

# **PDR/AL 2011**

**PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DE ALAGOAS**

ESTADO DE ALAGOAS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESAU

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE  
DO ESTADO DE ALAGOAS - PDR/AL  
- REVISÃO NO ANO 2011-

MACEIÓ/AL

Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Alagoas - PDR 2011 - É autorizada a reprodução total ou parcial dos textos, sem fins lucrativos, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica

Layout da capa: Ronaldo Betta-Ascom-SESAU/AL

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência  
de Planejamento e Participação Social.

Tiragem: 400 exemplares | 2013

**Governador do Estado**  
Teotonio Vilela Filho

**Secretário de Estado da Saúde**  
Alexandre de Melo Toledo

**Secretário Adjunto de Saúde**  
Jorge de Souza Villas Bôas

**Chefe do Gabinete**  
Carlos Palmeira Lopes Villanova

**Superintendente de Planejamento e Participação Social-SUGEPS**  
Sylvana Medeiros Torres

**Superintendente de Atenção à Saúde-SUAS**  
José Sival Clemente da Silva

**Superintendente de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria-SURAUD**  
Antônio de Pádua Cavalcante

**Superintendente de Vigilância à Saúde-SUVISA**  
Sandra Tenório Accioly Canuto

**Coordenação Geral**  
Aminadab Baruch da Costa

## ELABORAÇÃO

### Coordenação

Sylvana Medeiros Torres

### Organização

Noélia Barbosa Lira de Almeida

### Grupo Técnico Executivo

Herbert Charles Silva Barros

Joellyngton Medeiros dos Santos

Lenize Barbosa Abreu

Lenormande da Silva Lima

Maria de Fátima de Mendonça Cerqueira Torres

Maria Josiene de Gois

Vera Lúcia Elias Rodrigues

### Colaboradores

Alessandra Pereira Viana

Catarina Andreza Quixabeira Alves

Cláudia Rejane de Souza Monteiro

Dário João de Mendonça Bernardes

Erlon Barros do Nascimento

Evelyne Mastrianni Lima Furtado

Flávia Cristhina Sampaio Wanderley da Silva

Gilvania Dorta de Moura

Hilzonete de Abreu Araújo

Isabela Cristina Chaves Valente

Maria Alice Gomes Athayde

Maria das Graças Seabra Santos

Sandra Cristina Silva de Farias

Silvana Matos Meira Bastos

Soraya Maria Silva Barros

Tânia Maria de Queiroz

Therezinha Faria da Costa

### Coordenadoria Setorial de Gestão de Informática – CSGI

Davisson Antonio Campos Rodrigues

Marcinkus Bandeira de Melo

Victor Dyego Ludovico Gomes

### Conselho de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS/AL

Colegiados Regionais de Saúde - CGR/AL

---

## SUMÁRIO

I - APRESENTAÇÃO .....	08
II - SITUAÇÃO DE SAÚDE EM ALAGOAS .....	10
III - ATUALIZAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO – 2002 .....	21
3.1 - UM BREVE HISTÓRICO .....	21
3.2 - O PACTO PELA SAÚDE .....	23
IV - METODOLOGIA .....	25
V - PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E OBJETIVOS .....	26
VI - O DESENHO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE – ANO 2011 .....	29
VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	41
VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	42
IX - ANEXOS .....	45
ANEXO 1 - CONSOLIDADO DO CORTE ASSISTENCIAL NAS ÁREAS PRIORITÁRIAS POR REGIÃO DE SAÚDE .....	45
1.1 - ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER .....	45
1.2 - ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA .....	46
1.3 - ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO .....	46
1.4 - ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL .....	47
1.5 - INTERNAÇÕES HOSPITALARES .....	47
1.6 - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....	47
1.7 - SAÚDE BUCAL .....	47
1.8 - RADIOLOGIA .....	48
1.9 - REGULAÇÃO .....	48
1.10 - ESPECIALIDADES MÉDICAS .....	48
ANEXO 2 - RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR REGIÃO DE SAÚDE .....	49

## I - APRESENTAÇÃO

No sentido de fortalecer o SUS em Alagoas para atender às necessidades de saúde da população é que se busca redefinir o Plano Diretor de Regionalização-(PDR) do estado, entendendo ser este um instrumento de planejamento e gestão que objetiva direcionar a descentralização com vistas à promoção de maior e mais adequada acessibilidade dos usuários, considerando os princípios da integralidade, equidade e economia de escala.

A revisão do PDR do estado de Alagoas, ao redesenhar o espaço geográfico das regiões de saúde e a modelagem assistencial, primou na observância dos princípios e diretrizes da Lei orgânica da Saúde, a Lei 8.080/90, atualmente regulamentada pelo Decreto Presidencial 7.508/11, e a Lei 8.142/90, considerando o movimento natural das populações no processo de idas e vindas do fluxo assistencial entre os municípios.

A SES/AL procurou aproximar os aspectos técnicos e políticos da regionalização junto aos atores envolvidos, o que inclui o fato de o PDR não se referir apenas a uma distribuição espacial, geográfica, ou a interesses parciais de cunho apenas cartorial ou loco regional.

A concepção atual é que a regionalização deve direcionar ao estabelecimento de Rede de Atenção à Saúde, refletindo processos, metas de ações e serviços a serem ofertados com equidade, economia de escala e resolutividade, o que é de grande importância para alcançar a integralidade da assistência à saúde da população.

Assim, consta neste documento a situação de saúde em Alagoas que pretende situar os diversos atores sociais sobre as características principais do estado, sua demografia, o perfil epidemiológico e os indicadores de saúde numa demonstração de quão é necessário o reordenamento da gestão e do modelo de atenção à saúde no estado.

Seguindo, é apresentado um breve histórico de como se iniciou a primeira elaboração do PDR no estado e a evolução dos conceitos e fundamentos através do Pacto pela Saúde com a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), momento importante na descentralização da saúde através da incorporação pelos gestores da importância de compartilhar responsabilidades.

Em seguida, é apresentada a metodologia trabalhada, os passos desenvolvidos em linhas gerais, uma vez considerada a realidade do Estado e as possibilidades da equipe. São registrados e apontados os documentos e os aspectos legais constitutivos, as estratégias utilizadas, as circunstâncias no processo de elaboração e implementação.

O próximo item trata dos Princípios, Diretrizes e Objetivos, elementos traçadores, que, além de possibilitar as bases para a elaboração do PDR, também orientaram os critérios operacionais e as estratégias adotadas.

O penúltimo item traz o desenho espacial do PDR no ano de 2011 com 10 Regiões de Saúde, apresentando a modelagem do corte assistencial e o elenco de serviços de alta complexidade das duas macrorregiões, com mapas demonstrativos das regiões e macrorregiões.

Nas Considerações Finais, além de se pontuar algumas reflexões, foram apontadas questões a serem avaliadas oportunamente. Cabe retomar o PDR como um instrumento dinâmico, que possibilite alicerces para construção de entendimentos e negociações voltadas para políticas de estado e para análise dos avanços e dificuldades regionais.

Certamente muito ainda precisa ser aperfeiçoado a exemplo do próximo passo, que é a elaboração do plano de investimentos para minimizar as iniquidades da atenção à saúde das regiões.

Este não é um documento acabado. O PDR requer, ainda, o aprimoramento da PPI, a implementação do Sistema de Regulação e o desenho das redes regionalizadas de atenção integral à saúde, conformando sistemas regionais e estadual de saúde.

Esperamos que este trabalho represente um importante passo nessa direção.

*Alexandre de Melo Toledo*  
*Secretário de Estado da Saúde de Alagoas*

## II – SITUAÇÃO DE SAÚDE EM ALAGOAS

### Conhecendo o Estado

Alagoas ocupa uma área de 27.767 km<sup>2</sup>, que representa 0,32% do território brasileiro. Penúltimo estado brasileiro em área (mais extenso apenas que Sergipe), 16º em população e 4º em densidade demográfica, atrás apenas do Distrito Federal, Rio de Janeiro e São Paulo. É um dos maiores produtores de cana-de-açúcar e coco-da-baía do país e tem na agropecuária a base de sua economia. Está situado a leste da região Nordeste, limitando-se com os estados de Pernambuco, Sergipe e Bahia, e tendo como capital a cidade de Maceió.

O território pertencente ao estado é banhado por rios como o São Francisco, o Mundaú e o Paraíba do Meio. É um território característico do Nordeste brasileiro: ao lado de um litoral esplendoroso, que chama a atenção do setor turístico para seu aproveitamento, o interior do estado apresenta clima semiárido. O clima predominante é caracterizado, portanto, como tropical, semiárido na maior parte de seu território. As temperaturas médias anuais são superiores a 24°C e os índices de pluviosidade são inferiores a 1000 mm na região de semiaridez.

O estado é formado por 102 municípios e os mais populosos são Maceió (932.748 hab.), Arapiraca (214.006 hab.), Palmeira dos Índios (70.368 hab.), Rio Largo (68.481 hab.), União dos Palmares (62.358 hab.), Penedo (60.378 hab.), São Miguel dos Campos (54.577 hab.), Coruripe (52.130 hab.) e Campo Alegre (50.816 hab.) (Fonte: IBGE, 2010).

### Indicadores e Dados Básicos

O folheto do IDB 2009 – Indicadores e Dados Básicos para a Saúde/RIPSA traz, em sua publicação mais recente, alguns dados para Alagoas, Nordeste e Brasil. Alguns indicadores foram atualizados com dados disponibilizados pelo IBGE, porém, outros seguem o folheto do IDB 2009. Os indicadores e seus resultados são listados no quadro a seguir:



Quadro 01 – Indicadores e Dados Básicos.

Indicadores	Alagoas	Nordeste	Brasil
Taxa de crescimento da população (% de incremento 2001 a 2010)	1,01	1,07	1,17
Grau de urbanização (% da população urbana, 2010)	73,6	73,1	84,4
Índice de envelhecimento (nº de pessoas com 60 anos e mais de idade por 100 pessoas <15 anos, 2010)	30,40	38,68	44,82
Razão de dependência (população da faixa etária economicamente dependente <15 anos e >60 anos, 2010)	61,4	58,4	53,5
Taxa de fecundidade total, 2008	2,3	2,1	1,8
Taxa bruta de natalidade, 2008	18,4	16,6	15,4
Esperança de vida ao nascer, 2009 (nº de anos)	67,6	70,4	73,1
Taxa de analfabetismo, 2008 (% na população de 15 anos e mais)	26,0 <sup>1</sup>	19,0	10,0
Produto interno bruto (PIB) <i>per capita</i> (R\$) ano de referência: 2000 (segundo população de 2007)	5.767,00	6.664,00	14.056,00
Proporção de pobres (% da população com renda familiar <i>per capita</i> de até meio salário mínimo, 2008)	59,0 <sup>2</sup>	52,0	31,0
Taxa de desemprego	7,0	8,0	7,0
Taxa de trabalho infantil (% da população de 10 a 14 anos que se encontra trabalhando, 2008)	13,0	14,0	10,0

Fonte: DATASUS/IBGE/IDB, 2009.

A despeito da taxa de fecundidade ainda elevada (2,3 filho/mulher), quando comparada às médias do Brasil e Nordeste (ambas de 2,1 filho/mulher) (PNAD, 2009), Alagoas apresentou, no período de 2000 a 2010 uma redução na taxa média geométrica de crescimento anual (de 1,31 para 1,01), tendo a menor taxa desde 1990 (IBGE, 2010).

Em todo o mundo, as taxas de fecundidade diminuem, as populações envelhecem e observa-se um crescimento no fenômeno da urbanização também no estado. Em Alagoas, a população urbana passou de 68% em 2000 para 73,6% em 2010, semelhante à população do Nordeste (73,1%) e abaixo do Brasil (84,4%).

A razão entre idosos e jovens, representada pelo índice de envelhecimento, é de 24%, menor que a média do Nordeste (32,0%) e do Brasil (38,0%). Valores baixos indicam ainda a presença de mais jovens na população, caracterizando uma transição demográfica inicial. Quanto à razão de dependência, observa-se em Alagoas um valor elevado (68%) quando comparado aos valores médios do Nordeste (62,0%) e do Brasil (56,0%). Valores elevados estão diretamente relacionados com a alta taxa de fecundidade.

1 ALAGOAS DETÉM A MAIOR TAXA DE ANALFABETISMO DA REGIÃO NORDESTE E DO BRASIL.

2 ALAGOAS DETÉM A MAIOR PROPORÇÃO DE POBRES (POPULAÇÃO COM RENDA FAMILIAR *PER CAPITA* DE ATÉ MEIO SALÁRIO MÍNIMO DA REGIÃO NORDESTE E DO BRASIL).

A taxa bruta padronizada de natalidade de 18,4/1.000 habitantes é a mais alta da Região Nordeste e está associada às condições socioeconômicas precárias e a aspectos culturais da população.

A esperança de vida ao nascer aumentou no período de 1991 (59,72 anos) a 2008 (67 anos), que corresponde a 7,05 anos a mais, sendo o melhor desempenho do Nordeste. Entretanto, Alagoas ainda detém a menor esperança de vida da região.

Quanto aos indicadores socioeconômicos, destaca-se o PIB *per capita* com valor de R\$ 6.227,50, menor que a média da região (R\$ 7.487,55) e menos da metade do valor nacional (R\$ 15.989,75) (IBGE, 2008). Valores muito baixos assinalam, em geral, a existência de segmentos sociais com precárias condições de vida. Esta situação se observa na proporção de pobres do estado, em que pese à redução que ocorreu nos últimos anos, ainda 59% da população tem renda familiar mensal *per capita* de até meio salário mínimo.

