14 DOENÇAS E AGRAVOS PRIORITÁRIOS EM PERNAMBUCO: ANÁLISE SITUACIONAL, GOVERNANÇA REGIONAL E USO ESTRATÉGICO DE EVIDÊNCIAS NA ARTICULAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA

Antonio Flaudiano Bem Leite[1]
Beatriz Andrade de Araújo[1]
Carina Lucena Mendes-Marques[1]
Felipe Maia Tardieux[2]
Renan Carlos Freitas da Silva[1]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife,Pernambuco, Brasil
[2]Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap14

RESUMO

Este estudo objetiva analisar a situação das doenças e agravos prioritários em Pernambuco com base em documentos estratégicos que orientam a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária, incorporando referenciais de análise situacional, governança regional e tomada de decisão baseada em evidências. Trata-se de um estudo documental, comparativo e analítico, com abordagem qualitativo-quantitativa, fundamentado no Perfil Epidemiológico de Pernambuco 2012–2021, no Plano Diretor de Regionalização, no Plano Estadual de Saúde 2024–2027 e no Plano de Governo – Saúde e Qualidade de Vida. As informações foram organizadas em matrizes analíticas, tabelas comparativas e representações gráficas para examinar a distribuição regional dos agravos e o

grau de alinhamento entre diagnóstico epidemiológico e planejamento governamental. Observou-se importante heterogeneidade territorial entre as Regiões de Saúde. A Região Metropolitana do Recife concentrou maior carga de HIV/aids, tuberculose e violências urbanas; o Agreste apresentou destaque para arboviroses, esquistossomose e acidentes de transporte; o Sertão reuniu maior peso de doenças negligenciadas e intoxicações por agrotóxicos; e parte do São Francisco e Araripe manteve relevância de zoonoses, como esquistossomose, e mortalidade materno-infantil. Verificou-se alto alinhamento entre os documentos nos eixos das doenças transmissíveis, das doenças crônicas não transmissíveis e das causas externas; alinhamento intermediário em saúde materno-infantil, doenças negligenciadas e emergências em saúde pública; e menor detalhamento do perfil epidemiológico em relação às linhas de cuidado especializadas priorizadas nos planos oficiais. Pernambuco dispõe de bases técnicas e programáticas convergentes, mas ainda necessita harmonizar de forma mais consistente diagnóstico, planejamento, monitoramento e execução, especialmente na articulação entre Vigilância em Saúde, Atenção Primária, governança regional e redes de atenção.

Palavras-chave: Vigilância em saúde, Atenção primária à saúde, Análise de situação de saúde, Governança em saúde, Planejamento regional

INTRODUÇÃO

A situação de saúde em Pernambuco é marcada pela coexistência de doenças transmissíveis, Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e causas externas, compondo um triplo fardo que exige respostas integradas, territorializadas e sustentadas por evidências[1-3]

Nesse cenário, a vigilância em saúde e a Atenção Primária à Saúde (APS) assumem papel estratégico para a identificação de prioridades, a organização do cuidado, o monitoramento dos riscos e o apoio à tomada de decisão em todos os níveis do sistema[4-5].

A análise de situação de saúde não deve ser compreendida apenas como descrição de indicadores, mas como processo contínuo e estratégico de análise e síntese, orientado para produzir evidências válidas e oportunas capazes de informar a decisão em saúde pública[6].

Nessa perspectiva, conhecer a distribuição dos agravos, seus determinantes e sua expressão territorial constitui condição para qualificar o planejamento, orientar a alocação de recursos e fortalecer a capacidade de resposta do SUS[6].

Em Pernambuco, essa necessidade torna-se ainda mais evidente diante da heterogeneidade regional. Na Região Metropolitana do Recife, concentram-se agravos como HIV/aids, tuberculose e violências urbanas; no Agreste, destacam-se arboviroses, esquistossomose e acidentes de transporte; no Sertão, persistem doenças negligenciadas, como leishmaniose visceral e doença de Chagas, além de intoxicações por agrotóxicos; e em parte do São Francisco e do Araripe permanecem relevantes as zoonoses, a exemplo da esquistossomose, e a mortalidade materno-infantil[7,8].

Tal configuração revela que o território não é mero suporte geográfico, mas dimensão analítica fundamental para interpretar necessidades, vulnerabilidades e respostas institucionais. Além disso, o debate sobre governança regional reforça que o planejamento em saúde não se resume ao cumprimento formal de instrumentos normativos. A regionalização prevista no SUS, especialmente após o Decreto nº 7.508/2011, fortaleceu as regiões de saúde como espaços de pactuação, cooperação interfederativa e tomada de decisão, exigindo maior articulação entre diagnóstico epidemiológico, planejamento e gestão regional[9-10].

