



**PROADI-SUS**



Ministério da  
**Saúde**



Experiências do Laboratório de Inovações em Educação na Saúde com  
ênfase em Educação Permanente

# Plano Diretor de Redes Hospitalares

Eixo temático: III. Gestão da Política de Educação Permanente em Saúde

**Coordenador:**

Armando De Negri Filho

Brasília

2018

# Instituição proponente

- **LIGRESS/HCor**
  - Laboratório de Inovação em Planejamento, Gestão, Avaliação e Regulação de Políticas, Sistemas, Redes e Serviços de Saúde
- **PROADI-SUS**

O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) é uma ação do Ministério da Saúde dirigida ao fortalecimento do SUS por meio de intervenções tecnológicas, gerenciais e de capacitação profissional em parceria com seis hospitais de reconhecida excelência, entre esses o HCor.

# Introdução

Crise de acesso e qualidade na atenção hospitalar do SUS

Infraestrutura envelhecida, uma oferta insuficiente ao volume e natureza complexa crescente das demandas

Oferta hospitalar: ociosa X sobrecarga

Grande número de leitos hospitalares localizados em pequenos estabelecimentos com baixa capacidade resolutiva e baixas taxas de ocupação

**Reforma hospitalar**

Censo  
1941-1942

ESTADOS E TERRITÓRIOS	SUPERFÍCIE (Recens. 1940)	POPULAÇÃO (Recens. 1940)	LEITOS		
			Existentes (Cadastrado D. O. H.)	Existentes (por mil habitantes)	A construir ou ampliar na base de 2,5 0/00
Territ. do Acre ...	148.027	87.326	89	1,0	153
Territ. Rio Branco	252.035	13.756	32	2,3	27
Territ. Guaporé ..	250.927	24.918	53	2,1	29
Territ. Amapá ...	143.716	23.406	0	0	73
Amazonas .....	1.508.533	410.415	683	1,7	614
Pará .....	1.219.250	932.975	1.441	1,5	1.411
Maranhão .....	346.217	1.242.721	275	0,2	3.050
Piauí .....	245.582	826.320	397	0,5	1.838
Ceará .....	148.591	2.101.325	373	0,4	4.927
R. G. do Norte ...	52.411	774.464	780	0,5	1.700
Paraíba .....	55.920	1.432.618	779	0,5	3.041
Pernambuco .....	99.254	2.694.616	2.991	1,1	4.628
Alagoas .....	28.571	957.628	743	0,8	1.879
Sergipe .....	21.552	545.962	546	1,0	966
Bahia .....	529.379	3.938.909	2.064	0,5	8.518
Espírito Santo ...	42.846	758.535	594	0,8	1.416
Rio de Janeiro ...	42.404	1.862.900	2.651	1,4	2.363
Distrito Federal ..	1.167	1.781.567	9.546	5,3	2.921
São Paulo .....	247.239	7.239.711	15.582	2,1	5.813
Paraná .....	152.668	1.207.474	2.076	1,6	1.299
Santa Catarina ...	80.205	1.140.178	2.275	2,0	692
Territ. Iguaçu ...	61.631	85.263	33	0,4	204
R. G. do Sul ....	272.179	3.350.120	9.655	2,9	Excedente
Mato Grosso .....	1.030.756	336.313	779	2,5	200
Territ. Ponta Porã	99.141	87.354	68	0,8	232
Goiás .....	661.140	832.869	211	0,2	1.993
Minas Gerais ....	583.804	6.798.647	9.556	1,4	7.970
	8.327.145	41.482.290	64.272	0/00	57.957

NOTA - O total de leitos a construir, 57.957, compreende a soma do número de leitos que faltam, em cada Estado, para atingir, na Capital, 5 por mil habitantes e, nos municípios, 2, 5 ou 25 por dez mil habitantes. Isto na base da realização de 50% do total necessário para todo o Brasil.

15 - A Divisão de Organização Hospitalar está aparelhada para dar orientação técnica indispensável à realização deste plano uniforme e sistematicamente, com uma orientação central, no sentido do conceito,

# Cartografia de hospitais brasileiros 2005 - 2014

Estoque geral de leitos		
2005	2014	Variação
462.908 leitos	443.767 leitos	- 19.141 ou -4,1%
2.51 leitos por 1000 habitantes	2.19 leitos por 1000 habitantes	

Estoque geral de leitos SUS		
2005	2014	Variação
353.163 leitos SUS	315.89 leitos SUS	-37.269 leitos ou - 10.5%
1.92 leitos por 1000 habitantes	1.56 leitos por 1000 habitantes	

# Cartografia de hospitais brasileiros 2005 - 2014

## Estoque geral de leitos Não SUS

2005	2014	Variação
109.745 leitos	127.873 leitos	+ 18.128 leitos ou + 16.5%

- No SUS aumentaram 18.853 leitos públicos , diminuíram 5.908 leitos filantrópicos e 50.214 leitos privados. Com balanço de -37.269 leitos.
- Dos quais são eliminados do estoque 19.141 leitos, enquanto 18.128 migram para a saúde suplementar.

# Análise da oferta de leitos efetivos no Brasil

Número e porcentagem de leitos SUS e efetivos por natureza jurídica e leitos por mil habitantes por regiões do Brasil.

Região	Leitos	Natureza Jurídica										Leitos por mil habitantes	
		Municipal		Estadual		Federal		Filantrópico		Privado			Total
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		N (%)
Norte	Leitos SUS	7.688	32,6	10.106	42,8	468	2,0	2.248	9,5	3.091	13,1	23.601	1,4
	Leitos efetivos	1.083	14,2	4.717	61,9	318	4,2	644	8,5	855	11,2	7.617 (32,3%)	0,4
Nordeste	Leitos SUS	34.016	36,7	22.463	24,3	2.955	3,2	20.951	22,6	12.225	13,2	92.610	1,6
	Leitos efetivos	4.798	12,4	15.558	40,3	2.878	7,4	10.955	28,3	4.460	11,5	38.649 (41,7%)	0,7
Centro-Oeste	Leitos SUS	6.943	28,9	5.782	24,1	942	3,9	6.394	26,7	3.930	16,4	23.991	1,6
	Leitos efetivos	489	4,8	4.828	47,8	803	8,0	3.591	35,6	382	3,8	10.093 (42%)	0,7
Sudeste	Leitos SUS	23.399	13,2	25.166	14,2	5.123	2,9	54.359	30,6	9.748	5,5	117.795	1,4
	Leitos efetivos	12.274	17,3	21.278	29,9	4.784	6,7	25.743	36,2	7.066	9,9	71.145 (60%)	0,84
Sul	Leitos SUS	7.107	13,7	4.079	7,8	3.487	6,7	32.283	62,1	5.050	9,7	52.006	1,8
	Leitos efetivos	1.916	8,1	2.735	11,5	3.445	14,5	13.950	58,6	1.752	7,4	23.798 (45,8%)	0,8

FONTE: Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. Excluídos os leitos complementares. \*Estabelecimento com 1 ou mais leitos SUS cadastrados no CNES. Estabelecimento FILANTROPICO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES com "Filantrópico" e "sem fins lucrativos". Estabelecimento PRIVADO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES como "privado lucrativo simples"; "privado lucrativo" e "Sindical"

# Bases conceituais

1- Hospital do futuro

2- Necessidades sociais de Bradshaw

3- Sistemas Complexos Adaptativos

4- Transformação de Grandes Sistemas

5- Démarche Estratégique



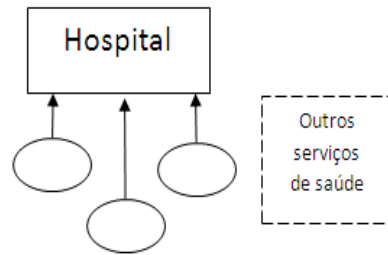
# 1- Hospital do Futuro

O hospital do futuro “tenderá a um modelo assistencial adaptado a múltiplos perfis de pacientes (e não só a agudos), disporá de múltiplos recursos assistenciais (leitos, unidades de hospital-dia, salas de intervenções, internação domiciliar, telemedicina, etc.), oferecerá atenção multidisciplinar e virtual devido ao impacto das TIC e contará com uma oferta assistencial assimétrica e apresentada com base em problemas de saúde (ao invés de especialidades)”

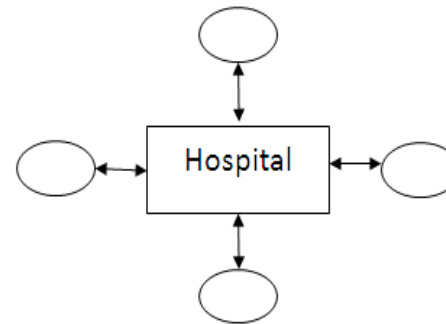
(Barrubés, Carrillo, Portella, 2014, p.27).