### População

A população para Alagoas pelo censo IBGE, 2010 foi de 3.120.494 habitantes. Dentre os municípios que compõe o estado, 93 (91,2%) possuem população inferior a 50.000 habitantes (Quadro 02), os quais são pequenos municípios com pouca capacidade de produção de receita própria, onde a atuação do poder público é ainda assistencialista.

Quadro 02 - Distribuição dos municípios segundo tamanho da população. Alagoas, 2009.

Número de habitantes	Número de municípios	%
Até 5.000	5	4,9
5.001 - 10.000	22	21,6
10.001 - 20.000	35	34,31
20.001 - 50.000	31	30,39
50.001 - 100.000	7	6,86
> 1.000.000	2	1,96
Total	102	100

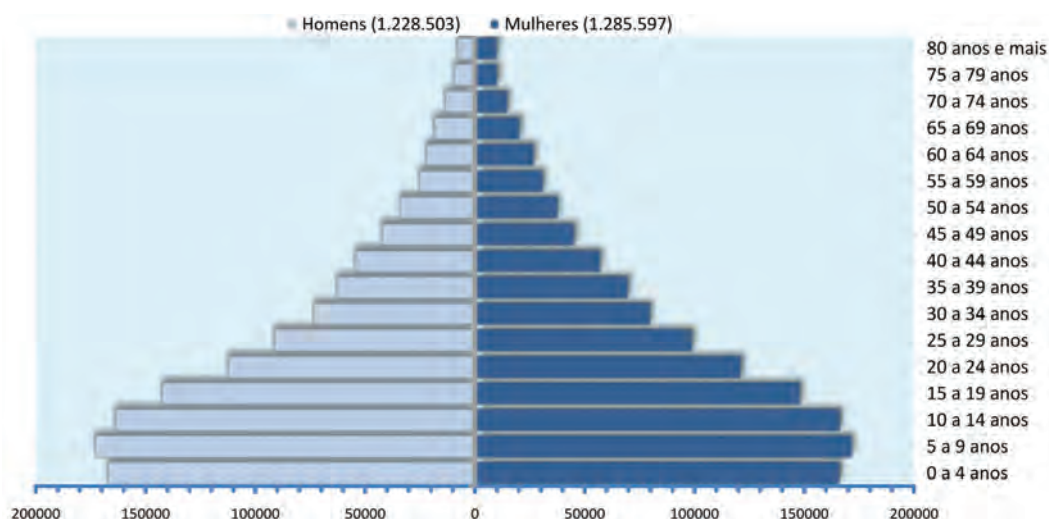
Fonte: DATASUS/IBGE

Os municípios de Maceió e Arapiraca, respectivamente, são os maiores municípios em população e com melhores características socioeconômicas do estado, o que consequentemente corrobora com o processo de urbanização, pressionando os serviços de saúde, especialmente por parte das populações pobres que vivem nas periferias.

Com relação à faixa etária, observa-se que o maior número e proporção de pessoas são no grupo de 20 a 29 anos (18,77%), o grupo etário de 60 anos e mais representa 7,89% da população do estado. Em relação ao grande contingente de população jovem no estado, destaca-se o fato de que este é público-alvo para uma gama de estratégias necessárias e/ou intencionais, pois, efetivamente pressionam para criação de novos postos de trabalho, novas opções de lazer e estão expostos às mais elevadas taxas de morbidade por mudanças nos padrões de consumo e comportamento não saudáveis (tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, obesidade, estresse) e mortalidade por causas externas, impulsionada pelo aumento da violência. Além disso, 53,48% das internações por gravidez, parto e puerpério, em 2009, ocorreram nesta faixa etária.

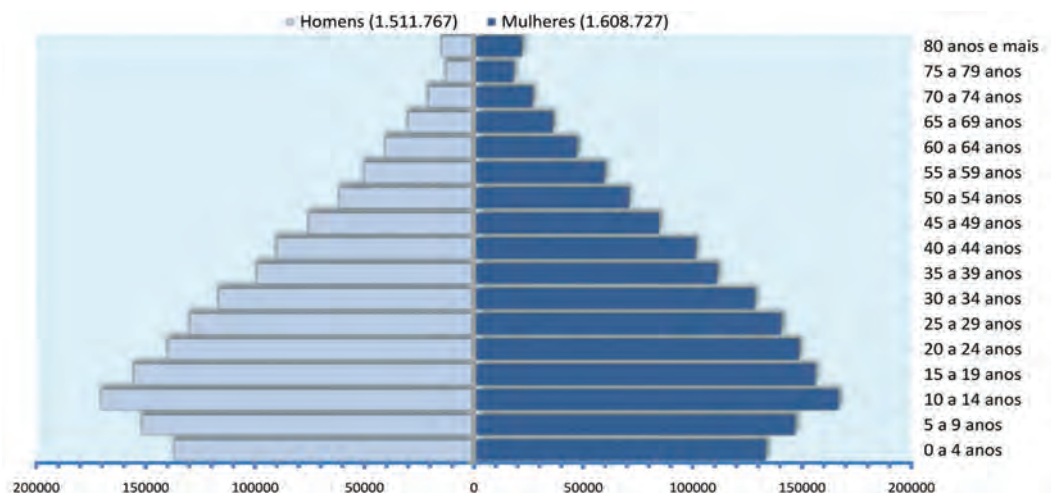
As mudanças na composição etária evidenciam um envelhecimento populacional. Os dados dos censos de 1991 a 2010 mostram que a proporção de menores de 15 anos reduziu de 67,2% para 49,6%. As Figuras 01 e 02 demonstram um leve crescimento da população de 60 anos e mais (a proporção de idosos em Alagoas aumentou, nesse período, de 6,4% para 8,9%), um acentuado aumento na população de 20 a 29 anos, além da redução na faixa etária de 0 a 9 anos.

O crescimento da população idosa brasileira tem provocado alterações profundas na sociedade. Este impacto, que deverá ser ainda maior no futuro, é sentido na economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares e no sistema de saúde (PICCINI, 2006). O idoso consome mais serviços de saúde, as internações são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior. Em geral, os idosos são acometidos por doenças crônicas e múltiplas. Segundo Loyola (2004), entre os idosos, as três maiores taxas de internação são insuficiência cardíaca, bronquite/enfisema/outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas e pneumonias.



Fonte: DATASUS/IBGE

Figura 01 – Pirâmide etária da população de Alagoas, segundo censo 1991.



Fonte: DATASUS/IBGE

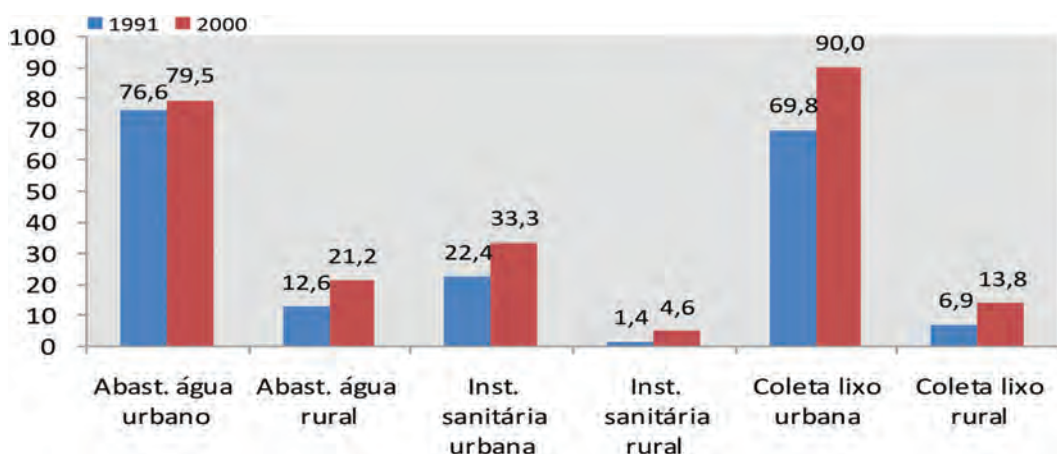
Figura 02 – Pirâmide etária da população de Alagoas, segundo Censo 2010.

### Condições Ambientais

Para análise das condições ambientais, considerou-se a situação do saneamento básico avaliando o abastecimento de água com canalização interna, o acesso à rede coletora de esgoto e fossa séptica e coleta de lixo.

O aumento da cobertura de abastecimento de água ocorreu em todo o estado, atingindo, em 2009, 78,5% da população. As coberturas de instalações sanitárias são baixas em todo o estado, cujo percentual passou de 24,1% em 2000 para 33,0% em 2009. A cobertura da coleta de lixo passou de 65,9% (2000) para 75,1% (2009) (Fonte: IBGE, 2009).

Comparando-se os dados dos censos disponíveis (1991 e 2000), observa-se em Alagoas uma melhora no acesso da população aos serviços de saneamento básico, no entanto, as coberturas ainda são muito baixas para instalações sanitárias na população urbana e em todos os componentes para a população rural (Figura 03).



Fonte: DATASUS/IBGE

Figura 03 – Proporção da população com acesso a saneamento básico segundo situações urbana e rural. Alagoas, 1991 e 2000.

## **Perfil de morbidade – SIH e SINAN**

As condições de saúde e doença não acontecem casualmente, são determinadas por um processo permanente e dinâmico de interação de diversos fatores relacionados com a qualidade de vida. Em decorrência de condições ambientais, sanitárias e sociais desiguais, algumas doenças transmissíveis antigas ressurgem, outras persistem e outras doenças e agravos incorporam-se ao cenário epidemiológico.

O perfil de adoecimento está se modificando e o padrão já não é o mesmo. Observa-se uma redução da incidência de doenças transmissíveis e aumento das doenças crônico-degenerativas e dos agravos provocados por causas externas. Esse processo vem ocorrendo de forma contínua nas últimas décadas, sobretudo a partir da segunda metade do século passado.

Lebrão (1995) diz que os dados de morbidade são mais reveladores que os de mortalidade, uma vez que estes mostram o quadro de saúde como ela é. Eles representam as condições de saúde de uma população com muito mais sensibilidade que as taxas de óbitos.

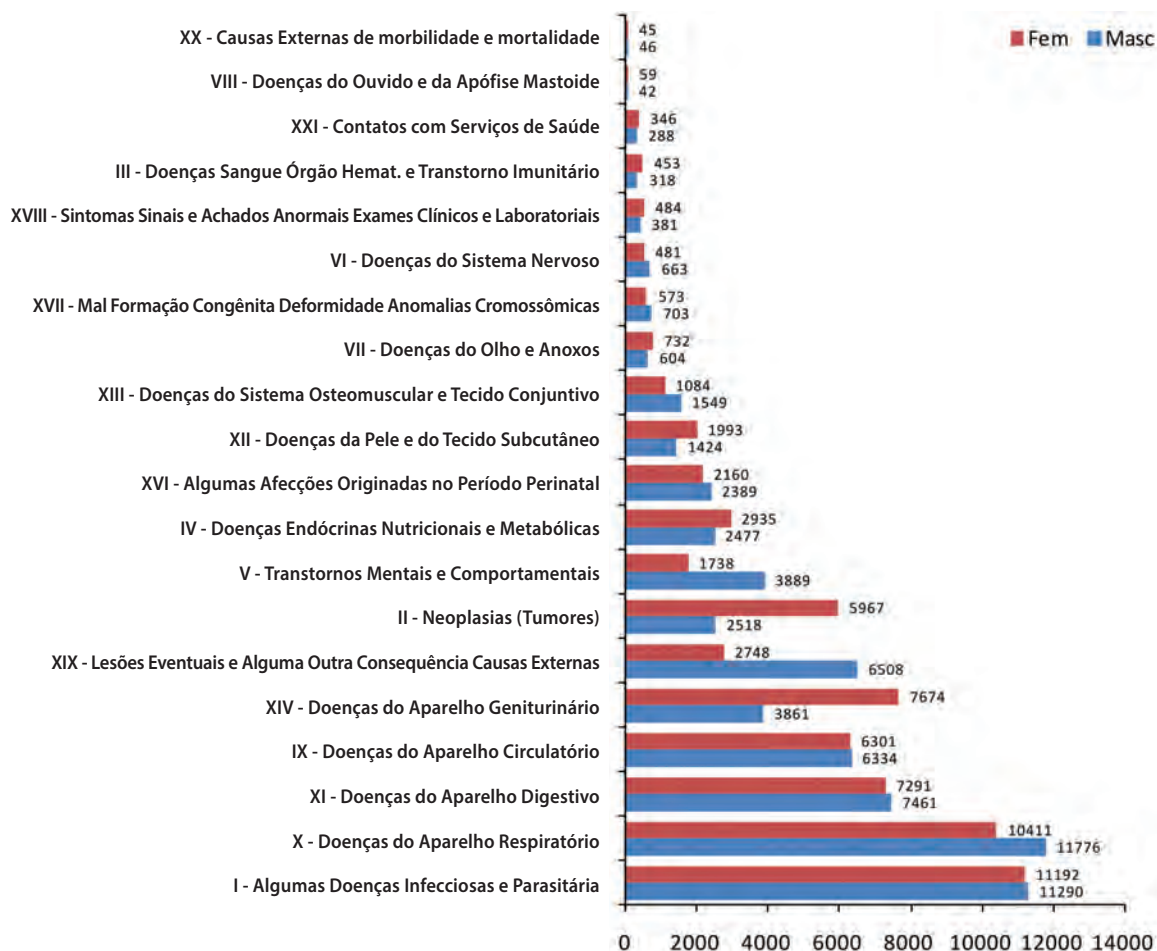
### **Morbidade Hospitalar**

As estatísticas de serviços de saúde vêm ganhando interesse e importância nos últimos anos como estimadores do nível de saúde da população, da política médico-assistencial e pela aplicação direta ao planejamento e administração dos serviços das suas contribuições mais imediatas.

