ao paciente e à família” (Vaughan e Edwards, 2020, p. 41, tradução livre).

Além disso, o cidadão tende a resistir ao fechamento pois avalia a relevância do hospital em sua comunidade não apenas pela qualidade do serviço médico, mas também pela rapidez no

acesso, a logística de deslocamento, o impacto no mercado de trabalho local, a valorização do indivíduo em seu pertencimento a um lugar que importa. Ou seja, a população não quer se sentir ‘esquecida’ quanto à saúde.

Além destes fatores, de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), quatro em cada 10 estabelecimentos de saúde na América Latina e no Caribe estão expostos a ameaças naturais. Assim, a OPAS lançou, em 2024, o Marco de Hospitais Resilientes, com implementação piloto na Colômbia, país que pela geografia sofre frequentes desastres. Neste contexto a resiliência hospitalar é mensurada em dois tipos de abordagens complementares:

- **Resiliência Estrutural (Resiliência Dura):** Refere-se à integridade física do edifício. Envolve o design, localização e construção para suportar sismos, inundações, vendavais e outros desastres naturais, evitando o colapso.
- **Resiliência Não Estrutural e Funcional (Resiliência Suave):** Garante que os serviços essenciais (energia, água, oxigênio, comunicações) continuem funcionando em caso de desastre, através da capacitação do pessoal, planos de contingência, gestão de insumos e reorganização administrativa (OPAS, 2025).

Hospitais resilientes incluem sistemas de energia e água de reserva, planos de gestão de emergências confiáveis (com avaliações de risco, equipes de resposta rápida e exercícios de simulação) e capacitação de pessoal. Um hospital eficaz deve levar em conta os riscos climáticos, enquanto a resiliência operacional é fortalecida pela redundância, o armazenamento de suprimentos essenciais e da garantia de cadeias de suprimento flexíveis. No projeto piloto, os centros modernizados com soluções inteligentes no uso de energia e água na Colômbia alcançaram economias operacionais entre 30% e 60% dos custos fixos. As melhorias energéticas — como painéis solares, baterias de armazenamento elétrico e sistemas de baixo consumo — são o principal motor das economias e do retorno positivo.

2.2 Síntese de duas décadas do debate nacional

No Brasil, a temática dos pequenos hospitais entra na agenda pública a partir de 2004, mediante a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte – PNHPP. A tipologia do porte de hospitais no Brasil, utilizada pelo Ministério da Saúde e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classifica as unidades baseada principalmente na capacidade instalada de leitos (Brasil, 2025):

- **Pequeno Porte (PP):** Capacidade instalada até 50 leitos.

- Médio Porte (MP): Capacidade instalada de 51 a 150 leitos.
- Grande Porte (GP): Capacidade instalada de 151 a 500 leitos.
- Especial/Especializado: Capacidade instalada acima de 501 leitos.

Considerando a existência de um número grande de hospitais de pequeno porte no país, o Ministério da Saúde passou a estimular a mudança de perfil assistencial dessas unidades, desde 2004, por meio da emissão de normas legais. “O que se constata é que essas unidades, em geral, apresentam índices elevados de ociosidade e os valores de remuneração a elas destinado é menor do que o captado pelos hospitais de médio e grande porte, o que termina por inviabilizá-las” (Cunha; Bahia, 2014, p. 253).

A ideia de economia de escala no contexto hospitalar ganhou destaque mais amplo com o advento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), em 2010. A RAS pode ser definida como uma rede de serviços que oferecem ações equitativas e integrais à população, podendo combinar a concentração e a dispersão de certos serviços dentro de determinado território. Os estudos revelaram que as economias de escala só podem ser encontradas em hospitais de mais de 200 leitos, que o tamanho ótimo dos hospitais no país pode estar entre 200 a 400 leitos. Porém, os hospitais com porte de até 50 leitos constituem o maior segmento de estabelecimentos do parque hospitalar brasileiro, representando 68% das unidades e 26% dos leitos hospitalares existentes no país.

Em 2012, teve início a discussão da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). A proposta propunha a exclusão dos hospitais abaixo de 50 leitos e a readequação dos existentes no prazo de três anos, transformando-os em outras modalidades de serviços de saúde. A discussão da PNHOSP se deu conjuntamente à discussão da contratualização com as prefeituras. Durante as discussões da PNHOSP foi sugerido que o tema HPP devesse ser tratado através de portaria específica, dado a sua comprovada relevância pela sua distribuição nas regiões do país e diferentes perfis assistenciais.