# Os possíveis papéis de um hospital em um sistema de saúde

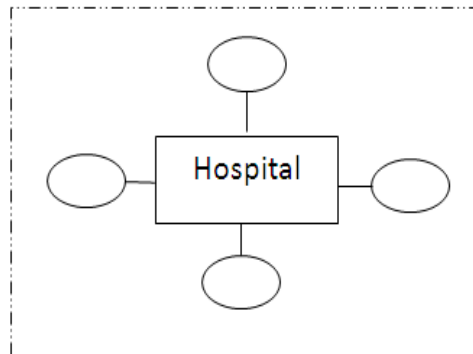
Hospital Dominante



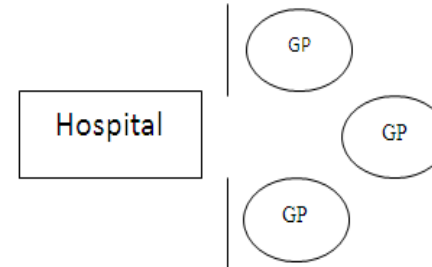
Hospital Polo



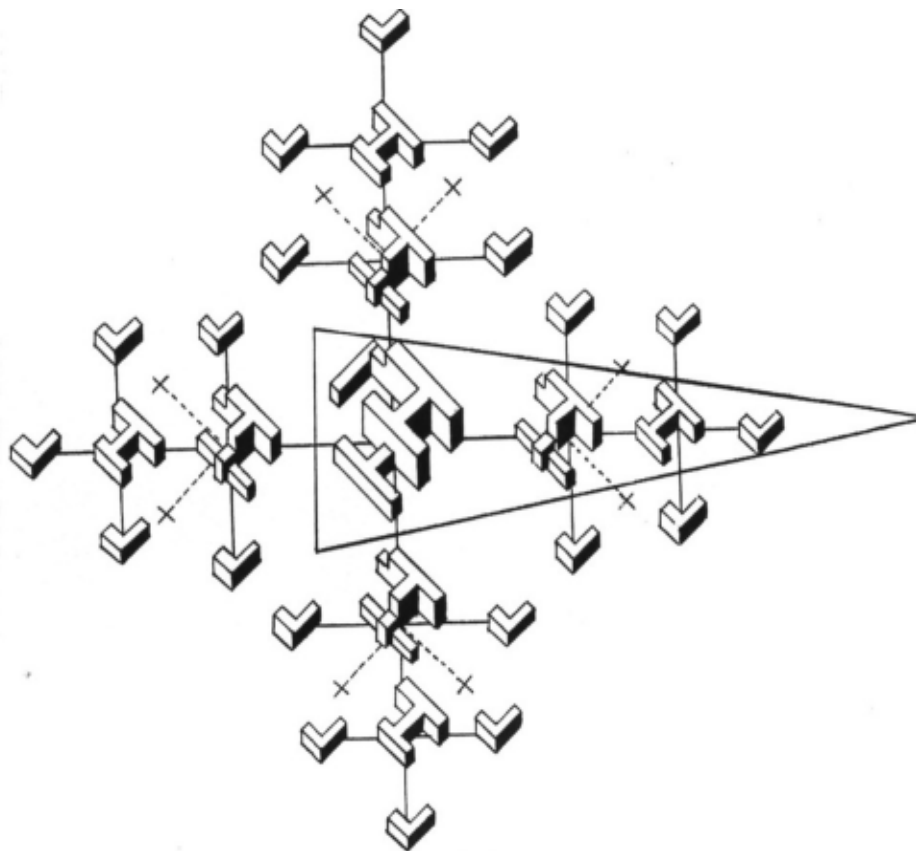
Hospital abrangente



Hospital separatista



(Mckee, Healy,2002 )



*Small crosses represent chronic disease hospitals, for later consideration.*

*The plan provides for constant exchange between hospitals of information, training, and consultation service and personnel, and for referral of patients when indicated.*

## 2- Necessidades - Taxonomia de Bradshaw (1977)

### Necessidade normativa

- É definida pelo técnico, o profissional, o administrador, em relação a uma determinada norma desejável ou ótima

### Necessidade sentida

- Refere-se à percepção que as pessoas têm sobre seus problemas de saúde ou o que desejam como serviços de saúde

### Necessidade expressa

- Equivale a demanda de cuidados e de serviços

### Necessidade comparativa

- Necessidades de indivíduos ou grupos semelhantes de outros indivíduos ou grupos com as mesmas características

## 3 - Sistemas Complexos Adaptativos

### O que é um sistema

- É uma série de elementos organizados que formam uma totalidade
- Não é um conjunto
- Não é uma coleção
- É organizado
- Os elementos formam um todo (diferenciação)

# SISTEMA

componente

componente

subsistema

componente

ambiente externo  
(supersistema)

**Entrada**

Información  
Energía  
Recursos

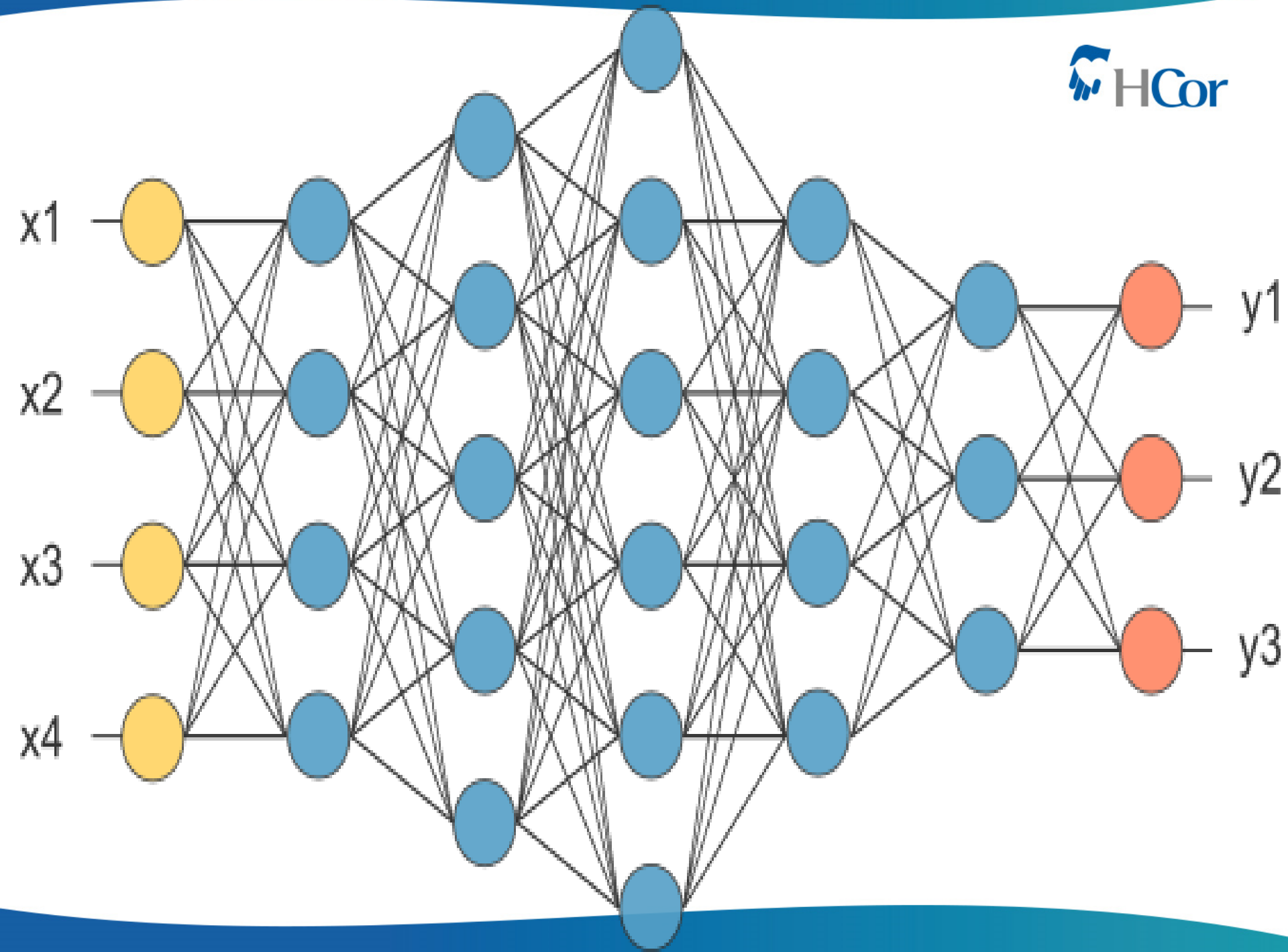
**Salida**

Información  
Energía  
Recursos

# O que é “complexo”



- É um número grande de elementos, agentes ou interações do sistema
- A relação causa-efeito tradicional não funciona (não são lineares)
- Os elementos interagem com muita constância entre si
- As constantes interações mudam os elementos (são complexos-em-si)
- Aumenta seus elementos, agentes ou interações quando aprende