No período de 2010, foram realizadas em Alagoas 183.151 internações em estabelecimentos próprios ou conveniados ao SUS, segundo dados disponibilizados pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), sendo a maior proporção relacionada à gravidez, parto e puerpério (cap.XV) (29,46%).

Analisando as 183.151 internações, observa-se que 64.521 (35,23%) foram de pacientes do sexo masculino e 118.630 (64,77%) do sexo feminino. Porém, quando são excluídas as internações relacionadas à gravidez, parto e puerpério, os percentuais encontrados são de 49,95% para os homens e 50,05% para as mulheres.

Avaliando as causas de internações entre os homens, três aparecem como as mais importantes: doenças do aparelho respiratório (cap. X), doenças infecciosas e parasitárias (cap. I) e doenças do aparelho digestório (cap. XI). Entre as mulheres, quando excluídas as causas por gravidez, parto e puerpério, as três causas mais importantes foram: doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho geniturinário (cap. XIV) (Figura 04).



Fonte: SIH/DATASUS

Figura 04 – Número de Internações segundo causas (Cap. CID-10) e sexo. Alagoas, 2010.

Ao excluir as causas de internações por gravidez, parto e puerpério, destacam-se como as três principais causas na população geral de Alagoas as doenças infecciosas e parasitárias (12,28%), doenças do aparelho respiratório (12,11%) e doenças do aparelho digestório (8,05%).

As principais causas de internação (59,74%) foram diarreia e gastroenterite de origem infecciosa e outras doenças infecciosas intestinais.

Observa-se, ainda, que as internações por transtornos mentais e comportamentais (cap. V), além de lesões por causas externas (cap. XIX), ocorreram mais em pessoas do sexo masculino (Figura 04).

Quando analisadas as internações por doenças do aparelho respiratório, as principais causas foram pneumonia (68,25%), seguida de asma (10,63%) e bronquite-enfisema (5,58%), aparecendo a população masculina com o maior número de internações por estas causas.



## Doenças e agravos de notificação compulsória

O acompanhamento dos casos de doenças cuja notificação é compulsória permite identificar a ocorrência de surtos e epidemias, como também definir medidas para a prevenção e o controle. A ocorrência das doenças de notificação compulsória em 2010 está demonstrada na tabela 01.

**Tabela 01 – Frequência de casos confirmados de Doenças de Notificação Compulsória por região de Saúde. Alagoas, 2010.**

Doenças	1ª Região de Saúde	2ª Região de Saúde	3ª Região de Saúde	4ª Região de Saúde	5ª Região de Saúde	Alagoas
AIDS	298	27	12	26	23	386
Coqueluche	1	2	1	1	22	27
Dengue	18.863	1.141	1.989	11.707	538	34.238
Difteria	1	0	0	0	0	1
Doença de Chagas aguda	0	1	0	1	0	2
Doença meningocócica e outras meningites	82	14	14	17	16	143
Esquistossomose	12	4	0	3	1	20
Febre tifoide	14	1	1	4	2	21
Hanseníase	231	78	75	68	34	486
Hepatites virais	224	55	42	43	27	391
Infecção pelo vírus da Imunodeficiência humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical	125	11	0	9	12	157
Leishmaniose visceral	7	3	14	13	0	37
Leptospirose	52	1	1	2	14	70
Malária*	1	0	2	1	0	4
Rubéola	0	5	0	3	1	9
Sífilis congênita	165	24	13	12	23	237
Sífilis em gestante	98	18	15	24	26	181
Síndrome da rubéola congênita	1	0	0	0	0	1
Tétano	2	2	0	3	0	7
Tuberculose	884	196	89	200	88	1.457

Fonte: SINAN/SESAU/AL - \*CASOS IMPORTADOS

As doenças mais frequentes em Alagoas são dengue, tuberculose, hanseníase, hepatites virais e AIDS. Vale observar que a maior parte dos casos de AIDS está sendo diagnosticado em residentes da 1ª Região de Saúde, o que sugere a centralização do acesso à assistência, além da oferta de testagem e aconselhamento na capital. A elevada frequência de sífilis congênita e em gestante é outro dado preocupante que reflete a qualidade da assistência no pré-natal.

## Nascimento e Morte em Alagoas

Em 2010 nasceram 53.574 crianças, sendo 49,2% do sexo feminino e 50,8% do sexo masculino, com 43% das gestantes com 07 ou mais consultas de pré-natal. Vale ressaltar que não houve variação na proporção de gestantes com 07 ou mais consultas de pré-natal entre os anos de 2006 e 2010.

Quanto ao tipo de parto, 52,8% das crianças nasceram por meio de parto cesáreo. Quando observadas as taxas de cesárea entre os anos de 2006 e 2010 (2006: 36,2%; 2007: 39,0%; 2008: 42,7%; 2009: 47,7%; 2010: 52,8%), verifica-se uma tendência de aumento, sendo objeto que merece maior investigação e medidas que impactem em sua reversão.

Dos nascimentos ocorridos em 2010, 3.996 (7,46%) foram de crianças com baixo peso e 2.736 (4,73%) foram prematuras (<37 semanas de gestação). Entre 2006 e 2010 não houve variação nas proporções de crianças com baixo peso ao nascer, bem como de nascimentos prematuros.

Quanto aos óbitos, as doenças transmissíveis já foram as principais causas de morte em Alagoas, mas as medidas de controle e a transição demográfica fizeram com que esse quadro se modificasse e atualmente são responsáveis por 4,2% das mortes, cedendo lugar para as doenças do aparelho circulatório e as causas externas.

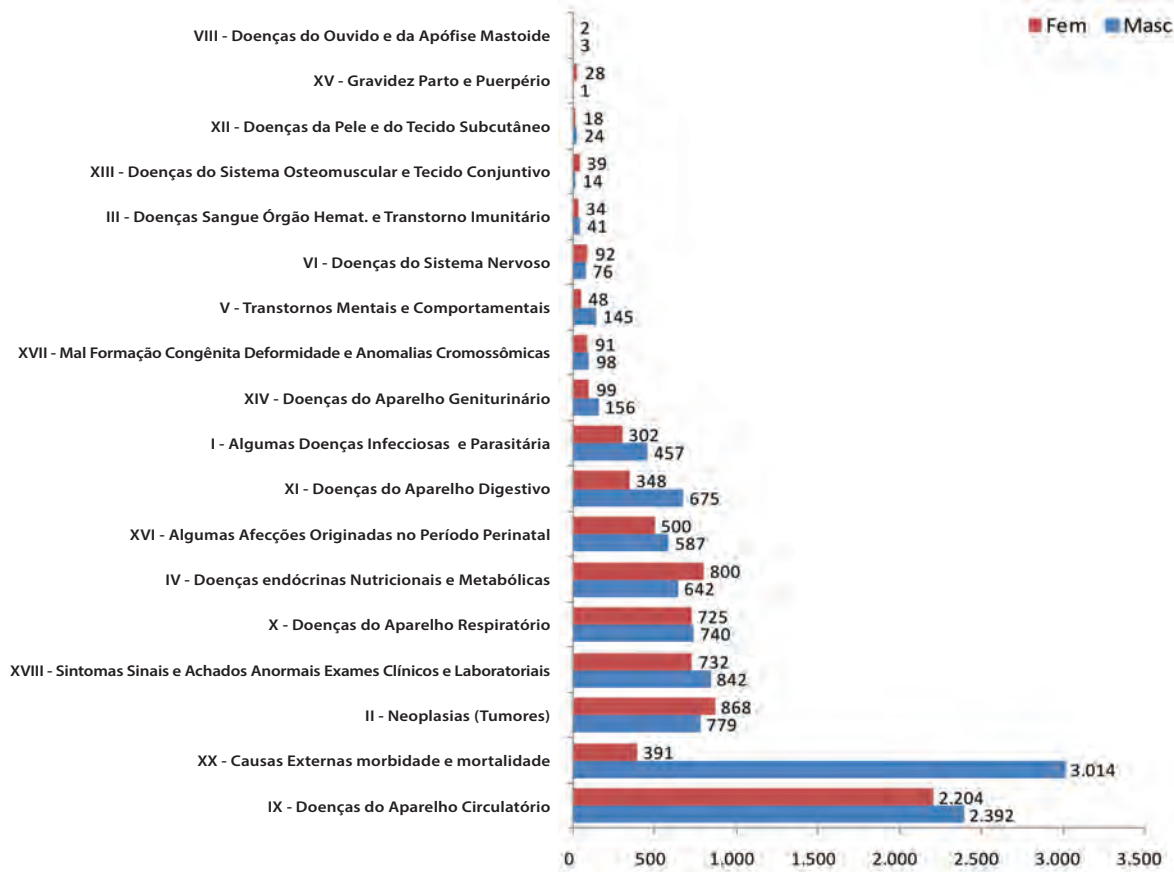
No contexto da mortalidade materna, em 2010 ocorreram 28 óbitos maternos, dos quais apenas 07 (25,0%) foram investigados. A razão de mortalidade materna em 2010 foi de 52,2/100.000 nascidos vivos, sendo a maior taxa observada desde 2006. Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços a esse grupo.

No ano de 2010, foram registrados 18.024 óbitos em Alagoas, dos quais 59,29% foram de indivíduos do sexo masculino. A Taxa Bruta de Mortalidade para Alagoas em 2010 foi de 10/1.000 hab., sendo tal taxa o dobro da observada em 2009, a qual foi de 5,3/1.000 hab. A Taxa Bruta de Mortalidade expressa a intensidade com a qual a mortalidade atua sobre uma determinada população e é influenciada pela estrutura da população quanto à idade e ao sexo, além de baixas condições socioeconômicas.

A análise dos principais grupos de causas de óbitos apontou as doenças do aparelho circulatório (cap. IX) como as mais frequentes, seguidas pelas causas externas (cap. XX) e as neoplasias (cap. II) (Figura 05). Vale ressaltar que, confrontando-se as informações disponíveis no SIM e SIH, apesar de as causas de óbitos mais frequentes serem as doenças do aparelho circulatório, estas não repercutem nas internações em Alagoas.

Entre as mulheres, os óbitos ocorrem com maior frequência devido às neoplasias, seguidas pelas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (cap. IV), já entre os homens, as principais causas são devidas aos fatores externos e às doenças do aparelho circulatório, destacando-se as causas externas, as quais ocorrem quase que exclusivamente entre indivíduos do sexo masculino (88,5%) (Figura 05).

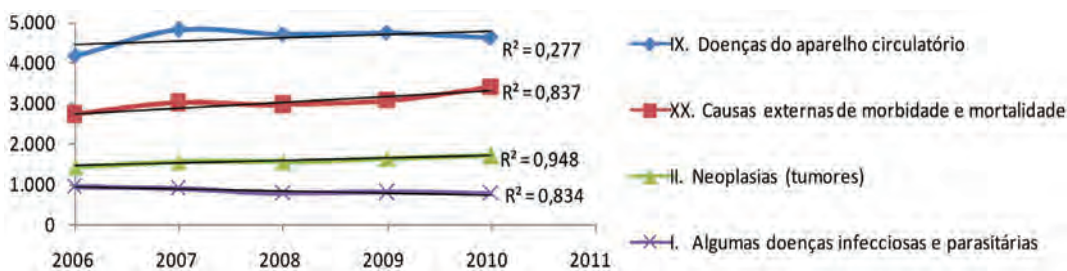




Fonte: SIM/DATASUS

Figura 05 – Causas de óbitos segundo capítulos do CID-10, ocorridos em Alagoas no ano de 2010.

Considerando o perfil de mortalidade da população geral de Alagoas, observa-se uma tendência significativa de aumento dos óbitos por neoplasias ( $R^2=0,948$ ), seguida das causas externas ( $R^2=0,837$ ), enquanto que os óbitos por doenças infecciosas e parasitárias apresentam tendência de queda ( $R^2=0,834$ ) (Figura 06).



Fonte: SIM/SESAU

Figura 06 – Tendência temporal da ocorrência de óbitos segundo causas mais frequentes (CAP. CID 10), Alagoas, 2006 a 2010.

Durante o período de 2000 a 2010, a taxa de mortalidade infantil (TMI) apresentou uma redução significativa no estado ( $R^2=0,953$ ). Desagregando a TMI em seus componentes, observa-se que a mortalidade pós-neonatal apresentou a redução mais significativa ( $R^2=0,929$ ). O componente neonatal tardio foi o que sofreu a redução com menor significância no período avaliado ( $R^2=0,449$ ) (Figura 07).