A PNHPP estabeleceu diretrizes para a reestruturação dos estabelecimentos hospitalares que possuem entre 5 e 30 leitos visando agregar resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade. Os pequenos hospitais devem adequar seu perfil assistencial, ofertando especialidades básicas (clínicas médica, pediátrica e obstétrica); saúde bucal, em especial para atenção às urgências odontológicas; pequenas cirurgias; e urgência e emergência, integrado ao sistema regional. Um exemplo foi a Resolução 64 da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, de 2014, que inicialmente proibia 88 hospitais de pequeno porte no estado de

realizar partos e cirurgias, visando forçar uma mudança de perfil ou o fechamento de blocos cirúrgicos.

A PNHPP, contudo, não logrou os resultados esperados. Analisando a estrutura e o perfil desses hospitais, foi observado que eles não se ajustaram adequadamente ao processo de redefinição de perfil promovido pelo Ministério da Saúde através do processo de contratualização da gestão. Esta lição foi incorporada na Portaria de Consolidação GM/MS nº 2 de 2017. O objetivo principal desta política é incrementar um novo modelo de organização e financiamento para pequenos hospitais públicos e filantrópicos, que possuam entre 5 e 30 leitos de internação cadastrados no CNES, redefinindo o papel assistencial destes estabelecimentos no SUS.

Em 2024, o Observatório de Política e Gestão Hospitalar da Fiocruz lançou o Painel de Hospitais de Pequeno Porte, plataforma online que reúne informações do CNES. A ferramenta interativa possibilita a visualização dos dados de diferentes maneiras e em várias escalas territoriais (nacional, estadual e municipal), permitindo a análise até o nível de cada estabelecimento de saúde.

O mais recente, o Ministério da Saúde lançou, em 2025, o Guia Nacional de Unidades de Saúde Resilientes, que orienta como unidades de saúde e hospitais devem ser construídos ou adaptados para manter o funcionamento durante eventos climáticos extremos. O guia propõe diretrizes voltadas à garantia da continuidade dos serviços em situações adversas, incluindo o reforço estrutural das edificações, proteção contra inundações, autonomia de sistemas críticos como energia e abastecimento de água, além da incorporação de soluções sustentáveis. Também prevê a padronização de critérios construtivos e a oferta de assistência técnica a estados e municípios, sendo integrado aos projetos do Novo PAC Saúde e alinhado ao Plano Nacional de Adaptação do Setor Saúde (AdaptaSUS). Ao consolidar parâmetros técnicos e operacionais, o documento representa um avanço na institucionalização da resiliência como política pública, visando assegurar o funcionamento do SUS mesmo diante de eventos climáticos extremos (Brasil, 2025).

Nesse contexto, torna-se visível que, apesar dos avanços institucionais, os pequenos hospitais seguem ocupando uma posição de fragilidade estrutural no sistema de saúde, o que compromete sua capacidade de resposta a eventos extremos e reforça sua centralidade no debate sobre resiliência territorial.

3. Metodologia

A presente seção apresenta os procedimentos metodológicos adotados na pesquisa, a qual se caracteriza como de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e analítico. A investigação articula revisão bibliográfica, análise documental e análise empírica, buscando compreender o papel dos pequenos hospitais no contexto da resiliência territorial, a partir da integração de diferentes escalas de análise: internacional, nacional e regional.

A pesquisa em curso teve origem no desastre de abril/maio de 2024. No calor dos acontecimentos, que mantinham o foco da opinião pública na evolução do desastre na Região Metropolitana, o colegiado do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional (PPGDR) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) divulgou manifesto em jornais locais enfatizando a necessidade do engajamento regional pela preparação para o próximo desastre para além da prioridade à Região Metropolitana pelo Estado (Portal Gaz, 25/05/24). E estabelecia o compromisso pelos pesquisadores em participar ativamente do debate acerca da reconstrução melhor que antes no Vale do Rio Pardo.