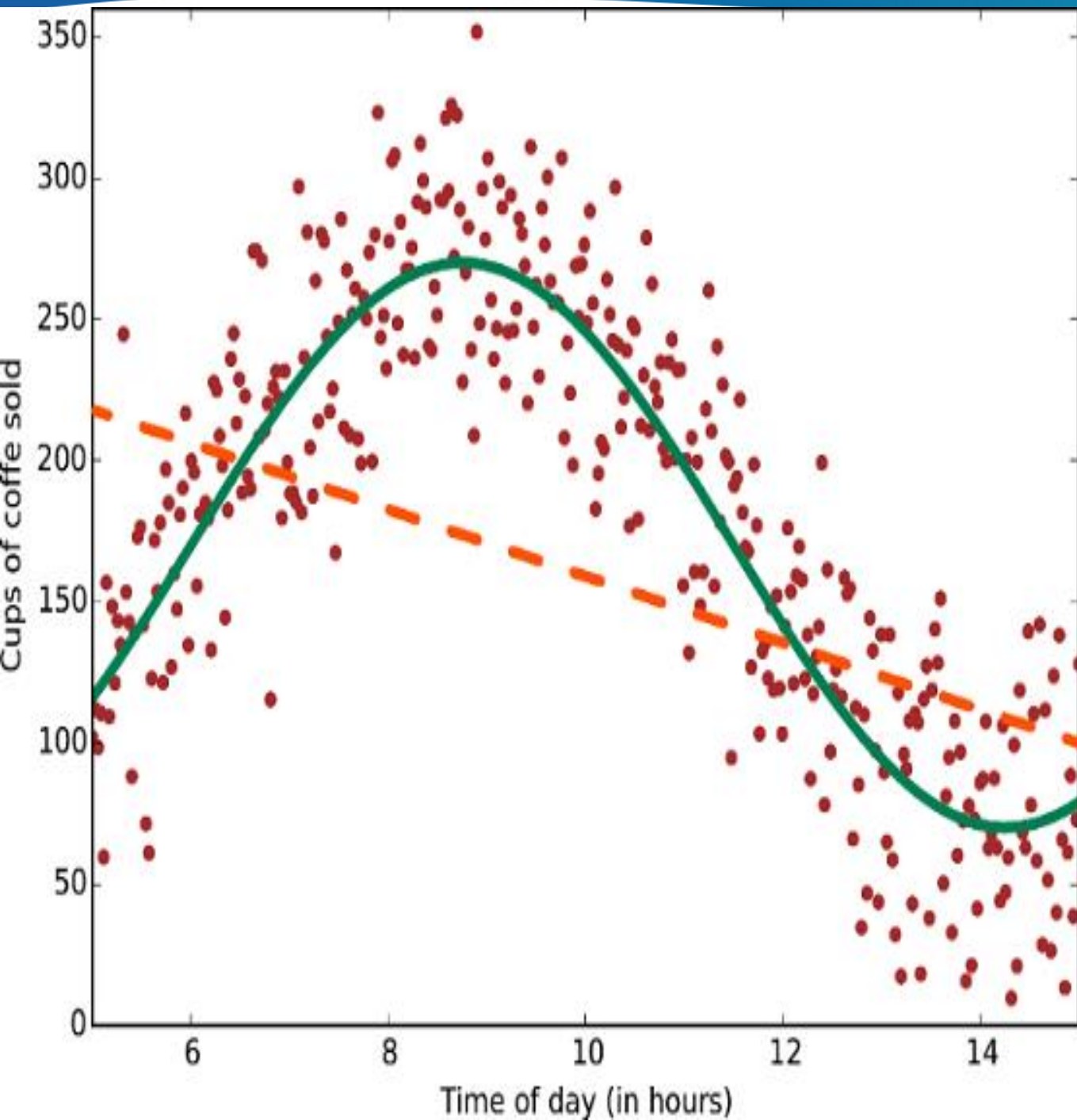




# O que é “adaptativo”



- É a capacidade de aprender, de se mudar e mudar seu comportamento
- Equilibrar-se com os elementos internos e os ambientes externos
- Existem vários estados possíveis de equilíbrio por intervalo de tempo (atrator), dependendo de perturbações externas
- Pode surgir novo estágio de organização interior mais elevado (emergência)
- A dinâmica do interior do sistema o faz se autoorganizar (não depende de forças externas para isso)



# O que é sistema complexo adaptativo

- É o sistema cuja previsibilidade é difícil porque não é possível descrever suas regularidades de forma breve
- Exemplos:
- Uma **célula viva**, composta de milhões de reagentes químicos como proteínas, lipídeos e ácidos nucleicos
- Um **cérebro**, com bilhões de neurônios interconectados
- Uma **sociedade** integrada por milhões de indivíduos interdependentes
- Todos apresentam riqueza de interações que os permitem se organizar de forma não planejada e sem necessidade de agente controlador ou coordenador. Há um processo espontâneo de auto-organização

# Funcionamento do sistema complexo adaptativo

- O SCA interage o tempo todo com o ambiente externo. Sua organização e ordem se faz internamente
- Eles tentam tirar proveito das oportunidades e ameaças do ambiente externo modificando a si mesmos
- As ações do SCA sobre o ambiente provocam reequilíbrios (atratores) de forma não previsível tradicional (não equilíbrio)
- A ideia de ordem é a necessidade de organização a partir de padrões (estrutura e imprevisibilidade)

# Funcionamento do sistema complexo adaptativo

- A desordem extrema do SCA pode reconfigurar sua forma, se mantiver sua própria identidade
- A desordem pode ser fonte de nova ordem. O desequilíbrio é fonte do desenvolvimento
- Há elevado grau de dispersão de controle do sistema. Não existe um elemento-chave: interdependência, colaboração
- A competição dos SCA é cooperativa: a competição força alianças
- Os SCA são multiníveis: grupos, multigrupos, departamentos etc.

COMPLEX

COMPLICATED

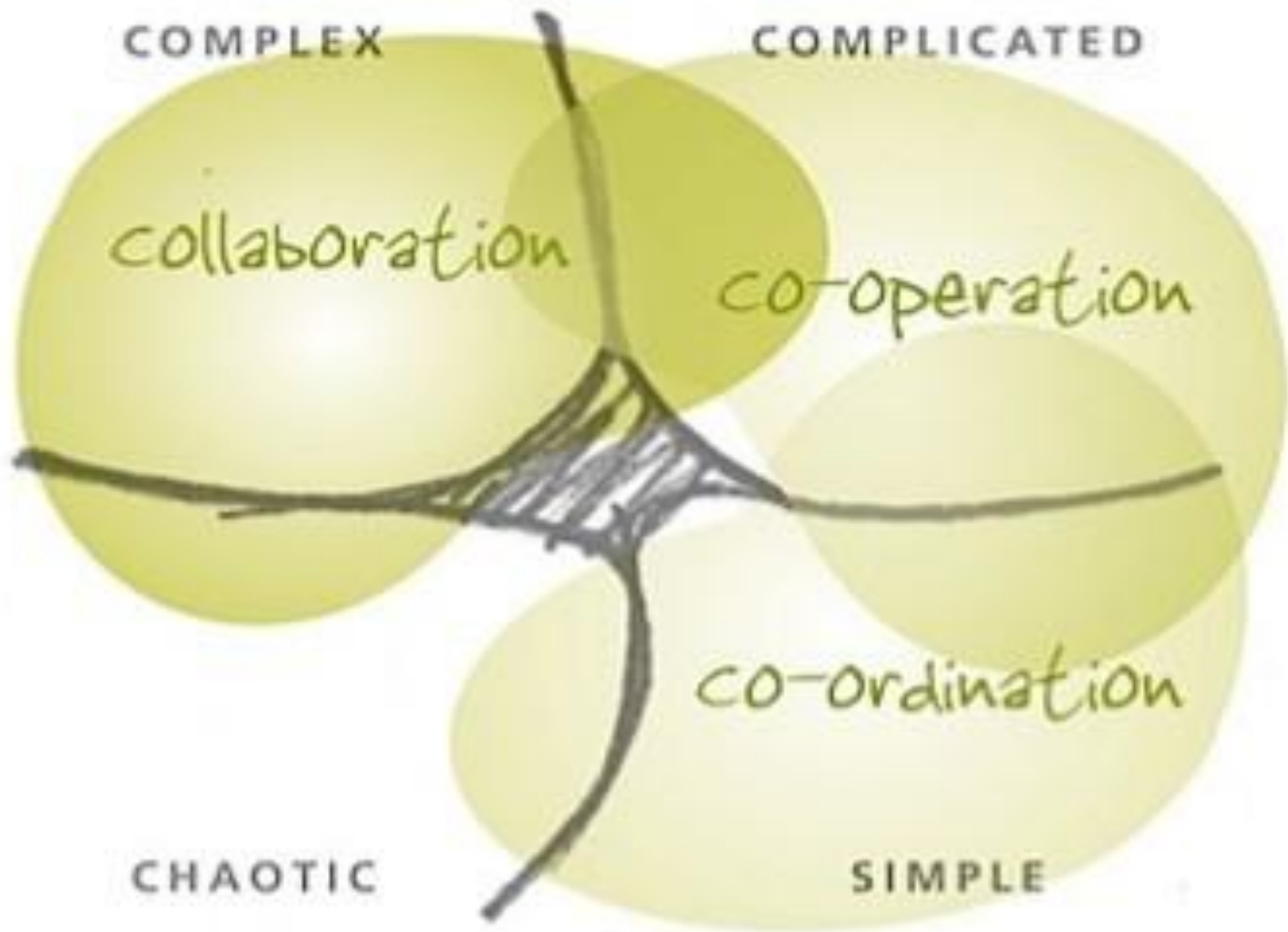
collaboration

co-operation

co-ordination

CHAOTIC

SIMPLE



## 4- Transformação de grandes sistemas de atenção à saúde (TGS)

**Regra simples 1: Envolver indivíduos em todos os níveis para liderar os empenhos de mudança.**

**Regra simples 2: Estabelecer as formas de retroalimentação avaliativas - feedback loops**

**Regra simples 3: Atentar para a história das organizações e sistemas**

**Regra simples 4: Envolver os médicos**

**Regra simples 5: Envolver pacientes e familiares.**

# 5 - Démarche Estratégique

**Núcleos de Produção do Hospital**  
segundo populações

Necessidades de Atenção Oncológica de  
Pacientes Adultos

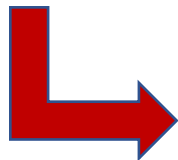
Hospital

Outros  
hospitais

Rede não  
hospitalar

<b>Diagnóstico</b>			
<b>Tratamento</b>			
<b>Acompanhamento</b>			

**LINHA DE ATENÇÃO EM ONCOLOGIA DE ADULTOS**



E suas Linhas de cuidado em:

- Útero
- Mama
- .....