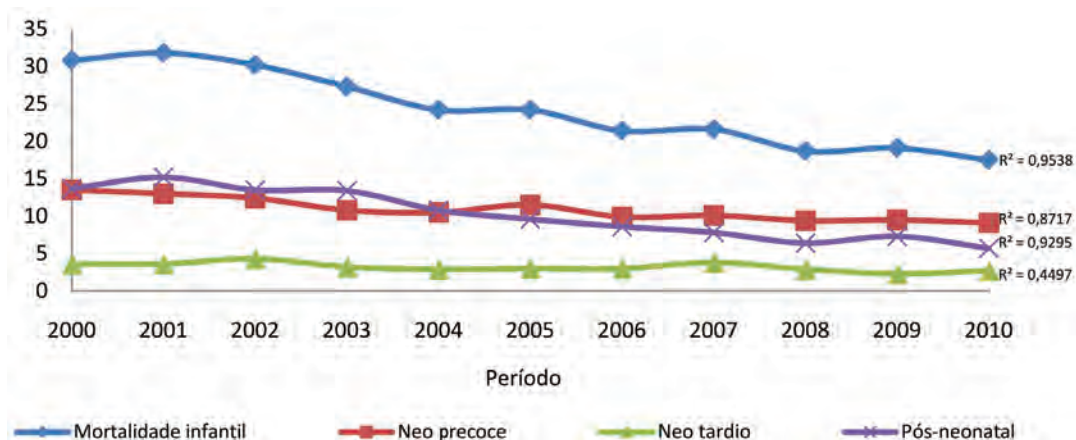


Figura 07 – Tendência temporal da taxa de mortalidade infantil com seus componentes. Alagoas, 2000 a 2010.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Mortalidade infantil	30,8	31,8	30,2	27,3	24,2	24,2	21,4	21,6	18,7	19,1	17,5
Neo precoce	13,5	13,0	12,4	10,8	10,5	11,5	9,9	10,1	9,4	9,5	9,1
Neo tardio	3,6	3,6	4,3	3,2	2,9	3,0	3,8	3,8	2,9	2,3	2,7
Pós-neonatal	13,7	15,2	13,5	13,4	10,8	9,6	8,6	7,8	6,4	7,3	5,7

Fonte: SIM/SINASC/N-SIVE/DIVEP/SUVISA/SESAU

Diante do exposto, observa-se no estado de Alagoas uma mudança no perfil demográfico da população, sendo esta claramente vislumbrada pela alteração na composição etária entre as décadas de 1990 e 2010. Outro aspecto relevante também observado refere-se ao perfil de mortalidade, uma vez que as causas externas e neoplasias vêm apresentando uma tendência de crescimento frente às doenças infecciosas e parasitárias.

### III - ATUALIZAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO - 2002

#### 3.1 – Um Breve Histórico

A estratégia de regionalização é uma diretriz organizativa cujos fundamentos legais vêm sendo definidos ao longo da história da saúde brasileira. Embora a Constituição Federal (BRASIL, 1988) e a Lei Nº. 8080/1990 (BRASIL, 1990) tenham definido o papel central da regionalização na estruturação do sistema de saúde, sua implantação tem sido lenta. O artigo 198 da Constituição Federal afirma que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade”.

Nessa lógica, o Ministério da Saúde publica a Norma Operacional Básica do SUS (NOB/SUS 01/96) definindo que “a totalidade das ações e serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada”..., e, acima de tudo, é preciso “vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo”. Já alertava para “o elevado risco de atomização desordenada” de sistemas municipais de saúde, atribuindo ao poder público estadual como sua mais importante responsabilidade mediar a relação entre os sistemas municipais, apontando para “a construção de redes regionais”.

A partir das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (BRASIL, 2001, 2002), a regionalização ganha importância na normatização do SUS, colocando principalmente o PDR, um dos principais objetivos da norma, como instrumento de planejamento e organização do SUS que deveria expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e a otimização de recursos (BRASIL 2006, p. 11).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde do SUS (NOAS/SUS 01/2001) continua com a definição do “processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, devendo contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, de forma a garantir o acesso aos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas, otimizando os recursos disponíveis”.

A NOAS definiu como principais instrumentos da Regionalização, além do Plano Diretor de Regionalização – PDR –, o Plano Diretor de Investimento – PDI – e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI.

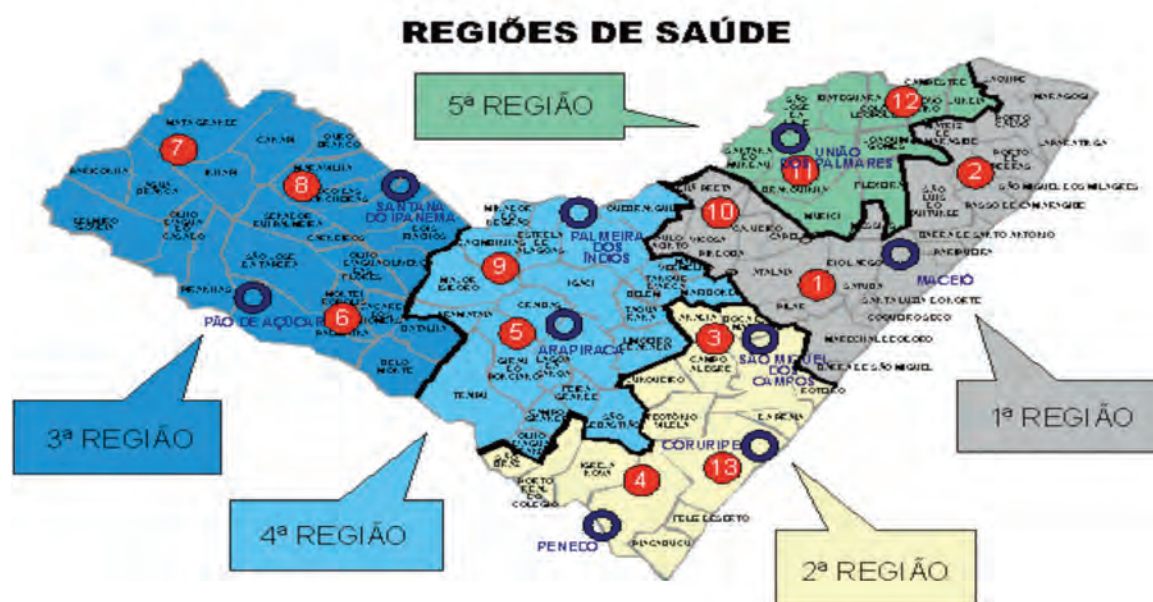
O PDI apresenta os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual.

A PPI é um instrumento que visa definir a programação das ações de saúde para a população residente em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros com base em critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. Deve explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à população referenciada para a garantia de acesso aos serviços de Saúde.

A NOAS definiu, também, as estratégias de planejamento para a constituição de redes regionais de saúde, introduzindo a concepção dos módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões, expressa no Plano Diretor de Regionalização – PDR.

De acordo com definições estabelecidas na NOAS 01/01, Alagoas, no ano de 2002, elaborou o PDR do estado. A organização da assistência à saúde dentro do território estadual acompanhou o desenho da regionalização, graduando os níveis de complexidade das ações e serviços de saúde entre 10 microrregiões, 05 regiões e 02 macrorregiões conforme descrito na Mapa 01. Também foram definidos os módulos assistenciais e os municípios polos.

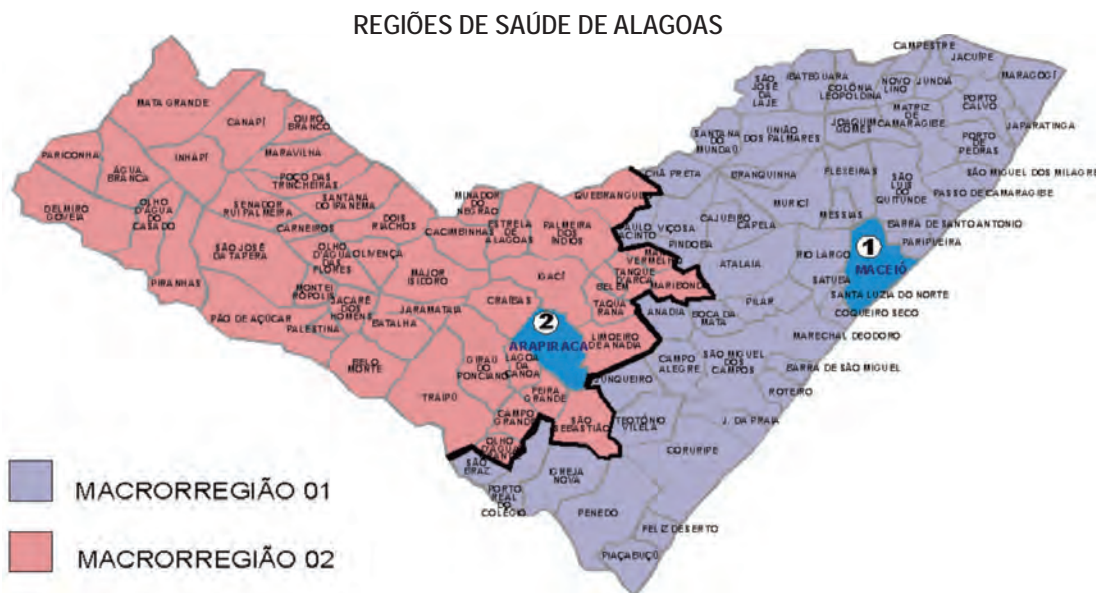
Mapa 01



Fonte: SESAU

A PPI/AL serviu de subsídio para o levantamento das referências ambulatoriais e hospitalares que orientaram a conformação dos módulos assistenciais e a identificação dos municípios sede de Região e municípios polo de macrorregião. Com a identificação da oferta de serviços de média e alta complexidade os municípios de Maceió e Arapiraca ficaram caracterizados como polos concentradores na PPI (1ª e 2ª macro - Mapa 02).

Mapa 02



Fonte: SESAU

### 3.2 - O Pacto pela Saúde

Em 2006, na perspectiva de superar dificuldades políticas, técnicas e administrativas, que dificultavam maior participação dos municípios na gestão do SUS, o Ministério da Saúde deflagra o Pacto pela Saúde (portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006), composto do Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, definindo a Regionalização como uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão que deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Saúde mantém a regionalização como eixo central e reafirma os instrumentos de planejamento instituídos pelas NOAS e amplia a visão da regionalização para além da assistência, evidenciando a conformação de sistemas regionais capazes de dar conta da organização da saúde integral nos diversos componentes.

Com a implantação do Pacto Pela Saúde (2006) e a adesão de Alagoas, em 2007, a regionalização no estado passa a ser enfatizada e a sua discussão retomada, em cada espaço regional, sendo priorizada a necessidade de fortalecimento das relações entre os gestores, objetivando assegurar a assistência em todos os níveis de atenção, dentro e fora das respectivas regiões de saúde.

Neste cenário, a partir de novembro de 2007, com o objetivo de garantir o exercício da ação cooperativa entre os gestores, foi iniciado em Alagoas o processo de implantação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), como fruto de amplas discussões iniciadas



por região de saúde, envolvendo gestores municipais, representantes da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

Correspondendo às cinco Regiões de Saúde existentes foram criados cinco CGR, resultando na pactuação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, oficializados através da Resolução nº 36. Os CGR foram constituídos pelos Gestores Municipais de Saúde e/ou seu representante legal e representantes da SESAU, funcionando com reuniões ordinárias mensais e extraordinárias quando necessário. Além dos membros integrantes dos Colegiados, participavam das reuniões as áreas técnicas da SESAU para aprofundar e organizar a discussão das temáticas em pauta e, conseqüentemente, os encaminhamentos necessários.

A criação dos CGRS no estado, além de atender a uma prerrogativa do Pacto pela Saúde, surge enquanto espaço permanente de pactuação, cogestão e de decisão, mediante a identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva.

É a possibilidade de reorganização e fortalecimento do espaço regional, fragilizado no estado de Alagoas desde a extinção, em 1997, das Coordenadorias Regionais de Saúde, que foram criadas em 1983 como uma extensão de gestão administrativa regionalizada, tendo suas sedes nos municípios considerados polos e/ou localizados numa área geográfica estratégica.

A Regionalização, como diretriz do Pacto de Gestão, provocou a reflexão dos gestores sobre os desenhos propostos no PDR até então vigente (PDR 2002) e as necessidades de acertos a serem realizados, a identificação das interações regionais entre serviços e ações de saúde já existentes e as que precisavam serem criadas, inserindo os municípios no formato de regionalização mais efetivo, isto é, vivo, num processo flexível de configuração do desenho que leva em conta a diversidade e as características regionais.

Nessa lógica, o conceito de Região de Saúde foi atualizado, passando a ser entendido como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais, com base em identidades culturais, econômicas e sociais, redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados.

Decorrentes desses conceitos, o funcionamento e desenvolvimento das atividades dos Colegiados pautaram temas que tratavam da resolutividade da assistência à saúde, seja na atenção básica, secundária ou terciária tendo destaque a PPI, com recorrentes solicitações de revisão, e o PDR, com necessidades de ajustes nas delimitações territoriais definidas no ano 2002.

Assim, fundamentado no Pacto de Gestão, os CGR, no final de 2008 e durante o ano de 2009, priorizaram nas reuniões ordinárias a revisão do PDR, considerando que o vigente não correspondia à realidade dos municípios, principalmente no tocante à referência regional para a atenção especializada ambulatorial e hospitalar.

## IV – METODOLOGIA

O processo de atualização do PDR do ano 2002 iniciou-se, no primeiro momento, através da formação de uma Comissão representada por setores estratégicos da SESAU e os secretários e /ou representantes de todos os cinco CGR no ano de 2008/2009. A estratégia utilizada foi representada pelas reuniões ordinárias ocorridas nos cinco Colegiados de Gestão Regional – CGR, que pautaram a revisão do PDR como prioridade.