A articulação com a mídia local deu origem a um programa em parceria com a Rádio Comunitária Santa Cruz do Sul 105,9 FM. Iniciando em setembro de 2024, toda segunda-feira, entre 10h00 e 11h00, um pesquisador do PPGDR esteve no estúdio da rádio falando sobre gestão de riscos em desastres, comentando ações de reconstrução em curso e conversando com mestrandos e doutorandos do programa. Esta inserção na comunidade regional resultou em diversos comentários e questionamentos que deram origem a esta pesquisa.

Moradores da região aproveitaram o programa para fazer ouvir sua reclamação quanto à demora na reconstrução de infraestrutura, da lentidão na entrega de residências, ou na dificuldade de acesso ao auxílio emergencial pelo Estado. O que motivou a realização, entre janeiro e junho de 2025, de coleta de depoimentos de moradores ribeirinhos na microbacia do rio Pardino. Percorrendo o curso do rio nos municípios de Gramado Xavier, onde estão as cabeceiras, Sinimbu, Vera Cruz, Santa Cruz do Sul e Rio Pardo, onde está a foz. Este diagnóstico acerca das inundações de abril de 2024, bem como as lições aprendidas na percepção de amostra de 33 entrevistados foi publicado em formato eletrônico (Brose, 2025), como material didático de acesso gratuito online e que em formato impresso foi distribuído a moradores e escolas da região.

Em 2025 foi formado um grupo de pesquisa composto por oito mestrados e doutorandos do PPGDR visando aprofundar o debate acerca da preparação da comunidade do Vale do Rio Pardo para o próximo desastre. A partir do diagnóstico regional foi estabelecida a hipótese de que, com base nas lições aprendidas com as inundações de 2024, o município de Vera Cruz apresentava a melhor capacidade de resiliência no território, portanto um caso excepcional que merecia uma avaliação mais detalhada. Este estudo está em curso desde dezembro de 2025. Ao mesmo tempo foi debatida hipótese quanto ao elo mais fraco da resiliência na região, identificado o conjunto de pequenos hospitais rurais como atores sociais a merecerem prioridade no planejamento para a gestão dos riscos na bacia hidrográfica.

A hipótese quanto à vulnerabilidade dos pequenos hospitais rurais foi apresentada a uma turma de estudantes da graduação em Licenciaturas, em 2025, que se interessou pelo desafio e formou um grupo de pesquisa composto por oito estudantes. Este conduziu um levantamento da situação atual das unidades de saúde ao longo dos meses de maio e junho de 2025. Foi iniciado com coleta de dados na internet, seguido de contato por email e entrevista por telefone com um gestor de cada um dos hospitais identificados, para confirmação dos dados disponíveis online, bem como registro quanto ao investimento no fornecimento de energia elétrica.

Em etapa complementar, o grupo logrou identificar empresa especializada em eficiência energética e sistemas fotovoltaicos que compartilhou os dados financeiros para uma Unidade de Pronto Atendimento no litoral gaúcho que estava sendo equipada com microusina de painéis solares. Os dados confirmaram a estratégia identificada pela OPAS para pequenos hospitais na Colômbia, com potencial de economia de até 90% nos custos de energia elétrica em pequenos hospitais rurais no RS. O estudo resultou em capítulo em ebook de caráter didático, que os professores podem utilizar em sua futura carreira em escolas do meio rural no Vale do Rio Pardo (Back et al., 2025).

4. Análise de Resultados

Pequenos hospitais comunitários no meio rural no Rio Grande do Sul enfrentam desafios estruturais significativos por motivos diversos, como a baixa escala, a instabilidade financeira e a dificuldade em recrutar e manter funcionários qualificados. Muitos destes hospitais atuam no cotidiano em estresse permanente, à beira da insolvência, sendo sobrecarregados no evento de catástrofes como durante a pandemia do Covid-19 ou nas inundações de 2024.

O contínuo envelhecimento da população rural gaúcha, originou o fechamento de escolas municipais pela redução do número de crianças e adolescentes, somente no Vale do Rio Pardo foram fechadas 121 escolas entre 2010 e 2022. Uma prioridade para os recursos orçamentários liberados deveria ser o fortalecimento da rede de hospitais comunitários que prestam serviços relevantes à população envelhecida. porém, não tem sido esta a realidade. Assim, por exemplo, este tema não foi prioridade na atualização do Plano Estratégico do Conselho Regional de Desenvolvimento para alocação de recursos público até 2030 (Corede VRP, 2023).