# Bases conceituais

Necessidades  
(Taxonomia de Bradshaw)

Sistema Complexo  
Adaptativo

Totalidade do sistema de  
necessidades  
**X**  
Totalidade do sistema de respostas/  
resultados sociais/

Necessidade sentida → No território social

Necessidade expressa (demanda) → Na rede de serviços

Necessidade normativa → Na norma e no orçamento

Necessidade comparativa → Na dinâmica de população, política e sistemas

Determinação Social/  
Fragilidade e  
Vulnerabilidade

Enfoque sistêmico

≠ Remunerar resultado

Remuneração  
estratégica – economia  
política de um sistema  
universal

Resultados  
sociais

Resultados  
assistenciais

Resultados  
político  
estratégicos

Igualdade/  
Equidade em  
Bem Estar



Qualidade -  
Efetividade



Transformação  
social

# Objetivo geral

- Desenvolver e aplicar uma metodologia participativa para a elaboração de Planos Diretores de Redes Hospitalares por estados e suas regiões de saúde, tendo em vista a necessidade de uma reforma hospitalar no SUS mediante sua profunda integração sistêmica através da participação dos hospitais em linhas de atenção e cuidados que permitam uma relação sistêmica com os serviços ambulatoriais não-hospitalares e com a atenção básica, com um horizonte temporal de 25 anos.

# Etapas do projeto

**Etapa I: Censo hospitalar** - Diagnóstico da atenção hospitalar por Estado e região de saúde.

**Etapa II: Formação de Laboratório de Planejamento** - identificação da realidade da rede hospitalar vigente, discussão e conhecimento das políticas hospitalares, perfil das necessidades de saúde das regiões (definição das regiões), oferta versus demanda, modelos assistenciais e de gestão, espacialização e alinhamento de tipos de leitos e quantidade destes para os próximos 25 anos.

**Etapa III: Apoio a elaboração dos planos diretores por regiões e estados.**

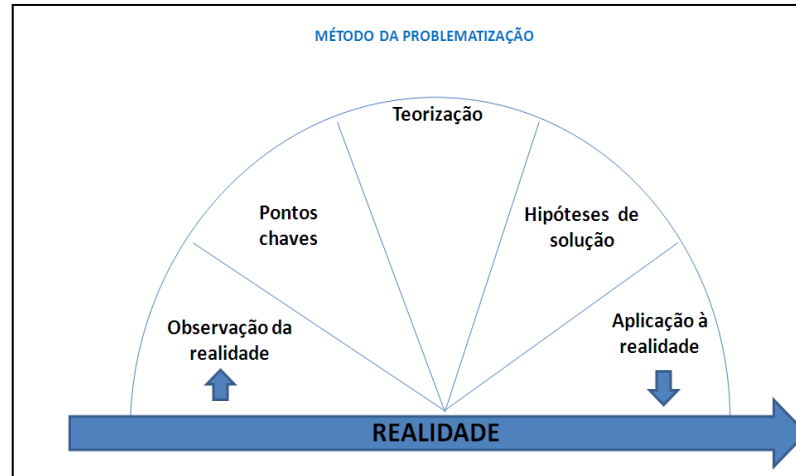
# Etapa I - Censo

Estado	Instrumento	Foco	Ano	Duração	Estratégia
<b>Espírito Santo</b>	1ª versão em papel	Todos os hospitais	2014 - 2015	8 meses	Pesquisadores de campo treinados + Visita técnica
<b>Amazonas</b>	2ª versão on-line	Hospitais com mais de 50 leitos*	2017	5 meses	Pesquisadores de campo treinados + Visita técnica
<b>Pará</b>	2ª versão on-line	Hospitais com mais de 50 leitos*	2017	5 meses	Pesquisadores de campo treinados + Visita técnica
<b>Sergipe</b>	2ª versão on-line	Hospitais com mais de 50 leitos*	2017	3 meses	Treinamento presencial de representantes hospitalares para preenchimento do instrumento

\* Complementação com dados da Pesquisa do MS em HPPs.

# Fase II - Laboratório: Metodologia

- Encontros mensais, dois dias por mês, por um período de oito a nove meses
- A estrutura e a dinâmica do laboratório fundamenta-se nos princípios **da educação permanente**, processo sistemático e global de formação do trabalhador no seu cotidiano do trabalho.



- Com o uso de ferramentas de **planejamento / PES adaptado e Démarche stratégique**, constituir o apoio necessário para:
  - definir diretrizes para a construção do Plano Diretor e orientar as ações de elaboração correspondentes a serem desenvolvidas em equipes nos períodos de estudo e trabalho de campo – *exercitar parâmetros da Portaria 1631/2015*
  - apropriar e produzir coletivamente conhecimentos sobre os temas em análise, em uma abordagem construtivista de políticas e sistemas de saúde.
  - construir uma cultura organizacional voltada à sustentabilidade no uso dos recursos na produção social de qualidade de vida e saúde, centrada nas respostas as necessidades sociais de saúde e suas transformações ao longo do tempo.

# Conteúdos em etapas

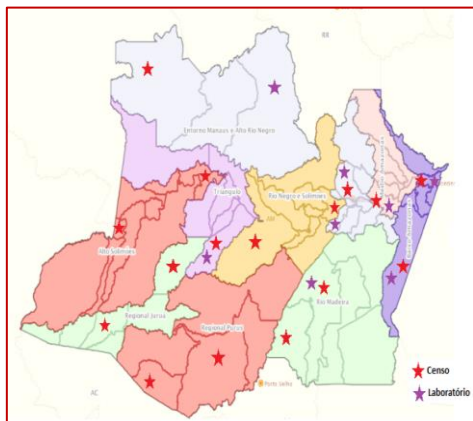
1- Contextualizar a historicidade da crise hospitalar mundial, brasileira e sergipana nas dimensões de:

- 1.1 persistência da desproporção entre necessidades sociais e oferta; segmentação e fragmentação;
- 1.2 disponibilidade de recursos de investimento e custeio;
- 1.3 renovação e adaptação da infraestrutura;
- 1.4 fragilidades dos modelos de provisão – porte, redes de hospitais em relação a distribuição e perfil espacial das populações – territorialidades humanas;
- 1.5 macro , meso e micro gestão e regulação;
- 1.6 avaliação de desempenho em resultados assistenciais populacionais;
- 1.7 grau de integração em redes e linhas de cuidado,
- 1.8 efetividade assistencial, métricas de provisão e orçamentação clínica
- 1.9 padrões de incorporação de tecnologia,
- 1.10 fixação e valorização da força de trabalho

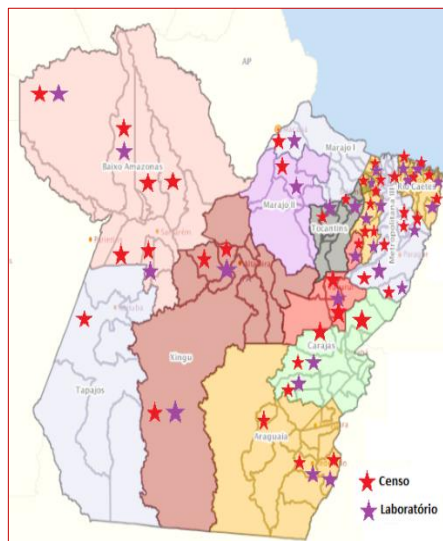
# Resultados

Hospitais participantes			
Estado	Total de hospitais	Regiões de saúde abrangidas	Municípios abrangidos
Amazonas	49	9	18
Pará	105	13	52
Espírito Santo	102	4	53
Sergipe	35	7	15
<b>Total</b>	<b>291</b>	<b>33</b>	<b>138</b>

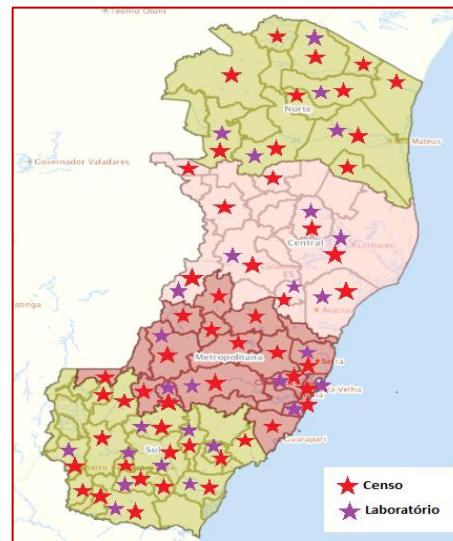
AM



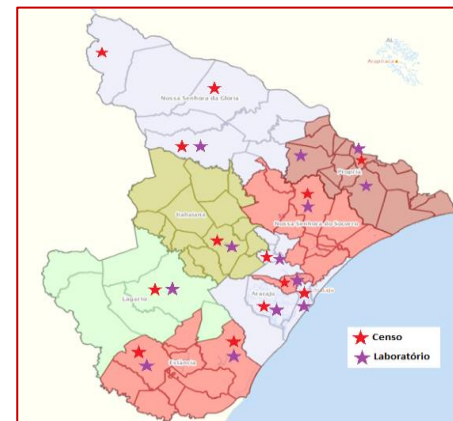
PA



ES



SE



# Resultados - Etapa 1 - Censo hospitalar

Censo hospitalar				
Estado	Nº de hospitais incluídos	Nº de hospitais sem adesão ou sem preenchimento	Regiões de saúde abrangidas	Municípios abrangidos
Amazonas	44	2	9/9	16/62
Pará	100	25	13/13	52/144
Espírito Santo	101	12	4/4	53/78
Sergipe	26	7	7/7	13/75
<b>Total</b>	<b>271</b>	<b>46</b>	<b>33/33</b>	<b>137/359</b>