Para atualização do PDR/AL foi delimitado o âmbito da unidade federada e definidos princípios e conceitos que contemplassem a descentralização sem perda da visão global e sistêmica do SUS e da política estadual de saúde.

Os estudos estatísticos elaborados utilizaram as bases de dados do Datasus. O enfoque qualitativo baseou-se em análises de documentos, mapeamento dos serviços de saúde existentes por município, consulta às normas do Ministério da Saúde e às experiências de outros estados, análises da distribuição e padrões espaciais de conjuntos de serviços; análise dos fluxos de usuários, conforme condições viárias e de acesso, discussões, reuniões técnicas com atores envolvidos no processo, conduzidas desde todo o período de estudos e formatação de propostas até a definição final sob coordenação da SESAU/AL.

A proposta preliminar do novo desenho chegou a ser apresentada ao COSEMS em 2009, e teve como conformação de desenho geográfico a permanência das 2 (duas) Macrorregiões, exclusão das 13 (treze) Microrregiões, ampliação de 5 (cinco) para 10 (dez) regiões de saúde. A 1ª Macro comportaria 6 Regiões de Saúde (da 1ª a 6ª Região) e teria a capital Maceió como referência assistencial de parte da média e alta complexidade para estas regiões. A 2ª Macro abrangeria 4 Regiões de Saúde (da 7ª a 10ª Região) e teria o município de Arapiraca para referência assistencial de parte da média e alguns serviços de alta complexidade.

Nessa proposta, cada Região de Saúde teria um município sede para referência na assistência de média complexidade, conforme análise da capacidade instalada e do fluxo assistencial; e algumas regiões contariam, ainda, com o que a NOAS denominava de Município Polo, isto é, municípios com capacidade instalada e potencial para referência de alguns serviços. Exemplo: 7ª Região de Saúde teria Arapiraca como município sede de referência assistencial e Batalha como Município Polo. Nesse período, a SESAU passou por mudanças de gestão e de processos de trabalho e o PDR não conseguiu alavancar.

Em março de 2011, a nova gestão, entendendo que o Estado tem o papel de coordenar o processo de regionalização, ampliou a comissão de trabalho para prosseguir com o processo de atualização do PDR.

A comissão estabeleceu algumas diretrizes de trabalho iniciando pela legitimidade de todo o processo até então trabalhado pelos CRG e SESAU; alinhamento de conceitos e construção de consensos sobre regionalização, à luz do Pacto pela Saúde; revisão do desenho das regiões agregando critérios operacionais para dimensionamento dos princípios e diretrizes da economia de escala e escopo.

Embora o quantitativo de regiões tenha permanecido em número de 10 (dez), confirmou-se a necessidade de agregação de alguns municípios a determinadas regiões e desagregação de outros, a exemplo da 3ª região, o qual na primeira proposta contemplava apenas 6 municípios, que passou para 11; e a 1ª região, que passou de 16 para 12 municípios, ou seja, a densidade demográfica e tecnológica ficaram mais equilibrada entre as regiões.

Em alguns momentos das discussões, houve demanda externa ao setor saúde para analisar a possibilidade de aproximação do desenho das regiões administrativas e o desenho das regiões sanitárias, valendo dizer que, apesar das sucessivas tentativas de aproximação em algumas regiões, na maioria, não havia possibilidades de concretização, mediante as diversidades das características do desenho político-administrativo.

Com o advento do Decreto Presidencial nº 7508/2011 de 28 de junho de 2011 e instituição das Comissões Intergestores Regionais (CIR) em substituição aos Colegiados de Gestão Regional (CGR), a comissão de trabalho observou os critérios e diretrizes para composição das regiões de saúde e identificou que os conceitos até então trabalhados com base no pacto pela saúde não divergiam do artigo 2º do capítulo I das disposições preliminares do referido decreto e que o corte assistencial proposto pela comissão de trabalho do PDR/AL também contemplava o instituído no artigo 5º do capítulo II da organização do SUS. pela comissão de trabalho do PDR/AL também contemplava o instituído no artigo 5º do capítulo II da organização do SUS.

## V - PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E OBJETIVOS

A identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde têm por base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e serviços de saúde. O ponto relevante na delimitação da Região de Saúde atendeu a critérios que possibilitem resolutividade no território, com suficiência em atenção básica e parte da média complexidade, assim como as ações básicas de vigilância em saúde com o objetivo de garantir uma atenção à saúde qualificada e integral para a população.

O ponto de “corte” no nível assistencial da média complexidade para delimitar a Região de Saúde no estado tem como proposta os grupos prioritários nas áreas da saúde da mulher, da criança, da saúde mental e saúde do idoso, além de urgência e emergência, com a definição de um elenco mínimo de procedimentos que deverão ser garantidos através da pactuação solidária entre gestores. Os investimentos que se fizerem necessários deverão conformar as prioridades como parte estruturante para viabilidade do PDR, que serão definidos a posteriori num caderno intitulado Plano de Investimento do PDR/AL.

A forma de organização dos territórios sanitários nas regiões de saúde deverá suplantiar a diretriz da hierarquização dos serviços pautados anteriormente pela NOAS, buscando avançar na identificação dos fluxos sanitários da população com foco na integralidade da atenção. Este será o norte da revisão do PDR no planejamento da regionalização dos serviços com responsabilidade sanitária e econômica.



Portanto, o novo desenho espacial do PDR, está fundamentado num modelo que estabelece três níveis de regionalização – macro, região e o municipal. Permanecem as duas Macrorregiões obedecendo aos critérios de densidade demográfica e tecnológica da atenção especializada e hospitalar. As 10 Regiões de Saúde estão assim divididas: 1ª Macro, com sede na capital, Maceió, que comporta 6 Regiões de Saúde (da 1ª a 6ª Região com uma população de 2.093.801 habitantes); 2ª Macro, com sede em Arapiraca, abrange 4 Regiões de Saúde (da 7ª a 10ª Região com uma população de 1.026.693 habitantes).

Dessa forma, no dia 04 e 19 de agosto de 2011, respectivamente, a proposta de Revisão do PDR no ano de 2011, foi oficialmente apresentada ao COSEMS e aos Colegiados de Gestão Regional (CGR), que já vinham participando das discussões através de seus representantes. Foi homologado através da Resolução CIB/AL nº 72/2011 (Mapa 03).

**Mapa 03**

ANO 2011 - PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO – PDR  
 ATUALIZAÇÃO DO PDR – Res. CIB-AL 072/2011



Fonte: SESAU

**Em síntese, os objetivos (geral e específicos) do PDR são:**

**Geral**

Distribuir e ordenar os espaços territoriais da unidade federada conforme o modelo de atenção à saúde, tendo em vista a organização das redes e os princípios da equidade, integralidade, economia de escala, escopo e acessibilidade da população.

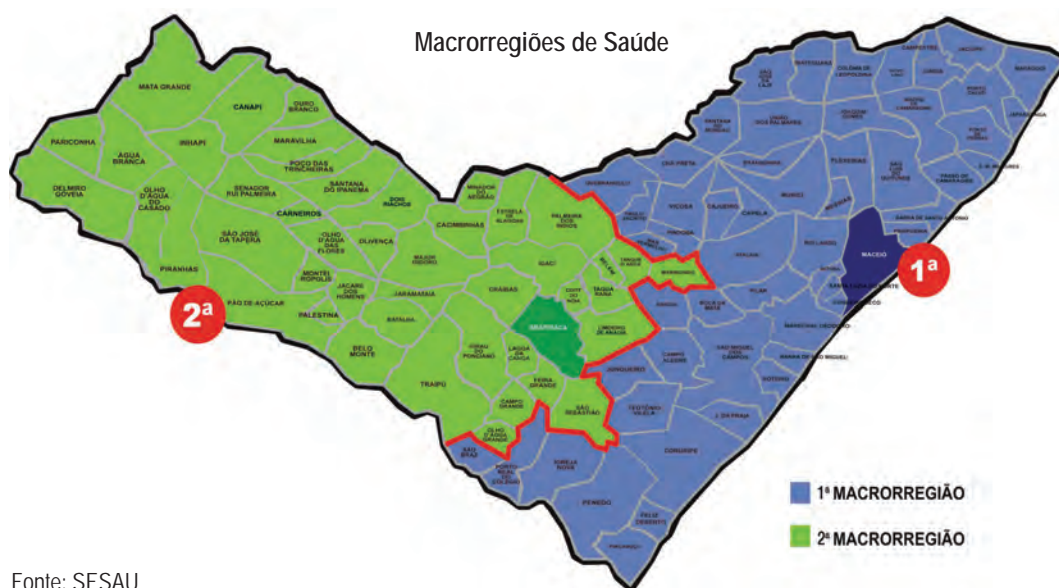
**Específicos**

- Identificar e propor novos padrões espaciais de oferta de serviços, de necessidades, de fluxos, conforme modelo de atenção esperado.
- Implementar e fortalecer a descentralização.
- Subsidiar a organização das redes de atenção à saúde.
- Subsidiar a organização do fluxo, orientação da demanda, a oferta de serviços com equidade.
- Definir os limites territoriais das macrorregiões e das regiões conforme critérios populacionais e acessibilidade, a partir dos fluxos assistenciais, mas tendo em vista sua otimização.
- Estabelecer bases e padrões para os cálculos dos vazios assistenciais e da resolubilidade de cada nível e de cada região.
- Subsidiar a construção de estratégias para ampliação de governança e da cogestão.
- Subsidiar a compatibilidade da gestão com as ações da assistência.
- Subsidiar a construção da equidade e da integralidade.

## VI - O DESENHO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE – ANO 2011

Região de Saúde, de acordo com o disposto no artigo 2º do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, é um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Em seu artigo 5º, o Decreto estabelece que a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, além de vigilância em saúde. Em 2009, baseados em discussões nos Colegiados de Gestão Municipal, e considerando o disposto no referido Decreto, o espaço territorial alagoano foi reorganizado em duas Macrorregiões de Saúde, com uma subdivisão em dez Regiões Sanitárias, das quais seis estão na 1ª Macro e quatro, na 2ª Macro (Mapa 04).

Mapa 04



Fonte: SESAU

Foram também observados os elementos necessários para sua configuração, tais como: limites geográficos, população usuária, rol de ações e serviços que serão ofertados, respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e a escala para conformação dos serviços.

O estado de Alagoas, por possuir pequena extensão territorial, não apresenta uma delimitação clara dos diferentes tipos de identificação (social, econômica e cultural), ou seja, o sentimento de pertencimento do alagoano é uma mescla dos três tipos de identidade. Assim, quando ele se denomina como sertanejo, está se identificando socialmente (com as vivências e dificuldades comuns ao sertanejo), culturalmente

(com os mesmos atributos, conhecimentos, práticas e costumes) e economicamente (economia baseada na agricultura de grãos e na pecuária).

Para delimitação das Regiões foram utilizados os seguintes critérios: contiguidade intermunicipal, malha viária, densidade populacional, infraestrutura de transporte compartilhada, fluxo assistencial, deslocamento da população aos serviços de saúde e a resolutividade assistencial.

A Modelagem Assistencial Regional considerou a Integralidade da Assistência Básica em cada município e a Suficiência em parte da média complexidade na Região, tendo sido estabelecido o Ponto de Corte da Média Complexidade nas seguintes áreas prioritárias: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Idoso, Saúde Mental, Saúde Bucal, Internações nas Clínicas Básicas, Procedimentos Básicos de Radiologia, Regulação, Urgência e Emergência.

Na Atenção à Saúde da Mulher foram elencados como necessários os seguintes procedimentos: teste imunológico de gravidez, tipagem sanguínea (ABO + Rh), sumário de urina, urocultura com antibiograma, glicemia, VDRL, hemograma, sorologia para toxoplasmose (IgM), HBsAg, Anti-HIV-1 e Anti-HIV-2, atendimento clínico com fornecimento de diafragma e de DIU, exames citopatológicos de colo uterino, ultrassonografia obstétrica e mamária, mamografia, colposcopia, realização de cirurgia de alta frequência e de conização, coombs indireto e parto normal e cirúrgico.

Considerando o Corte Assistencial para a atenção à saúde da mulher, verificou-se, através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, que todas as dez Regiões possuem serviços e equipamentos compatíveis com o corte assistencial, exceto o mamógrafo.