Diante de uma situação delicada, que envolve o baixo oferecimento de atendimentos de média e alta complexidade, os pequenos hospitais acabam sobrevivendo principalmente de internações do SUS e movimentando pacientes que dão entrada pelos prontos-socorros. Como a remuneração para esse tipo de serviço garante pequena margem de lucro, as entidades comunitárias sentem enormes dificuldades de manutenção das estruturas e de manter suas equipes médicas.

A colonização na Metade Norte do Rio Grande do Sul, o que inclui o Vale do Rio Pardo, ocorreu mediante a democratização do acesso à terra pela agricultura familiar, o que configurou uma economia regional específica. Implica, também, em uma cultura marcada por altos estoques de capital social que se expressa, por exemplo, no elevado número de escolas comunitárias, cooperativas e clubes de lazer. Assim como explica as diferenças na constituição do sistema de saúde no interior, marcado pela predominância de instituições beneficentes, ao contrário de outros estados no qual o serviço público tem que construir e manter hospital após hospital para universalizar o acesso à saúde.

Contexto que podemos exemplificar na comparação entre três estados com dados referentes a dezembro de 2025 do painel da Fiocruz: o Rio Grande do Sul conta com 382 hospitais dos quais 65% são privados sem fins lucrativos, ou seja, beneficentes, concentrados em mais de 2/3 no interior na Metade Norte. O estado do Rio Grande do Norte, por sua vez, uma das unidades mais antigas da federação, conta 244 hospitais, dos quais 67% públicos e 10% privados com fins lucrativos. E o estado de Rondônia, uma das unidades mais recentes da federação, conta apenas 139 hospitais dos quais 50% públicos e 35% privados com fins lucrativos. Este contexto pode ser observado no Vale do Rio Pardo, onde a totalidade dos 14 estabelecimentos ativos, somando 1.100 leitos, tem gestão não-governamental conforme registramos no Quadro 1.

O Brasil apresenta, em média, cerca de 2,4 leitos hospitalares/mil habitantes, o RS apresenta o terceiro maior índice de leitos com 3,0/mil habitantes entre os estados. A Organização Mundial da Saúde recomenda uma taxa de 3 a 5 leitos/mil habitantes, no Vale do Rio Pardo são 3,5 leitos/mil habitantes, portanto uma densidade considerada alta.

Quadro 1. Localização, mantenedora e porte dos hospitais no Vale do Rio Pardo

Município	Hospital	Mantenedor	Leitos	Porte
Arroio do Tigre	Santa Rosa de Lima	Associação Beneficente	76	MP
Boqueirão do Leão	Dr. Anuar Elias Aesse	Associação Beneficente	40	PP
Candelária	Candelária	Associação Beneficente	106	MP
Encruzilhada do Sul	Santa Bárbara	Ordem Católica	59	MP
Estrela Velha	-			
General Câmara	-			
Herveiras	-			
Ibarama	-			
Lagoa Bonita Sul	-			
Mato Leitão	-			
Pantano Grande				
Passa Sete	-			
Passo do Sobrado	-			
Rio Pardo	Regional do Vale do Rio Pardo	Serviço público estadual	101	MP
Santa Cruz do Sul	Santa Cruz do Sul	Universidade	245	GP
	Ana Nery	Associação Beneficente	103	MP
	Beneficente Monte Alverne	Associação Beneficente	35	PP
Segredo	São João Evangelista	Associação sob intervenção	24	PP
Sinimbu	Beneficente de Sinimbu	Associação Beneficente	50	PP
Sobradinho	São João Evangelista II	Associação sob intervenção	50	MP
Tunas	-			
Vale do Sol	Beneficente do Vale do Sol	Associação Beneficente	40	PP
Vale Verde	-			
Venâncio Aires	São Sebastião Mártir	Associação Beneficente	121	MP
Vera Cruz	Vera Cruz	Fundação Beneficente	50	PP

Fonte: adaptado de Brasil (jan. 2026)

No Quadro 2 apresentamos uma síntese de crises recorrentes na região, e que usualmente são consideradas problemas localizados e raramente são debatidos como sendo uma falha estrutural cuja superação demanda novas formas de gestão e financiamento.