# Resultados: Etapa 1: Censo Hospitalar

## Leitos CNES x CNES- exemplo do Amazonas

Tipo de leito	Região de saúde																		Total	
	Alto Rio Negro		Alto Solimões e Triângulo		Baixo Amazonas		Entorno de Manaus		Médio Amazonas		Regional Juruá		Regional Purus		Rio Madeira		Rio Negro e Solimões			
	Total	Média	Total	Média	Total	Média	Total	Média	Total	Média	Total	Média	Total	Média	Total	Média	Total	Média	Total	Média
<b>CNES</b>																				
Total de Leitos (1)	65	65,0	202	67,3	247	82,3	3.313	118,3	108	108,0	130	65,0	111	55,5	101	50,5	173	86,5	4.450	101,1
<b>Censo de hospitais</b>																				
Leitos totais (2)	50	50,0	135	45,0	183	61,0	3.415	122,0	71	71,0	81	40,5	66	33,0	59	29,5	115	57,5	4.175	94,9
Leitos ativos (3)	50	50,0	127	42,3	159	53,0	3.274	116,9	71	71,0	81	40,5	41	20,5	59	29,5	115	57,5	3.977	90,4
Leitos SUS (4)	50	50,0	130	43,3	183	61,0	2.968	106,0	71	71,0	81	40,5	66	33,0	59	29,5	115	57,5	3.723	84,6
Leitos ativos SUS (5)	50	50,0	122	40,7	159	53,0	2.844	101,6	71	71,0	81	40,5	41	20,5	59	29,5	115	57,5	3.542	80,5
<b>Razões (em porcentagens)</b>																				
Leitos do Censo Hcor no total do CNES (2)/(1)	76,92	76,92	66,83	66,83	74,09	74,09	103	103	65,74	65,74	62,31	62,31	59,46	59,46	58,42	58,42	66,47	66,47	93,82	93,82
Leitos ativos no total de leitos (3)/(2)	100	100	94,07	94,07	86,89	86,89	95,87	95,87	100	100	100	100	62,12	62,12	100	100	100	100	95,26	95,26
Leitos SUS no total de leitos (4)/(2)	100	100	96,30	96,30	100	100	86,91	86,91	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	89,17	89,17
Leitos SUS ativos no total de leitos SUS (5)/(4)	100	100	93,85	93,85	86,89	86,89	95,82	95,82	100	100	100	100	62,12	62,12	100	100	100	100	95,14	95,14

# Etapa 1: Censo Hospitalar

## Estimação do número de leitos

Número de leitos estimados para a região segundo Cenário OMS e Cenário Taxa de Ocupação. Espírito Santo - Dezembro 2015

Leitos	Cenário - OMS		Cenário Taxa de Ocupação						
	2 leitos por mil hab.	5 leitos por mil hab.	20%	25%	30%	40%	50%	75%	90%
População menor de 15 anos	1.507	3.766	2.402	1.923	1.601	1.201	961	641	534
População de 15 anos e mais	6.150	15.375	12.626	10.997	8.418	6.313	5.051	3.367	2.806
<b>Total</b>	<b>7.656</b>	<b>19.141</b>	<b>15.029</b>	<b>12.920</b>	<b>10.019</b>	<b>7.514</b>	<b>6.011</b>	<b>4.008</b>	<b>3.340</b>
Obstétricos	675	1688	1502	1202	1001	751	601	401	334

# Resultados - Etapa 2 - Laboratório

Laboratório			
Estado	Nº de hospitais	Regiões de saúde abrangidas	Municípios abrangidos
Amazonas	33	5/9	8/62
Pará	50	12/13	28/144
Espírito Santo	45	4/4	27/78
Sergipe	27	7/7	13/75
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>28/33</b>	<b>76/359</b>

Estado	Total de pessoas nas oficinas	Representação
Amazonas	156	SUSAM, SMS, COSEMS, Hospitais, Universidade
Pará	202	SESPA, SMS, COSEMS, Hospitais, Centros Regionais de Saúde, Universidade
Espírito Santo	325	SESA, SMS, COSEMS, Hospitais, Superintendências Regionais de Saúde, Universidade, Federação de Hospitais Filantrópicos
Sergipe	141	SES, SMS, MS, Hospitais
<b>Total</b>	<b>824</b>	-

## Resultados - Etapa 2 - Laboratório

# Política Hospitalar do Espírito Santo

A partir de 1930



Colonização-  
década de  
1930

1930-1945

1945-1960

1960-1980

1980-1990

Primeiros serviços  
assistenciais e  
medidas de saúde  
pública

Predominância da  
caridade religiosa

Políticas induzidas e  
financiadas pelo Gov.  
federal

Projetos de  
Urbanização e  
industrialização

Implementação e  
expansão de serviços

Priorização de  
doenças e grupos  
específicos

Modelo de saúde  
vinculado ao  
desenvolvimento do  
Estado e do país

Implementação e  
expansão de serviços

Papel coadjuvante do  
Estado na  
assistência/Participaçã  
o considerável de  
unidades particulares

Ampla rede hospitalar

Serviços pulverizados

Unidades de pequeno  
porte

Leitos  
predominantemente  
privados

## Resultados - Etapa 2 - Laboratório

Estado	Adesão de Lideranças hospitalares nas linhas de atenção prioritizadas		
	Nº de hospitais	Linhas de atenção	Descrição dos hospitais
Amazonas	9	Cardiovascular, Oncologia, Obstetrícia e Perinatologia, Hematologia, Trauma-ortopedia	Hospital Adriano Jorge, Hospital Delphina Rinaldi Abdel Aziz, FCECON, Hospital Francisca Mendes, Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas, Instituto da Criança, Maternidade Balbina Mestrinho, Hospital Platão Araújo, Hospital Universitário Getúlio Vargas
Pará	11	Saúde Mental, Nefrologia, Cardiologia, Obstetrícia-Perinatologia, Oncologia, Infectologia	Hospital Clínicas Gaspar Viana, Hospital João de Barros Barreto, Hospital Oncológico Infantil, Hospital Ophir Loyola, Hospital Pub. Do Marajó, Hospital Reg. Conceição Araguaia, Hospital Reg. Pub. Araguaia, Hospital Reg. Publico do Leste, Hospital Salinopolis, Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, Santa Casa de Misericórdia
Espírito Santo	16	Oncologia, Saúde Mental, Urgência, Trauma-ortopedia, Cardiologia	CAPAAC, Hospital e Maternidade Sílvio Avidos, Hospital Estadual de Atenção Clínica, Hospital Estadual de Urgência e Emergência, Hospital Estadual Dr. Roberto Arnizaut Silvaes, Hospital Estadual Jayme Santos Neves, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, Hospital Evangélico de Vila Velha, Hospital Infantil Francisco de Assis, Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, Hospital Rio Doce, Hospital Santa Rita, Hospital São José, Hospital São José dos Calçados, Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim
Sergipe	9	Obstetrícia e Perinatologia, Pneumologia, Saúde Mental	Hospital de Urgência de Sergipe, Hospital Regional Dr João Alves Filho - Nossa Senhora da Glória, Hospital Regional São Vicente de Paula – Propriá, Hospital Regional de Estância, Hospital Regional Dr Pedro Garcia Moreno –Itabaiana, Hospital Regional José Franco Sobrinho - Nossa Senhora do Socorro, Hospital Santa Izabel, Hospital Universitário de Sergipe, Maternidade Nossa Senhora de Lourdes
<b>Total</b>	<b>33</b>	-	-

## Exemplo de núcleos de produção

Linha de atenção: Cardiovascular

Região Sul - Espírito Santo

### *Linha de Atenção*

#### **Característica do Serviço**

- Cardiologia Clínica;
- Cardiologia Cirúrgica;
- Cardiopediatria Clínica e Cirúrgica;
- Hemodinâmica.

#### **Patologias relacionadas:**

- Insuficiência Cardíaca;
- Infartos;
- Aneurismas de aorta;
- Estenose aórtica;
- Bloqueios atrio-ventricular;
- Estenose mitral;
- Endocardite;
- Valvopatias;
- Arritmias;
- Doenças vasculares periféricas.

# Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim

## Diagnóstico

- Consulta médica (de urgência);
- Consulta ambulatorial em arritmia;
- Consulta ambulatorial;
- Exames laboratoriais;
- Exame de Eletrocardiograma (ECG);
- Ecocardiograma;
- Exame de Raios-X;
- Hemodinâmica;
- Teste ergométrico;
- Ultrassonografia com Doppler;
- Holter24h.

## Tratamento

- Internações clínicas;
- Centro cirúrgico;
- Tratamento ambulatorial;
- Internações Cirúrgicas;
- Hemodinâmica;
- Unidade Coronariana;
- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN);
- Banco de Sangue.

## Acompanhamento

- Equipe Médica;
- Equipe Multiprofissional;
- Exames laboratoriais;
- Exame de Eletrocardiograma (ECG);
- Ecocardiograma;
- Exame de Raios-X;
- Hemodinâmica;
- Teste ergométrico;
- Ultrassonografia com Doppler;
- Holter24h.