Observando a produção do conjunto de municípios, por região, através dos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar, foi possível verificar que:

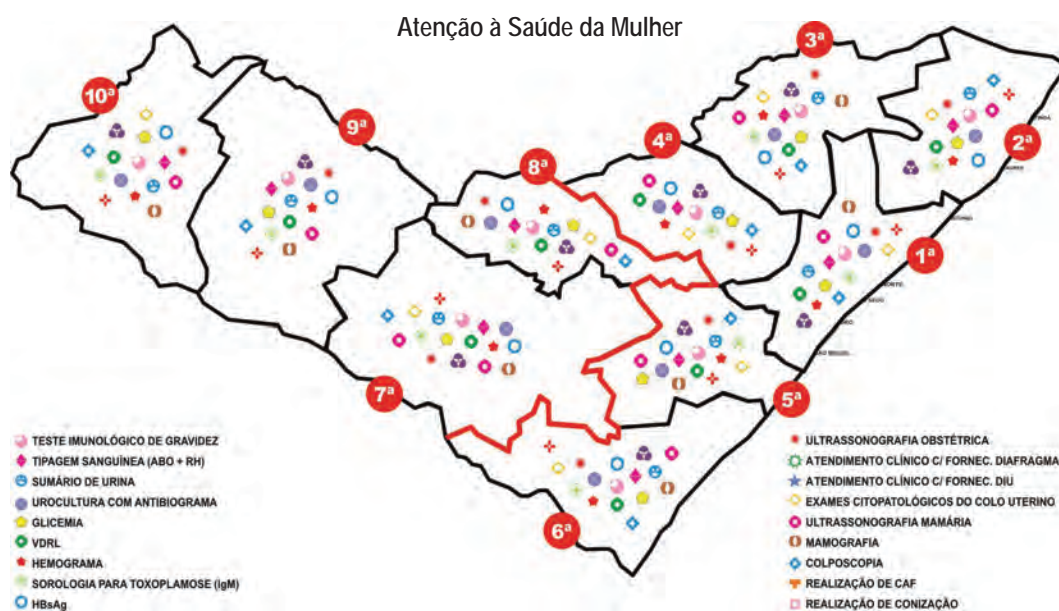
- Os procedimentos tipagem sanguínea (ABO + RH), Anti-HIV-1 e Anti-HIV-2, coombs indireto, sumário de urina, glicemia, VDRL, hemograma, sorologia para toxoplasmose (IgM), HBsAg, urocultura com antibiograma, ultrassonografia obstétrica, ultrassonografia mamária, colposcopia e parto normal, são realizados em todas as regiões de saúde.

- As mamografias são realizadas em oito Regiões de Saúde, faltando apenas mamógrafo para realização nas 2ª e 4ª regiões. Convém ressaltar a existência de dois mamógrafos na 3ª Região de Saúde, dos quais apenas um é utilizado.

- Os exames citopatológicos do colo uterino são realizados em todas as regiões de saúde exceto na 9ª região, já que, embora tenha laboratório de patologia clínica em Santana do Ipanema, não constam serviço e classificação necessários cadastrados no CNES.

- Dos procedimentos de atendimento clínico com fornecimento de diafragma, atendimento clínico com fornecimento de DIU, realização de cirurgia de alta frequência e conização, não há registro em nenhuma região de saúde.

Mapa 05



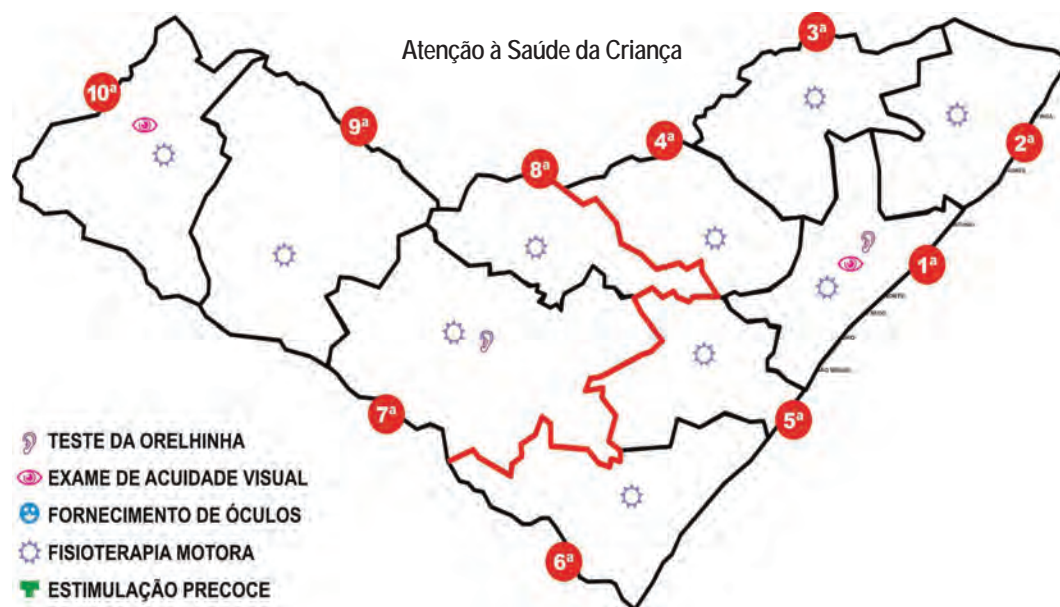
Fonte: SURAUD/SESAU



Na Atenção à Saúde da Criança, o corte assistencial estabeleceu os seguintes procedimentos: estudo de emissões otoacústicas evocadas transitórias e produtos de distorção (EOA) ou teste da orelhinha, exame de acuidade visual, fornecimento de óculos, fisioterapia motora e estimulação precoce. Na análise referente ao Corte Assistencial estabelecido, foi observado que:

- Apenas a fisioterapia motora está sendo realizada em todas as Regiões.
- O exame de acuidade visual tem registro apenas na 1ª e 10ª regiões, embora tenha registro de consulta do Programa Olhar Brasil, que faz triagem em escolares, na 7ª Região de Saúde.
- O teste da orelhinha está sendo realizado apenas nas sedes das macrorregiões, Maceió e Arapiraca.
- Em relação ao fornecimento de óculos e à estimulação precoce não há registro no Sistema de Informação/SIA em 2011.

Mapa 06



Fonte: SURAUD/SESAU

Na Atenção à Saúde do Idoso, o corte assistencial para a região contempla os seguintes procedimentos: hemograma, TSH, dosagem de vitamina B12, dosagem de ácido fólico, creatinina, glicemia, colesterol total e frações, triglicerídeos, sumário de urina, urocultura com antibiograma, pesquisa de sangue oculto nas fezes, fisioterapia reabilitadora, exame de acuidade visual, fornecimento de óculos e cirurgia de catarata. Considerando os procedimentos priorizados no Corte Assistencial, foi observado o registro de:

- Hemograma, TSH, creatinina, glicemia, colesterol total e frações, triglicerídeos, sumário de urina, urocultura com antibiograma e fisioterapia reabilitadora - em todas as Regiões de Saúde.
- Pesquisa de sangue oculto nas fezes – em quase todas as Regiões de Saúde, excetuando a 6ª região, embora disponha de laboratório.
- Dosagem de ácido fólico (folato) – apenas na 1ª e 7ª Regiões de Saúde, contemplando assim as duas macrorregiões.
- Exame de acuidade visual – somente na 1ª e 10ª Regiões de Saúde
- Cirurgia de catarata - na 1ª, 6ª, 7ª e 8ª regiões foi verificado o registro de facoemulsificação com implante de lente intraocular dobrável.
- Fornecimento de óculos – nenhum registro em 2011.
- Apesar de haver pouco registro referente ao corte assistencial em oftalmologia, todas as regiões dispõem de oftalmologista.

Mapa 07



Fonte: SURAUD/SESAU

Na Atenção à Saúde Mental, o corte assistencial para a região prioriza os seguintes procedimentos: aplicação de teste para psicodiagnóstico, atendimento em psicoterapia individual e atendimento em psicoterapia de grupo, além da existência na Região de Centro de Atenção Psicossocial, leito clínico em hospital geral para desintoxicação, Casa de Acolhimento Transitório para Adulto e Casa de Acolhimento Transitório para Criança.

Analisando o registro dos procedimentos e dos Estabelecimentos de Saúde referidos no Corte Assistencial, foi observado que:

- Atendimento em psicoterapia individual – é realizado em todas as regiões.
- Atendimento em psicoterapia em grupo – apenas a 2ª região não registrou este procedimento, mesmo apresentando as condições para realizá-lo.
- CAPS – Em todas as regiões têm cadastro de CAPS, sendo a maioria CAPS I, mas também existem CAPS II e CAPS AD na 1ª e na 2ª macrorregião de saúde.
- Casa de Acolhimento Transitório para Adulto e Criança – ainda não existem no estado de Alagoas, sendo necessária sua implantação.
- Para os leitos clínicos em hospital geral para desintoxicação, faz-se imprescindível a regulação de forma a garantir o acesso dos usuários quando se fizer necessário.

Mapa 08



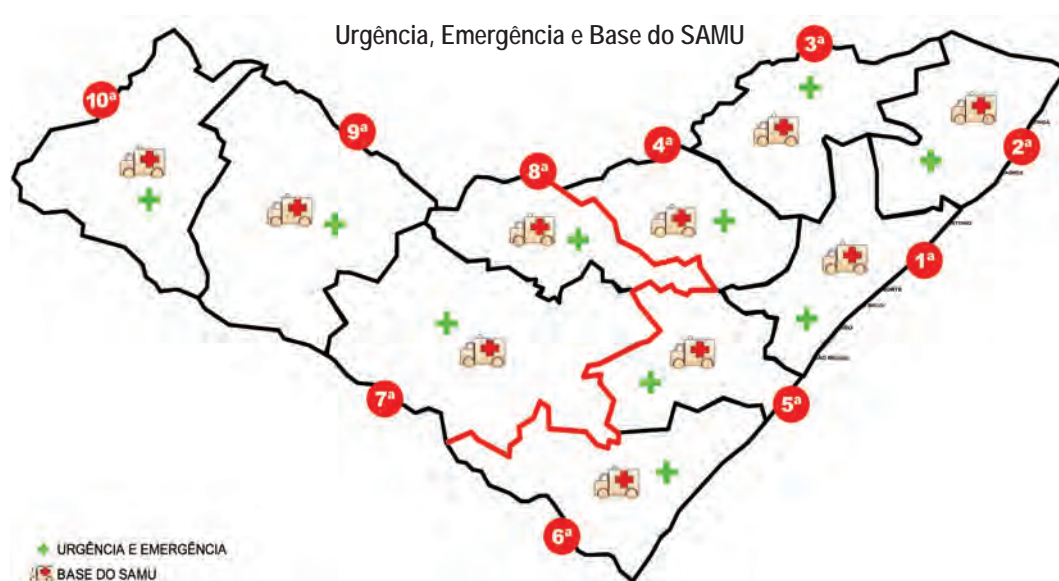
Fonte: SURAUD/SESAU



Para Urgência e Emergência, no Corte Assistencial foi exigida a existência de urgência básica nos municípios e, nas Regiões, de Pronto-atendimento 24 horas e Base Descentralizada do SAMU.

De acordo com o registro dos procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais e no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, todas as Regiões de Saúde atendem às exigências do Corte Assistencial.

Mapa 09



Fonte: SURAUD/SESAU

Para as Clínicas e os Serviços Especializados foi estabelecida a suficiência para a Região e para a Macrorregião de Saúde. Com relação à Suficiência Loco-Regional ficou definido:

Para as Clínicas Ambulatoriais Especializadas – o Corte Assistencial inclui as seguintes especialidades: pediatria, ginecologia, obstetrícia, oftalmologia, psiquiatria, cardiologia e geriatria, além daquelas com indicações epidemiológicas para a Região de Saúde.

Para os Serviços Especializados foi exigido, no Corte Assistencial:

- **Em Saúde Bucal:** a existência de Centro de Especialidades Odontológicas e de Laboratório de Prótese Dentária.

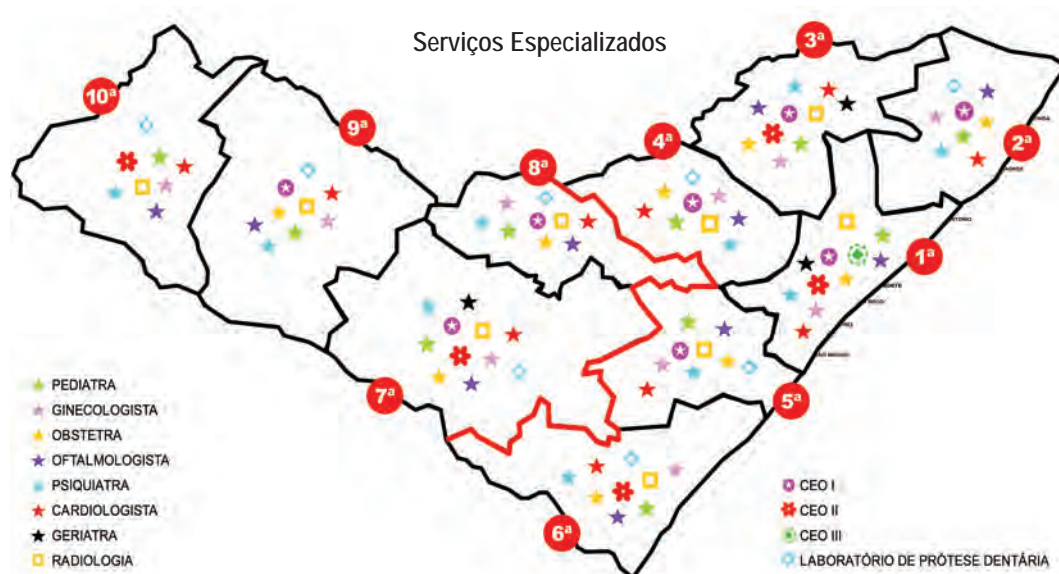
Analisando o Corte estabelecido, foi verificada a existência de CEO em todas as Regiões, sendo: CEO I em oito (exceto na 6ª e 10ª Regiões de Saúde), CEO II na 1ª, 3ª, 6ª, 7ª e 10ª Regiões e CEO III apenas na 1ª Região.

Quanto ao Laboratório de Prótese Dentária, consta no CNES o cadastro do serviço em quase todas as Regiões de Saúde, exceto na 1ª e 3ª Regiões de Saúde.

- **Em Radiologia:** a realização de raios-X de tórax (PA e perfil), de membros superiores e inferiores, além da rotina radiológica para abdomen agudo.