Quadro 2 – crises emblemáticas em pequenos hospitais rurais no Vale do Rio Pardo

Município	Hospital	Mantenedora	Crises
Encruzilhada do Sul	Santa Bárbara	Ordem das Irmãs Servas da Imaculada Conceção da Virgem Maria	Inauguração 1936 Fechado para SUS 2016 Reaberto 2022
General Câmara	Nossa Senhora das Graças	Congregação das Irmãs de Santa Catarina	Inauguração 1955 Fechado 2002
Passo do Sobrado	Nossa Senhora do Rosário	Sociedade Hospitalar comunitária	Inauguração 1946 Prêmio Nacional 1992 Fechado 2006 Privatizado 2007 Reaberto 2010
Rio Pardo	Regional	Irmandade de Caridade do Senhor Bom Jesus dos Passos	Municipalizado 2014 Intervenção 2020 Estadualizado 2022 Terceirizado 2023
Vera Cruz	Vera Cruz	Fundação de Saúde Dr. Jacob Blész	Terceirizado 2018 Gestão retomada 2020

Fonte: dados da pesquisa

As crises exemplares retratadas no Quadro 2 conduzem à conclusão que o modelo vigente não tem sido favorável à resiliência territorial, menos ainda à preparação para o próximo desastre. Por exemplo, em janeiro de 2026 o Hospital Candelária anunciou que necessita instalar uma estação de tratamento de efluentes, porém, “prevê a captação de verbas por meio de emendas parlamentares” (GAZ, 10/01/26). O financiamento da saúde não como direito assegurado em orçamento, mas como ‘favor’ a ser obtido mediante contatos políticos. O Estado em suas três esferas, federal, estadual e municipal, se beneficia do alto estoque de capital social no Vale do Rio Pardo que ao longo do último século produziu, mediante esforço endógeno pelas comunidades da agricultura familiar, os pequenos hospitais que garantem o atendimento democratizado à saúde.

Por outro lado, as limitações enfrentadas pelos hospitais rurais mobilizam parcela significativa de recursos do Executivo municipal. Por exemplo, o Hospital São Sebastião Mártir recebeu, em 2025, repasses ordinários de R\$ 61,9 milhões da Prefeitura de Venâncio Aires. Além disso, aportes extras somando R\$ 9 milhões para cobrir déficits e complementar serviços. Estes valores representam 45% do orçamento total anual da Secretaria Municipal de Saúde, restringindo as verbas para outras prioridades.

Estudo do Ministério da Saúde, em 2023, registrou que 153 cidades gaúchas praticam a popularmente chamada ‘ambulancioterapia’ proporcionando aos seus moradores o atendimento com médicos especialistas em cidades adjacentes ou, até mesmo, distantes, levando pacientes para os grandes centros. A considerável facilidade na qualificação dos serviços de saúde no Vale do Rio Pardo, porém, não encontra contrapartida pelo Estado no financiamento seguro e adequado dos serviços prestados no âmbito do SUS, mantendo os pequenos hospitais em meio rural em permanente crise financeira e operacional.

A vulnerabilidade estrutural de pequenos hospitais rurais contribui para uma fragilidade adicional, qual seja a necessidade de mobilização contínua das comunidades para acesso às emendas parlamentares, contribuindo para uma ‘indústria das emendas’. Ao invés de contar com financiamento assegurado pelo orçamento público, os gestores dos pequenos hospitais se veem coagidos à busca constante de verbas junto aos políticos regionais que, por sua vez, se beneficiam eleitoralmente dos benefícios distribuídos com verbas que deveriam figurar no Plano Plurianual do Executivo.

5. Considerações finais

O Marco de Sendai, assinado em 2015 no Japão durante a III Conferência Mundial para a Redução de Risco de Desastre 2015-2030, representa um dos marcos que justifica este trabalho. Dentro de suas prioridades de ação, o Marco de Sendai, do qual o Brasil é país signatário, preconiza a compreensão do risco de desastres e enfatiza a importância de campanhas globais e regionais, como, por exemplo, a iniciativa “Um milhão de escolas e hospitais seguros”. Porém, escolas e hospitais não estão isolados, fazem parte de um lugar, integram um território.