# Resultados - Etapa 3: Apoio à elaboração dos planos diretores

## Estrutura do documento escrito

### **Introdução**

O que é o projeto. Importância do projeto para o estado.

### **Metodologia**

Descrição dos métodos utilizados (censo hospitalar, oficinas do laboratório do PDRH, atividades de campo, reuniões com os hospitais). Marco teórico: Transformação de Grandes Sistemas (TGS), Démarche Estratégica, Sistemas Complexos Adaptativos, Hospital do Futuro.

### **Capítulo 1**

História da política hospitalar/Saúde (resgatar as propostas anteriores de políticas).  
História dos hospitais.

### **Capítulo 2**

Núcleos de necessidades populacionais por linhas de atenção e linhas de cuidado.  
Análise de tendências (diminuição, aumento ou estabilidade).



## Outros Hospitais com Núcleo de Produção em Cardiovascular

### Diagnóstico

#### **Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí**

- Ecocardiograma;
- Ultrassonografia com Doppler;
- MAPA;
- Holter 24h;
- Eletrocardiograma (ECG);
- Raio – X;
- Laboratório de Análises Clínicas;
- Teste ergométrico.

#### **Unidade Integrada de Jerônimo Monteiro**

- Ambulatório de vascular (varizes);
- Eletrocardiograma (ECG);
- Raio – X;
- Laboratório de Análises Clínicas;
- Ecocardiograma (terceirizado).

#### **Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim**

- Eletrocardiograma (ECG);
- Raio – X;
- Laboratório de Análises Clínicas.

#### **Hospital São José do Calçado**

- Ambulatório de vascular (varizes);
- Eletrocardiograma (ECG);
- Raio – X;
- Laboratório de Análises Clínicas;
- Ecocardiograma (terceirizado).

#### **Hospital Evangélico Litoral Sul**

- Consulta com vascular (Varizes).

### Tratamento

#### **Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí**

- Internação em clínica cardiológica;
- Unidade de Terapia Intensiva (UTI); (IAM sem supra; angina; insuficiência cardíaca congestiva)

#### **Unidade Integrada de Jerônimo Monteiro**

- Internação clínica em cardiologia;
- (IAM sem supra; angina; insuficiência cardíaca congestiva)
- Internação cirúrgica (varizes).

#### **Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim**

- Unidade de Terapia Intensiva (UTI); (IAM sem supra; angina; insuficiência cardíaca congestiva)

#### **Hospital São José do Calçado**

- Internação clínica em cardiologia;
- (IAM sem supra; angina; insuficiência cardíaca congestiva)
- Internação cirúrgica (varizes).

#### **Hospital Evangélico Litoral Sul**

- Internação Cirúrgica;
- Centro Cirúrgico. (tratamento de varizes)

#### **HUCAM**

- Tratamento de arritmias;
- Endovascular extracardiaca;
- Valvoplastia endovascular.

#### **INCOR – SP**

- Transplantes cardíacos.

### Acompanhamento

#### **Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí**

- Ambulatório de cardiologia.

#### **Unidade Integrada de Jerônimo Monteiro**

- Ambulatório de Cardiologia;
- Ambulatório de Cardiopediatria;
- Ambulatório de vascular (varizes).

#### **Hospital São José do Calçado**

- Ambulatório de vascular (varizes).

#### **Hospital Evangélico Litoral Sul**

- Ambulatório de vascular (varizes).

# Serviços ambulatoriais de Cardiovascular ou na APS

## Diagnóstico

### UPA – Cachoeiro

- Atendimento de urgência/ emergência

### Núcleo Regional de Especialidade de Cachoeiro de Itapemirim

- Consultas médica em cardiologia

### Centro Municipal de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim

- Consultas médicas em Cardiologia

### Pronto-Atendimentos Municipais

### Ambulatórios das Unidades Básicas de Saúde.

## Tratamento

### Núcleo Regional de Especialidades de Cachoeiro de Itapemirim-CRE

- Tratamento ambulatorial em cardiologia adulto.

### Centro Municipal de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim

- Tratamento ambulatorial em cardiologia clínica adulto

## Unidade Integrada de Jerônimo Monteiro

### Monteiro

- Tratamento ambulatorial em cardiologia clínica adulto e pediátrico;  
- Ambulatório de vascular (varizes).

### Hospital São José do Calçado

- Ambulatório de vascular (varizes).

### Hospital Evangélico Litoral Sul

- Ambulatório de vascular (varizes).

## Acompanhamento

### Núcleo Regional de Especialidades de Cachoeiro de Itapemirim-CRE

- Tratamento ambulatorial em cardiologia adulto

### Centro Municipal de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim

- Tratamento ambulatorial em cardiologia clínica adulto

### Unidade Integrada de Jerônimo Monteiro

- Tratamento ambulatorial em cardiologia clínica adulto e pediátrico.  
- Ambulatório de vascular (varizes).

## Hospital São José do Calçado

- Ambulatório de vascular (varizes).

## Hospital Evangélico Litoral Sul

- Ambulatório de vascular (varizes).

## Ambulatórios das Unidades Básicas de Saúde.

# Perfil Hospitalar Regional - Cardiovascular

Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Espírito Santo

Dias permanência Média permanência Taxa mortalidade por Estabelecimento

Região de Saúde (CIR): 32004 Sul

Capítulo CID-10: IX. Doenças do aparelho circulatório

Lista Morb CID-10: Doença reumática crônica do coração, Hipertensão essencial (primária), Outras doenças hipertensivas, Infarto agudo do miocárdio, Outras doenças isquêmicas do coração, Transtornos de condução e arritmias cardíacas, Insuficiência cardíaca, Outras doenças do coração, Arteroesclerose, Outras doenças vasculares periféricas, Embolia e trombose arteriais, Outras doenças das artérias arteríolas e capilares, Outras doenças do aparelho circulatório

Faixa Etária 1: 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais

Período: Jan-Jul/2017

Estabelecimento	Dias permanência	% diárias por Hospital	Média permanência	Taxa mortalidade
2447029 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUACUI	742	7%	4,8	9,09
2447886 CASA DE CARIDADE SAO JOSE	314	3%	3,7	1,19
2447894 HOSPITAL DE JERONIMO MONTEIRO UIJM	93	1%	5,5	11,76
2448173 HOSPITAL APOSTOLO PEDRO	88	1%	2,4	2,7
2485680 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	1.164	11%	7,4	10,19
2499568 MOVIMENTO DE EDUCACAO PROMOCIONAL DO ESPIRITO SANTO	179	2%	4,6	5,13
2547201 HPO HOSPITAL PADRE OLIVIO	24	0%	2,7	-
2547317 HOSPITAL SAO JOSE	376	4%	6,1	14,52
2547821 HECI HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	6.426	62%	5,9	3,66
2615339 HOSPITAL MATERNIDADE DANILO MONTEIRO DE CASTRO	53	1%	2,7	10
2650533 SANTA CASA DE IUNA	267	3%	2,3	5,17
6945368 HECI ITAPEMIRIM	636	6%	4,7	8,82
<b>Total</b>	<b>10.362</b>	<b>100%</b>	<b>5,4</b>	<b>5,46</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Espírito Santo

InternaçõesDias permanênciaMédia permanênciaTaxa mortalidade por Lista Morb CID-10

Região de Saúde (CIR): 32004 Sul

Lista Morb CID-10: Doença reumática crônica do coração, Hipertensão essencial (primária), Outras doenças hipertensivas, Infarto agudo do miocárdio, Outras doenças isquêmicas do coração, Transtornos de condução e arritmias cardíacas, Insuficiência cardíaca, Outras doenças do coração, Arteroesclerose, Outras doenças vasculares periféricas, Embolia e trombose arteriais, Outras doenças das artérias arteríolas e capilares, Outras doenças do aparelho circulatório

Faixa Etária 1: 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais

Período:Jan-Jul/2017

Lista Morb CID-10	Internações	Dias_permanência	% Utilização de Leito	Média_permanência	Taxa_mortalidade
09 Doenças do aparelho circulatório	1923	10362	100%	5,4	5,46
.. Doença reumática crônica do coração	53	468	5%	8,8	5,66
.. Hipertensão essencial (primária)	220	607	6%	2,8	0,91
.. Outras doenças hipertensivas	32	145	1%	4,5	9,38
.. Infarto agudo do miocárdio	341	2175	21%	6,4	6,45
.. Outras doenças isquêmicas do coração	445	1963	19%	4,4	0,67
.. Transtornos de condução e arritmias cardíacas	119	502	5%	4,2	4,2
.. Insuficiência cardíaca	527	3148	30%	6	10,44
.. Outras doenças do coração	53	383	4%	7,2	5,66
.. Arteroesclerose	38	410	4%	10,8	-
.. Outras doenças vasculares periféricas	9	45	0%	5	22,22
.. Embolia e trombose arteriais	25	162	2%	6,5	16
.. Outras doenças das artérias arteríolas e capil	48	329	3%	6,9	6,25
.. Outras doenças do aparelho circulatório	13	25	0%	1,9	-
<b>Total</b>	<b>1923</b>	<b>10362</b>	<b>100%</b>	<b>5,4</b>	<b>5,46</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

### **Capítulo 3**

Análise da oferta atual por núcleo de produção hospitalar e não hospitalar e das linhas de atenção e linhas de cuidado.