Em todas as Regiões de Saúde foram verificados registros de procedimentos referentes a raios-X de tórax e de abdomen superior e total. Quanto aos membros superiores e inferiores, apenas na 2ª região não existem registros de radiografias realizadas.

Mapa 10



Fonte: SURAUD/SESAU

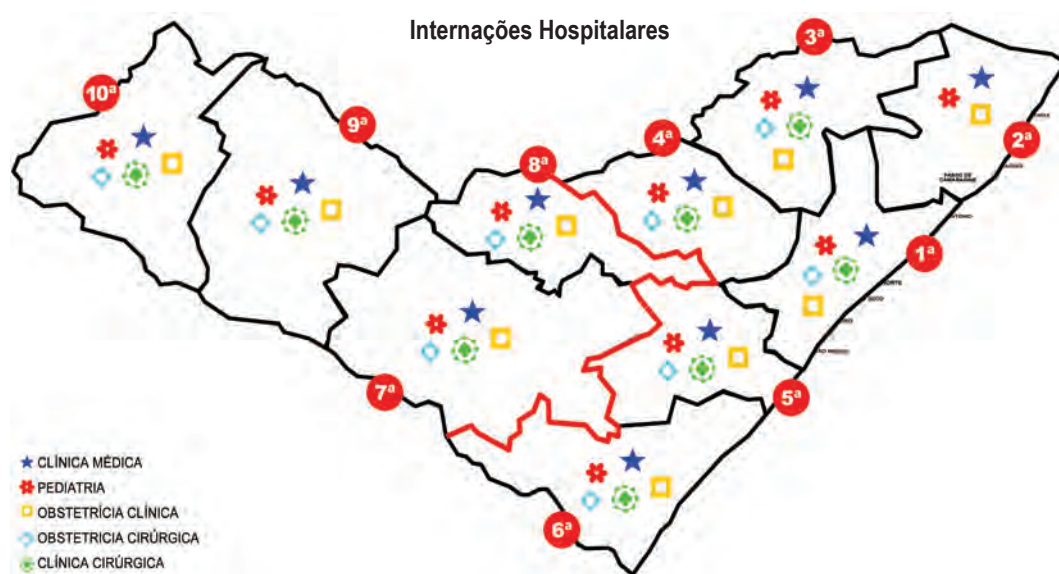
### Internações Hospitalares:

Foi considerado como imprescindível nas Regiões de Saúde a realização de **Internações Hospitalares nas Clínicas Básicas** (Clínica Médica, Pediatria e Obstetrícia) e em parte da Clínica Cirúrgica (**Cirurgias de Médio Porte**).

Analisando internações hospitalares de 2011, foi verificado que cada Região de Saúde atende ao corte assistencial estabelecido referente às clínicas básicas, exceto a 2ª região, que não oferece internações na clínica cirúrgica.

Com relação às clínicas especializadas e às cirurgias de grande porte, ficaram definidas no Corte Assistencial para serem realizadas na 1ª e 2ª macrorregião de saúde.

Mapa 11



Fonte: SURAUD/SESAU

## Regulação: Implantação da Central Regional de Regulação

Com a publicação da portaria ministerial N.º 1559/2007 que instituiu a Política Nacional de Regulação, foram implantados 02 Complexos Reguladores, em Maceió e Arapiraca, e Centrais de Regulação nos municípios de: Coruripe, Delmiro Gouveia, Pão de Açúcar, Santana do Ipanema, Palmeira dos Índios, Porto Calvo, União dos Palmares, São Miguel dos Campos, Penedo e Viçosa, contemplando todas as Regiões de Saúde. Convém ressaltar que na 6ª região existem duas Centrais de Regulação: Penedo e Coruripe.

Atualmente, 42 municípios, incluindo os citados acima, utilizam o sistema de regulação SISREG no módulo executante, ofertando procedimentos agendados pelo sistema, uma vez que todos os municípios de Alagoas possuem acesso ao SISREG como solicitantes. Dentre os procedimentos agendados pelo SISREG estão: Patologia Clínica, Consultas Especializadas, Exames Ultrassonográficos, Exames Radiológicos, Audiometria, Ações Básicas em Odontologia, Colposcopia, Diagnose em Cardiologia, Diagnose em Neurologia, Diagnose em Oftalmologia, Endoscopia Digestiva, Exames Anatomopatológicos, Exames Citopatológicos, Mamografias, Pequenas Cirurgias, Tomografia Computadorizada, Retossigmoidoscopia, Ressonância Magnética e Urografia Excretora.

Quanto à regulação das internações, apenas Maceió deu início a esse processo priorizando a obstetria.

Mapa 12



Fonte: SURAUD/SESAU

### Auditoria:

A Auditoria realiza ações voltadas para a gestão da saúde acompanhando, através de suas atividades, a assistência ao usuário do SUS, bem como a aplicação dos recursos financeiros, tendo como referência os princípios e diretrizes do SUS. Além da realização de auditorias, compete ações voltadas para o diagnóstico e transparência da gestão, estimulando e apoiando o controle social, possibilitando o acesso da sociedade às informações e resultados de suas ações, o que consolida a auditoria como mais um instrumento de fortalecimento do SUS.

Com a Lei 8689/93, foi instituído o Sistema Nacional de Auditoria – SNA, regulamentada pelo Decreto 1651/95, ao qual compete a avaliação técnico-científico, contábil, financeira e patrimonial do SUS, a ser realizada de forma descentralizada através dos estados e municípios, cabendo a coordenação ao Ministério da Saúde.

É necessário ainda fortalecer e ampliar os componentes municipais do SNA no estado de Alagoas.

A Auditoria foi implantada em seis das dez Regiões de Saúde, mas necessita de implementação, com incremento de pessoal, capacitação e regulamentação do componente.

Mapa 13



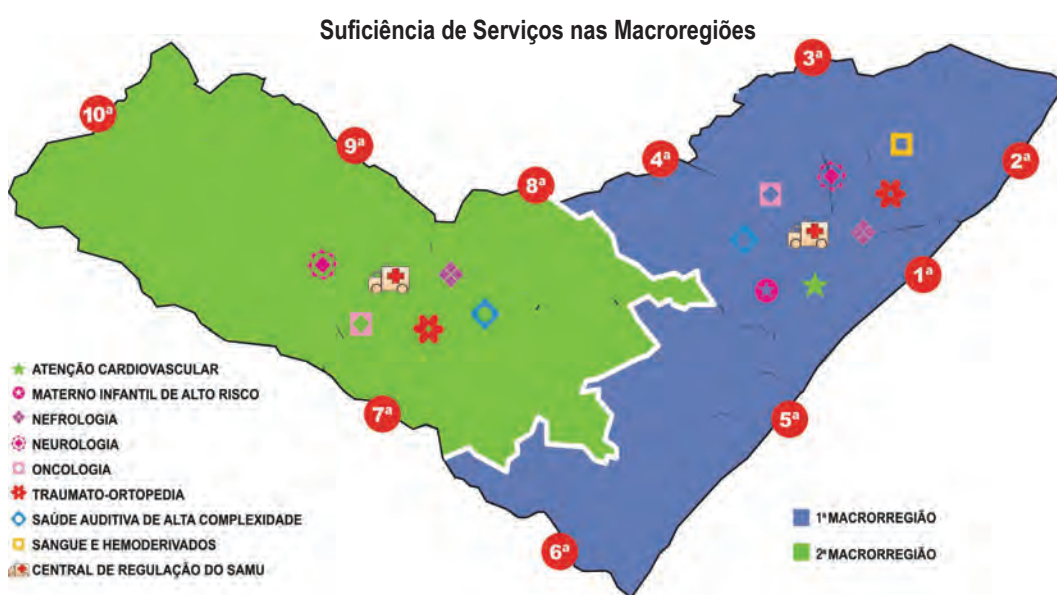
Fonte: SURAUD/SESAU



PDR – SUFICIÊNCIA MACRORREGIONAL

Com relação à Suficiência Macrorregional ficou definido que as duas macrorregiões deverão dispor dos seguintes serviços: atenção cardiovascular; atenção materno infantil de alto risco; nefrologia; neurologia; oncologia; traumato-ortopedia; saúde auditiva de alta complexidade; sangue e hemoderivados; além da Central de Regulação do SAMU-192. Destes, apenas a atenção cardiovascular e a atenção materno-infantil de alto risco ainda não estão disponíveis na 2ª macrorregião de saúde, sendo necessária sua implantação.

Mapa 14



Fonte: SURAUD/SESAU

## VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de 11 anos, 2000 a 2011, a experiência da implementação do Plano Diretor de Regionalização da Saúde no Estado de Alagoas (PDR) demonstrou avanços positivos ao subsidiar a transição de micro por região e manutenção da macrorregião. A contribuição dos colegiados foi determinante nas negociações e entendimentos com o COSEMS, com os coordenadores dos programas de saúde estruturadores e prioridade da SES.

Os espaços territoriais tiveram a grande influência dos fluxos assistenciais que são referência para uma abordagem técnica dos interesses e das diferenças regionais. A visualização espacial comparativa dos avanços e dificuldades de regiões por indicadores de saúde, do Pacto pela Saúde, da resolubilidade assistencial através da PPI foram significativas nessas discussões.

A experiência registrada nesta publicação pelo acompanhamento e pela análise que têm sido efetuados pela equipe responsável pela elaboração do PDR demonstra a necessidade de acompanhamento sistemático do funcionamento desse desenho, que sua dinamicidade exige análise contínua do que revisar, negociar e ajustar na distribuição espacial e no modelo vigente. Os ajustes fazem parte do processo e integram a proposta e a constituição legal do PDR.

Cabe também reiterar que a equipe entende que o PDR deve estar vinculado a um projeto de governo estruturador, o da descentralização, regionalização e da construção da Rede de Atenção à Saúde conforme definição do Decreto Presidencial 7508/11, que regulamenta a lei 8080/90.

O financiamento para alcançar a integralidade é tripartite, e é preciso ferramenta para operacionalizar e avaliar as relações interestaduais e intermunicipais.

É importante enfatizar que existem investimentos do governo estadual de suas prioridades, já implementados pela SES, que deverão ser ajustados ao PDR no plano de investimento a ser formulado mesmo que algumas pendências permaneçam adiadas para negociação e avaliação oportunas.

O processo de elaboração e de execução do PDR no estado de Alagoas demonstra que, como instrumento e projeto estruturador de planejamento e gestão, tem contribuído para a evolução do SUS e de seus princípios, assim como para a gestão da SES, que entende seu papel na condução e indução desse processo, assim como compreende que ainda há muito a ser feito para operacionalização do SUS equânime, resolutivo e humanizado.

## VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Lenise Barbosa; DE LIRA, Marleide Ribeiro. *Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Planejamento em Saúde*, ministrado em parceria com o Ministério da Saúde e pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, 2010.

BRASIL. Gabinete do Ministro. *Ministério da Saúde*. Portaria nº 531/GM, de 30 de abril de 1999. Define os recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde que compõem o Teto Financeiro da Assistência à saúde dos estados e do Distrito Federal, integrado por recursos para Atenção Básica e para Assistência Ambulatorial de média e alta complexidade e Hospitalar. Cria no âmbito do Sistema Único de Saúde o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC.

BRASIL. Gabinete do Ministro. *Ministério da Saúde*. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOASSUS 01/2001) que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

BRASIL. Gabinete do Ministro. *Ministério da Saúde*. Portaria nº 483, de 6 de abril de 2001. Estabelece os objetivos e diretrizes gerais do processo de Programação Pactuada e Integrada.

BRASIL. Gabinete do Ministro. *Ministério da Saúde*. Instrução Normativa nº 1, de 6 de abril de 2001. Regulamenta os conteúdos, os instrumentos e os fluxos do processo de habilitação e de desabilitação de estados e do Distrito Federal em conformidade com as novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde NOASSUS 01/2001.

BRASIL. Gabinete do Ministro. *Ministério da Saúde*. Portaria nº 548, de 12 de abril de 2001. Dispõe sobre a importância de orientar os gestores municipais e estaduais quanto ao processo de elaboração, tramitação e acompanhamento dos instrumentos de gestão previstos na legislação do SUS.

BRASIL. Gabinete do Ministro. *Ministério da Saúde*. Portaria nº 818, de 5 de junho de 2001. Cria mecanismos para a organização e implantação de redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física.

BRASIL. Gabinete do Ministro. *Ministério da Saúde*. Portaria nº 975, de 3 de julho de 2001. Dispõe sobre a necessidade de regulamentar o processo de financiamento das microrregiões/regiões qualificadas, conforme previsto no Item 8, do capítulo 1.3 da Norma Operacional da Assistência à Saúde /NOASSUS 01/2001.



BRASIL. Gabinete do Ministro. *Ministério da Saúde*. Portaria nº 1158, de 8 de agosto de 2001. Estabelece componentes para avaliação da atenção básica dos municípios pleiteantes à habilitação segundo a NOAS 01/2001.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. *Ministério da Saúde*. Portaria nº 185, de 5 de junho de 2001. Considera que a pessoa portadora de deficiência deve receber tratamento especializado, visando à promoção da saúde, à limitação da incapacidade e à garantia da qualidade de vida e dispõe sobre a necessidade do aprimoramento da assistência à pessoa portadora de deficiência, buscando sua reabilitação clínico-funcional.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. *Ministério da Saúde*. Portaria nº 196, de 11 de junho de 2001. Dispõe sobre a inclusão e exclusão de procedimentos de alta complexidade e estratégias nas tabelas do SIA/SUS e SIH/SUS.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. *Ministério da Saúde*. Portaria nº 197, de 11 de junho de 2001. Informa sobre procedimentos na Tabela de Procedimentos de Sistema de Informações Hospitalares Ambulatoriais .