A capacidade de resiliência de um território está delimitada pelo fortalecimento do elo mais fraco na paisagem institucional. Os pequenos hospitais localizados em meio rural no interior do RS cumprem um papel estratégico no atendimento à saúde da população, especialmente em municípios de menor porte. Apesar da importância social e assistencial dessas instituições, muitos desses hospitais enfrentam sérias dificuldades financeiras e operacionais, marcadas por baixos repasses do Sistema Único de Saúde (SUS), deficiências estruturais e ausência de estratégias gerenciais modernas. Tais fatores comprometem a continuidade e a qualidade dos serviços prestados, agravando a vulnerabilidade das comunidades em desastres.

Diagnostico conduzido juto aos pequenos hospitais rurais do Vale do Rio Paro indica que estes operam sob constante pressão financeira e institucional, com baixa margem de resiliência, escassa inovação gerencial e forte dependência de políticas públicas centralizadas. A ausência de sistemas integrados de informação, a fragilidade das redes de cooperação regional e a obsolescência das estruturas físicas formam um conjunto de desafios que exigem estratégias integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para garantir a continuidade e a qualidade do atendimento à população.

À luz desses achados, pode-se confirmar a hipótese central deste estudo de que os pequenos hospitais rurais constituem o elo mais frágil da resiliência territorial no Vale do Rio Pardo. Tal condição não decorre de fragilidades isoladas, mas de um arranjo estrutural que combina limitações financeiras, lacunas de governança e insuficiente integração regional, comprometendo a capacidade de resposta a desastres.

Nesse contexto, fortalecer a resiliência territorial exige revisar as estratégias de planejamento e gestão da saúde pública, reconhecendo os hospitais rurais como infraestrutura crítica. Isso envolve não apenas ampliar o financiamento, mas também qualificar a gestão, integrar melhor as redes de atenção e investir em soluções que garantam maior autonomia em situações de crise. Ao mesmo tempo, é necessário superar respostas emergenciais e avançar para políticas de longo prazo, baseadas em planejamento territorial e financiamento mais estável.

Por fim, o presente estudo contribui para o avanço do debate ao evidenciar a centralidade dos pequenos hospitais na agenda de gestão de riscos e desastres em regiões rurais, ao mesmo tempo em que aponta para a necessidade de aprofundamento de investigações futuras. Destaca-se, em especial, a importância do desenvolvimento de indicadores de resiliência hospitalar e de estudos comparativos que permitam avaliar diferentes arranjos institucionais, subsidiando a formulação de políticas públicas mais eficazes e conectadas às especificidades territoriais.

Referências

BACK, A. et al. ENERGI+: Energia que salva o vale. In: BROSE, M. (org.) **Inovações para mitigação e resiliência a inundações**: propostas para escolas e prefeituras na bacia do rio Pardo. Recurso eletrônico. Alegrete: Editora Terried, 2025, p. 56-68.

BALASUBRAMANIAN, S.; JONES, E. Hospital closures and the current healthcare climate: the future of rural hospitals in the USA. **Rural Remote Health**, v. 16, n. 3, p. 3935, jul./ago. 2016.

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Atualização 17 jan. 2026. Disponível: <https://cnes.datasus.gov.br/> Acesso: 20 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Referência**: Plano nacional com diretrizes e soluções para Unidades de Saúde Resilientes a eventos extremos. Brasília, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. 02/07 – Dia do Hospital. **Biblioteca Virtual em Saúde**, [2025]. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/> Acesso e: 15 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão hospitalar e eficiência dos serviços públicos de saúde**. Recurso eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BROSE, M. (org.) **Vozes da mudança climática**: relatos das inundações na bacia do rio Pardo - abril 2024. Recurso Eletrônico. Alegre: Editora Terried, 2025.

CARDOSO, R.; DE OLIVEIRA, A. Hospitais seguros em desastres: demandas e tecnologias voltadas à redução de riscos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, especial, 2020. DOI: 10.1590/0103-11042020E206

CONASS-Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Diretrizes para a reorganização dos hospitais de pequeno porte HPP**: proposta do CONASS. Nota Técnica 12/2024. Brasília, 2024.