### **Capítulo 4**

Análise quantitativa e qualitativa da distância entre os núcleos de necessidades e os núcleos de produção da oferta em suas linhas de atenção e cuidado.

### **Capítulo 5**

Proposta de equilíbrio dinâmico, relação entre projeção de necessidades e projeção da oferta. Definição de pontos de equilíbrio no tempo dentro de um comportamento sistêmico (relacionando núcleos de produção de cada hospital com a projeção da linha de atenção e linhas de cuidado com os demais hospitais e rede ambulatorial, especializada e básica).

### **Capítulo 6**

Recursos necessários para o equilíbrio dinâmico e localização geográfica (recursos tecnológicos, de conhecimento, pessoal, estrutura física, coordenação, regulação, capacitação, etc.).

Proposição de desenvolvimento de redes hospitalares regionais com definição das funções hospitalares e de seus núcleos de produção. Quantificação de estruturas ambulatoriais e de internação necessárias para o equilíbrio assistencial.

Investimento e custeio.

# Impactos

- 1) Apropriação e produção coletiva de conhecimentos sobre os temas em análise, em uma abordagem construtivista de políticas e sistemas de saúde;
- 2) Construção coletiva e participativa dos planos diretores de redes hospitalares dos quatro estados incluídos no projeto (AM, PA, SE e ES) - identificação da história da política hospitalar e dos hospitais, identificação das necessidades populacionais, na perspectiva da taxonomia de Bradshaw (Bradshaw et al., 2013), identificação dos núcleos de produção das linhas de atenção prioritárias estaduais e regionais hospitalares e não hospitalares, com a proposta de equilíbrio dinâmico na relação entre projeção de necessidades e projeção da oferta;
- 2) Desenvolvimento da metodologia do laboratório que reuniu, mobilizou e integrou de forma inédita atores de diferentes estruturas organizacionais para organizar, debater e estabelecer argumentos para uma reforma estratégica e coerente das redes hospitalares.
- 3) Reflexão dos problemas da prática e a valorização do próprio processo de trabalho no seu contexto. O laboratório possibilitou a comunicação, integração e colaboração dos diversos atores participantes (entre os próprios hospitais, com os demais serviços ambulatoriais especializados e Atenção Básica e entre os hospitais e as secretarias estaduais e municipais), com uma mobilização importante de lideranças profissionais, especialmente de médicos.

# Perspectivas de aplicação

- As experiências no AM, PA, SE e ES demonstraram que é possível e necessário expandir o projeto em outros estados, considerando a necessidade urgente de debater a reforma hospitalar com ênfase nas análises históricas, atuais e futuras das necessidades sociais e a necessidade de envolvimento sistêmico.
- A expectativa sobre os Planos Diretores abre um debate estratégico para o desenvolvimento estruturado do Sistema em um componente que consome 70% dos recursos, mas que carece de uma orientação estratégica de longo prazo que propicie um reordenamento de investimentos, processos e estruturas que sigam diretrizes nacionais, mas que ganhem perfil contextual nos estados e suas regiões.

# Limitadores

- Complexidade do tema em suas multiplicidades de culturas institucionais em ambiente de fragmentação
- A diversidade extrema de contextos
- A labilidade das lideranças e a pouca internalização dos processos de transformação
- Uma hierarquia desprovida de dinamismo, formalista e desprofissionalizada
- Ausência de regionalização e redes organizadas
- Dificuldades ainda de envolver usuários
- A saúde ser um tema de baixa política e os hospitais serem invisibilizados como solução integrada ao sistema e sobretudo com a atenção básica.



# Facilitadores

A necessidade social como força problematizadora

O resgate da autoestima profissional e o empoderamento derivado do conhecimento crescente da complexidade e sua totalidade

O trabalho em grupo em territorios e regiões

A desaliaenação sobre resultados e produtos sociais do trabalho

Resgate da identidade histórica

# Monitoramento e avaliação

O processo de acompanhamento é um esforço autogestionado essencialmente, precisa envolver todos níveis das organizações

Proposta é completar os planos e submetê-los ao processo de legitimação e assignação de recursos, sabendo que a implementação tem um horizonte longo e complexo

**Como avaliamos processos em sistemas complexos adaptativos, abertos e dinâmicos?**



## Secretaria de Saúde Pública



Sistema de Informações do Cidadão

CONTRASTE  
ACESSIBILIDADE  
MAPA DO  
SITE

INÍCIO INSTITUCIONAL - OUVIDORIA - TRANSPARÊNCIA PÚBLICA - LOGIN

### SERVIÇOS

---

### CIDADÃO

---

### SERVIDOR

---

### EMPRESAS

---

### CONCURSOS E PSS

---

### CONTEÚDOS

---

### SIGA A SESPA

-  FACEBOOK
-  TWITTER
-  INSTAGRAM

## Diretores de hospitais debatem planejamento em oficina da Sespa

Criado em 22 de março de 2017 por Mozart Lira



FOTO: JOSÉ PANTOJA / ASCOM SESPA  
DATA: 21.03.2017  
BELÉM - PARÁ

A Secretaria de Estado de Saúde Pública (Sespa) deu prosseguimento nesta terça-feira (21/03), em Belém, ao segundo Laboratório de Inovação em Planejamento, Gestão, Avaliação e Regulação de Políticas, Sistemas, Redes e Serviços de Saúde, cujo objetivo é debater com gestores de hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e diretores de Centros Regionais de Saúde o processo de implantação do Plano Diretor Hospitalar do Pará, que vem sendo feito desde 2016 por meio de metodologia disponibilizada e aplicada por técnicos do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital do Coração - Hcor, a partir do protocolo do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS).

Ocorrida nas dependências da Fundação Cultural do Pará (FCP), a reunião de dois dias com os gestores cumpre o objetivo de repensar a organização dos hospitais a fim de que sejam resolutivos o suficiente para suportar demandas num espaço nos próximos 25 anos. Nesta ocasião, os participantes estão sendo capacitados para a aplicação de um censo das unidades de saúde do Estado, da capital e do interior, incluindo as do serviço privado que mantêm convênio com o SUS, bem como na aplicação do pré-teste

<http://www.saude.pa.gov.br/2017/03/22/diretores-de-hospitais-debtem-planejamento-em-oficina-da-sespa/>

# Amazonas



Início | Institucional | Gestores Estaduais | Biblioteca Digital | Projetos | Câmaras Técnicas | Contato

Início / Notícias Susam realiza I Encontro do Laboratório de Elaboração do Plano Diretor de Redes Hospitalares

## Susam realiza I Encontro do Laboratório de Elaboração do Plano Diretor de Redes Hospitalares

Publicado em | 17 fev 2017



Secretário Executivo.

Armando De Negri Filho, Coordenador do Laboratório de Inovação em Planejamento, Gestão, Avaliação e Regulação de Políticas, Sistemas, Redes e Serviços de Saúde,

A Secretaria de Estado da Saúde (Susam) iniciou nesta quinta-feira (16) o I Encontro do Laboratório de Elaboração do Plano Diretor de Redes Hospitalares. As atividades para construção do Plano Diretor serão desenvolvidas até final de 2017, através do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), uma ação do Ministério da Saúde (MS) que visa o fortalecimento do SUS por meio de intervenções tecnológicas, gerenciais e de capacitação profissional, em parceria com instituições portadoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS-SAÚDE) e reconhecidas como unidade de excelência pela Lei Federal nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. O I Encontro encerra nesta sexta-feira (17), no Auditório Dr. Klingler do Areal Souto, na Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ).

A elaboração do Plano Diretor de Redes Hospitalares será realizada em conjunto com o Hospital do Coração (HCor), de São Paulo. O Secretário Executivo da Susam, Carlos Nossa, destacou que esta parceria visa a reorganização da rede hospitalar. "Devemos traçar um planejamento estratégico para os próximos 25 anos, visando a melhoria funcional e estrutural da rede de saúde, com foco nas novas tecnologias e a realidade social, econômica do Estado. Neste momento, todos os diretores de unidades de saúde, Conselhos e representatividades populares devem se engajar e trabalhar para a melhoria da rede de atenção à população usuária do SUS", destacou o



Susam debate um plano diretor para a rede hospitalar do Estado

## SUSAM DEBATE UM PLANO DIRETOR PARA A REDE HOSPITALAR DO ESTADO

26 de Abril de 2017 | Amazonas, Destaques | Deixe um comentário

Facebook | Twitter | Google+

Amazonas - A Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (Susam) realiza nesta quinta (27) e sexta-feira (28) uma série de debates que vai contribuir para a elaboração de um plano diretor para a rede de assistência hospitalar no Estado.

As discussões são coordenadas pela Secretaria Executiva Adjunta da Capital (Sea/Capital), em parceria com o HCor - Hospital do Coração e o apoio do Departamento de Planejamento e Gestão da Susam (Deplan).

COTIDIANO

SAÚDE

## Susam promove debates para construção de plano diretor para a rede do Estado

O objetivo do projeto é elaborar um plano para a rede hospitalar do Amazonas para os próximos 20 anos. Documento final deve ficar pronto em novembro deste ano

27/04/2017 às 15:42

Show susam

O gestor do Laboratório e Inovação em Política e Sistema de Saúde do HCor, Armando De Negri, comandou a oficina desta sexta (Foto: Euzivaldo Queiroz)



Silane Souza

Manaus (AM)

Começou nesta quinta (27), em Manaus, uma série de debates que vai contribuir para a elaboração de um plano diretor para a rede de assistência hospitalar no Amazonas. As discussões são coordenadas pela Secretaria Executiva Adjunta da Capital (Sea/Capital), em parceria com o Hospital do Coração (HCor) e apoio do Departamento de Planejamento e Gestão (Deplan) da Secretaria de Estado de Saúde (Susam).