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. *Ministério da Saúde*. Portaria Conjunta nº 29, de 22 de junho de 2001. Estabelece as normas para o processo de credenciamento e de descredenciamento dos Hospitais Amigo da Criança no País.

BRASIL. Secretaria Executiva e Secretaria de Assistência à Saúde. *Ministério da Saúde*. Portaria nº 40, de 4 de julho de 2001. Redefine os tetos financeiros mensais do Estado de Alagoas e dos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal.

BRASIL. Secretaria Executiva e Secretaria de Assistência à Saúde. *Ministério da Saúde*. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. *Ministério da Saúde*. Portaria nº 675/GM de 30 de março de 2006. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. *Ministério da Saúde*. Portaria Nº 687/GM de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. *Ministério da Saúde*. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. *Ministério da Saúde*. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. *Presidência da República*. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)*. Censo 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: maio 2011.

*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)*. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=al>>. Acesso em: maio 2011.

*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)*. PIB do estado de Alagoas 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: maio 2011.

LEBRÃO, Maria Lúcia. Estudos de morbidade: usos e limites. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 4, n. 1-2, p. 51-57, 1995

## IX - ANEXOS

### Anexo 1 – Consolidado do Corte Assistencial nas Áreas Prioritárias por Região de Saúde:

#### 1.1- Atenção à Saúde da Mulher

Procedimentos	Regiões de Saúde									
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª
Teste imunológico de gravidez	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Tipagem sanguínea (ABO + RH)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Sumário de Urina	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Urocultura com Antibiograma	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Glicemia	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
VDRL	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Hemograma	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Sorologia para toxoplasmose (IgM)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
HBsAg	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Anti-HIV-1 e Anti -HIV-2	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Ultrassonografia Obstétrica	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Parto Normal e Cirúrgico	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Atendimento Clínico c/ fornec. Diafragma	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Atendimento Clínico c/ fornec. de DIU	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Exames citopatológicos do colo uterino	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
Ultrassonografia mamária	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Mamografia	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S
Colposcopia	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Realização de CAF	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Realização de Conização	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Coombs indireto	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

LEGENDA: S – REALIZA / N – NÃO REALIZA  
 FONTE PRODUÇÃO 2011 DATASUS

**Consolidado do Corte Assistencial nas Áreas Prioritárias por Região de Saúde:**

**1.2 - Atenção à Saúde da Criança**

Procedimentos	Regiões de Saúde									
	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>
Teste da Orelhinha*	S	N	N	N	N	N	S	N	N	N
Exame de acuidade visual	S	N	N	N	N	N	N	N	N	S
Fornecimento de óculos	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Fisioterapia motora	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Estimulação precoce	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N

LEGENDA: S – REALIZA / N – NÃO REALIZA

\*ESTUDO DE EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E PRODUTOS DE DISTORÇÃO (EOA)

**1.3 - Atenção à Saúde do Idoso**

Procedimentos	Regiões de Saúde									
	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>
Hemograma	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
TSH	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Dosagem de vitamina B12	S	S	N	N	N	S	S	N	N	S
Dosagem de ácido fólico	S	N	N	N	N	N	S	N	N	N
Creatinina	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Glicemia	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Colesterol total e frações	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Triglicerídeos	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Sumário de urina	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Urocultura com antibiograma	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Pesquisa de sangue oculto nas fezes	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S
Fisioterapia reabilitadora	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Exame de acuidade visual	S	N	N	N	N	N	N	N	N	S
Fornecimento de óculos	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Cirurgia de catarata	S	N	N	N	N	S	S	S	N	N

LEGENDA: S – REALIZA / N – NÃO REALIZA

#### 1.4 - Atenção à Saúde Mental

Procedimentos	Regiões de Saúde									
	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>
CAPS (I e II)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
CAPS AD	S	N	N	N	N	N	S	S	N	N
Unidade de Acolhimento Terapêutico Transitório	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Leito clínico em hospital geral para desintoxicação	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Aplicação de teste para psicodiagnóstico	S	S	S	N	S	S	S	N	N	S
Atendimento em psicoterapia individual	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Atendimento em psicoterapia em grupo	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S

LEGENDA: S – REALIZA / N – NÃO REALIZA

#### 1.5 - Internações Hospitalares

Clínicas	Regiões de Saúde									
	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>
Clínica Médica	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Pediatria	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Obstetrícia	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Clínica Cirúrgica	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S

LEGENDA: S – REALIZA / N – NÃO REALIZA

• APENAS NA 2ª REGIÃO NÃO HOUE PRODUÇÃO NA CLÍNICA CIRÚRGICA.

#### 1.6 - Urgência e Emergência

	Regiões de Saúde									
	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>
Urgência Básica nos municípios	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Pronto atendimento 24 horas na região	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Base regional do SAMU	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

LEGENDA: S – REALIZA / N – NÃO REALIZA

#### 1.7 - Saúde Bucal

	Regiões de Saúde									
	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>
CEO*	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Laboratório de Prótese Dentária	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S

LEGENDA: S – REALIZA / N – NÃO REALIZA

\*SÓ NÃO HÁ CEO I NAS 6ª E 10ª REGIÕES. EXISTEM CEO II NAS 1ª, 3ª, 6ª, 7ª E 10ª REGIÕES. EXISTE CEO III APENAS NA 1ª REGIÃO;

LABORATÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA: LAGOA DA CANOA, QUEBRANGULO, OLHO D'ÁGUA DAS FLORES, DELMIRO GOUVEIA, IGACI, UNIÃO DOS PALMARES, IGREJA NOVA, PALMEIRA DOS ÍNDIOS,

### 1.8 - Radiologia

	Regiões de Saúde									
	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>
Raio-X de Tórax (PA e Perfil)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Raio-X de MMSS	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S
Raio-X de MMII	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S

LEGENDA: S – REALIZA / N – NÃO REALIZA  
 • APENAS NA 2ª REGIÃO NÃO HOUVE PRODUÇÃO

### 1.9 - Regulação

	Regiões de Saúde									
	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>
Central Regional de Regulação	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

LEGENDA: S – REALIZA / N – NÃO REALIZA

### 1.10 – Especialidades Médicas

	Regiões de Saúde									
	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>
Clínica Geral	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Pediatria	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Ginecologista	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Obstetra	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Oftalmologista	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Psiquiatra	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Cardiologista	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Anestesista	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S
Radiologista	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Ultrassonografista	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Psicólogo	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Fisioterapeuta	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Farmacêutico	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Fonoaudiólogo	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Nutricionista	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

LEGENDA: S – REALIZA / N – NÃO REALIZA

• ESPECIALIDADES – CONCENTRAÇÃO DE ESPECIALISTAS NAS 1ª E 7ª REGIÕES; OFTALMOLOGISTA– EXISTE APENAS UM ESPECIALISTA NA 2ª REGIÃO



**Anexo 2 - Relação dos municípios por Região de Saúde:**

ESTADO DE ALAGOAS  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO – PDR 2011  
 (RES. CIB/AL 072 de 22-08-2011)

1ª Macrorregião de Saúde - 2.093.801 habitantes - 56 municípios

	<b>CÓD. IBGE</b>	<b>Municípios</b>	<b>Pop. Total</b>
1ª Região Sanitária 12 municípios	270050	Barra de São Miguel	7.574
	270060	Barra de Santo Antônio	14.230
	270220	Coqueiro Seco	5.526
	270280	Flexeiras	12.325
	270430	Maceió	932.748
	270470	Marechal Deodoro	45.977
	270520	Messias	15.682
	270644	Paripueira	11.347
	270690	Pilar	33.305
	270770	Rio Largo	68.481
	270790	Santa Luzia do Norte	6.891
	270890	Satuba	14.603
TOTAL 1ª REGIÃO			1.168.689

	<b>CÓD. IBGE</b>	<b>Municípios</b>	<b>Pop. Total</b>
2ª Região Sanitária 9 municípios	270350	Jacuípe	6.997
	270360	Japaratinga	7.754
	270450	Maragogi	28.749
	270510	Matriz de Camaragibe	23.785
	270650	Passo de Camaragibe	14.763
	270730	Porto Calvo	25.708
	270740	Porto de Pedras	8.429
	270850	São Luiz do Quitunde	32.412
	270870	São Miguel dos Milagres	7.163
	TOTAL 2ª REGIÃO		

	<b>CÓD. IBGE</b>	<b>Municípios</b>	<b>Pop. Total</b>
3ª Região Sanitária 11 municípios	270110	Branquinha	10.583
	270135	Campestre	6.598
	270210	Colônia de Leopoldina	20.019
	270300	Ibateguara	15.149
	270380	Joaquim Gomes	22.575
	270390	Jundiá	4.202
	270550	Murici	26.710
	270560	Novo Lino	12.060
	270810	Santana do Mundaú	10.961
	270830	São José da Laje	22.686
	270930	União dos Palmares	62.358
	TOTAL 3ª REGIÃO		

	<b>CÓD. IBGE</b>	<b>Municípios</b>	<b>Pop. Total</b>
4ª Região Sanitária 9 municípios	270040	Atalaia	44.322
	270170	Cajueiro	20.409
	270130	Capela	17.077
	270190	Chã Preta	7.146
	270490	Mar Vermelho	3.652
	270660	Paulo Jacinto	7.426
	270700	Pindoba	2.866
	270760	Quebrangulo	11.480
	270940	Viçosa	25.407
<b>TOTAL 4ª REGIÃO</b>			<b>139.785</b>

	<b>CÓD. IBGE</b>	<b>Municípios</b>	<b>Pop. Total</b>
5ª Região Sanitária 7 municípios.	270020	Anadia	17.424
	270100	Boca da Mata	25.776
	270140	Campo Alegre	50.816
	270400	Junqueiro	23.836
	270780	Roteiro	6.656
	270860	São Miguel dos Campos	54.577
	270915	Teotônio Vilela	41.152
<b>TOTAL 5ª REGIÃO</b>			<b>220.237</b>

	<b>CÓD. IBGE</b>	<b>Municípios</b>	<b>Pop. Total</b>
6ª Região Sanitária 8 municípios.	270230	Coruripe	52.130
	270270	Feliz Deserto	4.345
	270320	Igreja Nova	23.292
	270375	Jequiá da Praia	12.029
	270670	Penedo	60.378
	270680	Piaçabuçu	17.203
	270750	Porto Real do Colégio	19.334
	270820	São Brás	6.718
<b>TOTAL 6ª REGIÃO</b>			<b>195.429</b>

POPUL. – CENSO IBGE 2010

ESTADO DE ALAGOAS  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO – PDR 2011  
 (RES. CIB/AL 072 de 22-08-2011)

2ª Macrorregião de Saúde - 1.026.693 habitantes - 46 municípios

7ª Região Sanitária 17 municípios	CÓD. IBGE	Municípios	Pop. Total
	270030	Arapiraca	214.006
	270070	Batalha	17.076
	270090	Belo Monte	7.030
	270150	Campo Grande	9.032
	270200	Coité do Nóia	10.926
	270235	Craíbas	22.641
	270260	Feira Grande	21.321
	270290	Girau do Ponciano	36.600
	270340	Jacaré dos Homens	5.413
	270370	Jaramataia	5.558
	270410	Lagoa da Canoa	18.250
	270420	Limoeiro de Anadia	26.992
	270440	Major Isidoro	18.897
	270590	Olho D'Água Grande	4.957
	270880	São Sebastião	32.010
	270910	Taquarana	19.020
270920	Traipú	25.702	
TOTAL 7ª REGIÃO			495.431

8ª Região Sanitária 8 municípios.	CÓD. IBGE	Municípios	Pop. Total
	270080	Belém	4.551
	270120	Cacimbinhas	10.195
	270255	Estrela de Alagoas	17.251
	270310	Igaci	25.188
	270480	Maribondo	13.619
	270530	Minador do Negrão	5.275
	270630	Palmeira dos Índios	70.368
	270900	Tanque D'Arca	6.122
	TOTAL 8ª REGIÃO		

	<b>CÓD. IBGE</b>	<b>Municípios</b>	<b>Pop. Total</b>
9ª Região Sanitária 14 municípios	270160	Canapi	17.250
	270180	Carneiros	8.290
	270250	Dois Riachos	10.880
	270460	Maravilha	10.284
	270540	Monteirópolis	6.935
	270570	Olho D'Água das Flores	20.364
	270600	Oliveira	11.047
	270610	Ouro Branco	10.912
	270620	Palestina	5.112
	270640	Pão de Açúcar	23.811
	270720	Poço das Trincheiras	13.872
	270800	Santana do Ipanema	44.932
	270840	São José da Tapera	30.088
	270895	Senador Rui Palmeira	13.047
	<b>TOTAL 9ª REGIÃO</b>	<b>226.824</b>	

	<b>CÓD. IBGE</b>	<b>Municípios</b>	<b>Pop. Total</b>
10ª Região Sanitária 7 municípios.	270010	Água Branca	19.377
	270240	Delmiro Gouveia	48.096
	270330	Inhapi	17.898
	270500	Mata Grande	24.698
	270580	Olho D'Água do Casado	8.491
	270642	Pariconha	10.264
	270710	Piranhas	23.045
		<b>TOTAL 10ª REGIÃO</b>	<b>151.869</b>

Fonte: POPUL. – CENSO IBGE 2010