COREDE VRP–Conselho Regional de Desenvolvimento do Vale do Rio Pardo. **Atualização do Plano Estratégico de Desenvolvimento Regional do COREDE**: para o período de 2022 – 2030. Santa Cruz do Sul, 2023.

COSTA, M.; SALES, R. Avaliação de política pública para hospitais de pequeno porte: um referencial para a efetividade. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.18764/2178-2865.v23n2p771-785>.

CHRISAFIS, A. French medics warn health service is on brink of collapse. **The Guardian**, 11 jun. 2019. Disponível em: www.theguardian.com/world/2019/ Acesso em: 12 fev. 2026.

CUNHA, C.; BAHIA, L. Construção de hospitais de pequeno porte como política de saúde: um caso emblemático do M aranhão. **Journal of Management & Primary Health Care**, Uberlândia, v. 5, n. 2, p. 249-254, 2014. DOI: 10.14295/jmphc.v5i2.222

ERDMANN, C. **Análise econômica e financeira das demonstrações contábeis do Hospital Vera Cruz**. Trabalho de Conclusão de Curso (Ciências Contábeis) – Centro de Ensino Superior Dom Alberto, Santa Cruz do Sul, 2015.

FIOCRUZ-Fundação Oswaldo Cruz. Novo Painel sobre Hospitais de Pequeno Porte. Observatório de Política e Gestão Hospitalar, **Fiocruz**, 01 out. 2024. Disponível: <https://observatoriahospitalar.fiocruz.br> Acesso: 17 jan. 2026.

FONTOURA, V.; AREND, S. Redes organizacionais como alternativa para gestão hospitalar: o Sindicato dos Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Vale do Rio Pardo. **Revista do Desenvolvimento Regional**, Taquara, v. 12, n. 1, jan./jun. 2015.

GAZ. Hospital Candelária terá nova estação de tratamento de efluentes. **GAZ**, 10 jan. 2026. Geral, p. 17.

GAYNOR, M.; LAUDICELLA, M.; PROPPER, C. **Can governments do it better?** Merger mania and hospital outcomes in the English NHS. Working paper 17608. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 2011.

GIANCOTTI, M.; GUGLIELMO, A.; MAURO, M. Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search. **PLOS ONE**, 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0174533

HARRISON, J.; FERGUSON, E. The crisis in United States hospital emergency services. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 24, n. 6, p. 471-483, 2011. DOI: 10.1108/09526861111115072

IPEA-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **O subfinanciamento da Saúde Pública no Brasil: implicações e alternativas**. Brasília: IPEA, 2021.

LOOS, A.; ALBRECHT, M.; ZICH, K. **Zukunftsfähige Krankenhausversorgung: Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen**. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2019.

OPAS—Organização Pan-Americana de Saúde. Proteger sistemas de saúde para reduzir risco durante desastres: um chamado para investir em resiliência. **OPAS**, 13 out. 2025. Disponível: <https://www.paho.org>. Acesso: 17 jan. 2026.

PORTAL GAZ. Pesquisadores formulam proposta para reconstrução do município. **Portal Gaz**, 25 mai. 2024. Disponível em: www.gaz.com.br Acesso: 16 fev. 2026.

SIMERS-Sindicato Médico do Rio Grande do Sul. Pesquisa do Ministério da Saúde revela que quase um terço dos municípios gaúchos dependem totalmente do atendimento via SUS. **SIMERS**, 08 mar. 2023. Disponível em: <https://www.simers.org.br> Acesso em: 17 jan. 2026.

SOUZA, F. et al. Atuação dos hospitais de pequeno porte de pequenos municípios nas redes de atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 3, 2019. DOI 10.1590/S0104-12902019181115

STAVIZKI JUNIOR, C.; BROSE, M. Participação em meio a emendas parlamentares? Sobre o futuro dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento no Rio Grande do Sul. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, Curitiba, v. 45, n. 147, 2024.

UGÁ, M.; LÓPEZ, E. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007.

USA. Department of Health and Human Services (HHS). Rural Health Information Hub. **HHS**, 8 fev. 2025. Disponível: <https://www.ruralhealthinfo.org>. Acesso: 24 mar. 2026.

VAUGHAN, L.; EDWARDS, N. The problems of smaller, rural and remote hospitals: Separating facts from fiction. **Future Healthcare Journal**, v. 7, n. 1, p. 38-45, 2020.