O evento segue até esta sexta-feira (28), no salão de eventos do restaurante Tambaqui com Alcaparras, no bairro Adrianópolis, Zona Centro-Sul da capital.

O objetivo do projeto é elaborar um plano para a rede hospitalar do Amazonas para os próximos 20 anos e a Susam em conjunto com o HCor trabalha com um cronograma para que o texto final do documento seja concluído até novembro deste ano.

De acordo com a coordenadora do projeto, Kelem Maia Portela, os debates são importantes nessa construção. Isso porque as discussões permitem com que gestores de unidades de saúde da capital e do interior compartilhem suas experiências e a partir delas contribuam com ideias que possam ser contempladas no texto final do documento.

VEJA TAMBÉM

Grupo denuncia Estado de não investigar intolerância religiosa

Unidades de Saúde da Susam terão programação especial para mulheres

Hospitais voltarão a utilizar Asparaginase em crianças com leucemia

Corpo de mulher é encontrado em decomposição na av. das Flores

Susam fará nova convocação de aprovados até final de março

Susam firma convênio para reforma de hospital em Manacapuru

## Amazonas terá Plano Diretor Hospitalar

Objetivo da Secretaria de Saúde é planejar os próximos 25 anos da saúde no estado, da rede pública e privada

Ideia é abranger rede pública e privada de saúde do Amazonas / Divulgação

Ideia é abranger rede pública e privada de saúde do Amazonas

Divulgação

Da Redação | ralves@band.com.br

Técnicos da Secretaria de Estado de Saúde (Susam) começam a trabalhar, a partir deste mês, na elaboração do Plano Diretor Hospitalar para o Amazonas, um estudo que engloba as redes pública e privada de saúde para planejar ações do setor para os próximos anos.

O trabalho será coordenado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital do

Coração (HCor), com apoio do Ministério da Saúde.

<http://noticias.band.uol.com.br/cidades/amazonas/noticias/100000798108/am-ter%C3%A1-plano-diretor-hospitalar-para-planejar-25-anos-de-sa%C3%BAde.html>

<http://www.acritica.com/channels/cotidiano/news/susam-promove-debates-para-a-construcao-de-um-plano-diretor-para-a-rede-hospitalar-do-estado>

<http://www.amazonianarede.com.br/susam-debate-um-plano-diretor-para-a-rede-hospitalar-do-estado/>

# Sergipe



Google Pe  
realizado por Google  
Internet  
Imagem

NOTÍCIAS ▾ ESPORTE ▾ ENTRETENIMENTO ▾ CINEMA ▾ BLOGS

## SAÚDE

### Gestores do Huse discutem regulação na Rede Hospitalar

O planejamento é idealizado para os próximos 25 anos

31/07/2017 16:47

Integrar a Rede Hospitalar e organizar a oferta de serviços da rede de saúde do estado de Sergipe, fazendo com que cada paciente seja direcionado para a porta ideal. Esses são alguns dos principais objetivos da elaboração do Plano Diretor de Redes Hospitalares que aconteceu no auditório do Hospital de Urgência de Sergipe (Huse) e reuniu gestores e referências técnicas das especialidades. O encontro é realizado pelo Governo de Sergipe, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SES), em parceria com o Ministério da Saúde e Hospital do Coração (Hcor).



O planejamento é idealizado para os próximos 25 anos (Foto: Arquivo Infonet)

O planejamento é idealizado para os próximos 25 anos e estão inseridos no plano os hospitais, tanto da rede SUS como os da rede privada e os filantrópicos, para que se faça o reconhecimento do cenário dessa rede de hospitais que existe aqui no estado. Quando o projeto for concluído, o Huse vai deixar de absorver a demanda que é de responsabilidade

Portal da **Saúde** + SUS



Q Pesquisar ...

### Profissionais da saúde discutem plano diretor para os próximos 25 anos

10 de abril de 2017

Em 2042 a população de idosos no Brasil vai aumentar de 27 milhões para 57 milhões, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Com um número maior de pessoas com mais de 60 anos, os serviços de saúde serão os mais utilizados pela população brasileira. Essa previsão estatística foi discutida nesta segunda-feira, 10, durante primeiro Encontro do Laboratório de Elaboração do Plano Diretor de Redes Hospitalares, realizado no auditório da Fundação Estadual da Saúde de Sergipe (Funesa).

O encontro reuniu gestores da saúde pública, representantes de hospitais particulares e acadêmicos e teve como principal objetivo traçar metas para um novo modelo de atendimento hospitalar para os próximos 25 anos. A projeção é criar uma união tanto dos hospitais particulares com dos hospitais públicos com a rede de atenção básica, melhorando a qualidade na prestação dos serviços da saúde.

Para o médico do Laboratório de Inovação em Planejamento, Gestão, Avaliação e Regulação de Políticas, Sistemas, Redes e Serviços de Saúde do Hospital do Coração de São Paulo, Armando de Negri este é um projeto que vai garantir uma melhor prestação no serviço dos hospitais. "Nós buscamos projetar qual seria a organização necessária da rede hospitalar para dar conta das necessidades em saúde atuais e projetadas".

Armando de Negri acredita ainda que com planejamento e união das entidades, o futuro da rede hospitalar será muito melhor e com a garantia de uma saúde cada vez mais eficaz. "Os hospitais são uma parte fundamental no sistema de saúde e no Brasil tem sido bastante relevante a ausência de um planejamento por parte do poder público e que dê conta de articular essas unidades com o desenvolvimento geral do sistema e integrando-as ao esforço de atenção básica de saúde e às demais áreas", destacou médico.

Segundo o superintendente do Hospital de Urgência de Sergipe (Huse), Luiz Eduardo Costa, com a implantação desse projeto, o problema da superlotação nos hospitais vai diminuir significativamente, sobretudo em um momento onde o número de usuários será cada vez maior. "Estamos aqui em busca de uma conformidade maior, para se entender melhor tanto a rede básica quanto a especializada, para evitarmos as superlotações ou até mesmo a escassez de pacientes em alguns hospitais", afirmou o superintendente.

<http://saude.se.gov.br/index.php/2017/04/10/profissionais-da-saude-discutem-plano-diretor-para-os-proximos-25-anos/>

<http://www.infonet.com.br/noticias/saude/ler.asp?id=203091>



Página Principal

Espírito Santo

Notícias

Governo

Cidadão

Empresas

Invista no Espírito Santo

Servidor

Contato

12/04/2017 17h38 - Atualizado em 12/04/2017 17h39

## Saúde: Sesa inicia plano de regionalização da atenção hospitalar

[Compartilhar 0](#) [Tweeter](#) [Compartilhar](#) [Imprimir](#)

A Secretaria de Estado da Saúde (Sesa) está dando mais um passo importante para a organização da rede de atenção à saúde no Espírito Santo. O primeiro encontro de elaboração do plano diretor de redes hospitalares para o estado e suas regiões, realizado nesta quarta-feira (12), teve como objetivo fazer uma apresentação geral do projeto de reorganização da atenção hospitalar em redes regionalizadas, seguindo a mesma lógica que vem sendo aplicada na reorganização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada.

“Nós estamos fortalecendo o SUS. Isso precisa ser uma obra coletiva ou não vamos conseguir fazer nada. Estamos fazendo a reformulação da regionalização da saúde com o fortalecimento da atenção primária, que é a porta de entrada do Sistema. A Rede Cuidar é o nosso exemplo. Vamos garantir o atendimento mais próximo do cidadão, com qualidade de vida. Nós estamos dando mais um passo para implementar este modelo com qualidade no atendimento. Com isso, vamos reduzir o impacto na nossa rede hospitalar”, disse o secretário de Estado da Saúde, Ricardo de Oliveira, em sua apresentação no encontro.

<https://www.es.gov.br/Noticia/saude-sesa-inicia-plano-de-regionalizacao-da-atencao-hospitalar>

# Referências

- Almeida T. Conceitos básicos e planejamento da moderna assistência hospitalar. Trabalhos publicados pela D.O.H. Coletânea. Rio de Janeiro: M.S.D.N.S, 1964.
- Best A et al. Large-System Transformation in Health Care: a Realist Review. *Milkbank Quarterly*, v. 90, n. 3, 2012 (p. 421-456).
- Bradshaw et al. Jonathan Bradshaw on Social Policy. *Selected Writings 1972-2011*. York: York Publishing Services, 2013.
- De Negri Filho A. Bases para um debate sobre a reforma hospitalar do SUS: as necessidades sociais e o dimensionamento e tipologia de leitos hospitalares em um contexto de crise de acesso e qualidade [tese]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2016.
- De Negri Filho et al., *Cartografia do Sistema Hospitalar Brasileiro - 2005-2014*;
- Mckee M, Healy J. *European Observatory on Health Systems Series. Hospital in a changing Europe*; 2002.
- Negri Filho A. Sobre a utilização da soft system methodology na formulação de políticas públicas para atenção às urgências médicas na região metropolitana de Porto Alegre. Texto inédito.
- Uribe JFU. A démarche estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Universitário de Lille, França. *Cad. Saúde Pú*b, v. 13, n. 1, 1997 (p. 73-80).

## **Contato**

**Armando De Negri Filho**  
denegrifilho1516@gmail.com