Sob esse enfoque, o uso de sistemas de informação, matrizes analíticas, monitoramento e avaliação adquire centralidade. A informação em saúde torna-se instrumento essencial do processo decisório gerencial, administrativo e político, desde que seja transformada em conhecimento útil, contextualizado e aplicável à ação[11].

Isso aproxima a análise epidemiológica da gestão concreta e amplia a capacidade de formular respostas mais eficientes, eficazes

e efetivas. Este capítulo objetiva analisar a situação das doenças e agravos prioritários em Pernambuco, considerando documentos de referência estratégicos. Especificamente, busca identificar os principais agravos por região de saúde, comparar prioridades entre documentos técnicos e políticos, avaliar o nível de alinhamento entre diagnóstico epidemiológico e planejamento governamental e subsidiar decisões estratégicas no âmbito estadual.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo documental, comparativo e analítico, com abordagem qualitativo-quantitativa. O componente quantitativo baseou-se em dados epidemiológicos secundários apresentados em documentos oficiais, especialmente o Perfil Epidemiológico de Pernambuco 2012–2021[7]. O componente qualitativo concentrou-se na análise de instrumentos estratégicos de planejamento e gestão em saúde, com ênfase no Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Pernambuco 2011, no Plano Estadual de Saúde 2024–2027 e no Plano de Governo – Saúde e Qualidade de Vida[9,10,12].

Do ponto de vista conceitual, a estratégia metodológica dialoga com a Análise de Situação de Saúde (Asis), entendida como processo analítico-sintético destinado a caracterizar, medir e explicar o perfil saúde-doença de uma população, seus determinantes e as respostas setoriais, com a finalidade de informar a tomada de decisão de forma oportuna[6].

Nessa chave, a presente investigação não se restringiu à descrição dos agravos, mas buscou relacioná-los aos instrumentos de planejamento, às capacidades institucionais e às prioridades programáticas.

Conforme ilustrado na Figura 3, inicialmente os documentos foram lidos integralmente e organizados em matrizes analíticas. Em seguida, realizou-se a extração das informações-chave relativas aos agravos priorizados, às metas, diretrizes e estratégias presentes em cada fonte. Com base nessas informações, foram elaborados quadros comparativos voltados à identificação de convergências,

divergências e complementaridades entre a situação epidemiológica e os referenciais programáticos[9,10,12].

Esse procedimento é convergente com abordagens documentais empregadas em estudos sobre planejamento e governança regional em saúde, nos quais a análise de conteúdo e a organização matricial dos achados permitem dar inteligibilidade a documentos complexos e orientar a interpretação crítica dos resultados[13].

Para a análise, foram considerados quatro critérios: inclusão de doenças e agravos explicitamente citados nos documentos ou evidenciados por indicadores relevantes; alinhamento estratégico entre referências epidemiológicas e programáticas; relevância epidemiológica segundo incidência, prevalência, mortalidade ou persistência territorial; e territorialidade, com reconhecimento das especificidades das 12 Regiões de Saúde[7,9]. Também foi considerada a temporalidade dos documentos, abrangendo dados epidemiológicos até 2021 e metas programáticas vigentes até 2027[7,10].

Os resultados foram sistematizados em quadros e figuras, incluindo gráfico radar e mapa de calor, utilizados para representar o grau de alinhamento entre os documentos. O alinhamento foi classificado em alto, médio ou baixo, conforme a presença, o detalhamento e a centralidade dos temas analisados em cada referencial. Como limites analíticos, reconhecem-se a defasagem temporal dos dados mais consolidados, as diferenças de escopo entre documentos epidemiológicos e programáticos e o fato de que indicadores territoriais podem sofrer oscilações em áreas pequenas, exigindo cautela interpretativa, especialmente quando se analisam coeficientes raros ou sujeitos a instabilidade estatística[6]. No desenvolvimento deste estudo, ferramentas de inteligência artificial foram utilizadas como recurso auxiliar para organização, estruturação e refinamento textual de partes do manuscrito. Tal uso foi orientado por princípios de transparência e responsabilidade científica: todas as etapas apoiadas por IA foram integralmente revisadas, verificadas e validadas pelos autores, que assumem plena responsabilidade pelo conteúdo, pela acurácia das informações e pela integridade intelectual do trabalho.

O uso da IA não substituiu o julgamento crítico, a interpretação analítica nem a tomada de decisão dos pesquisadores em nenhuma fase do processo.

RESULTADOS

A análise evidenciou que as doenças e os agravos prioritários em Pernambuco apresentam distribuição territorial desigual e forte relação com as características epidemiológicas, socioeconômicas e assistenciais de cada região[1,2]. Conforme sintetizado na Tabela 1, na I Região de Saúde, correspondente ao Recife, observou-se maior carga de HIV/aids, tuberculose, sífilis congênita e violências urbanas. Nas II e III Regiões de Saúde, mantêm-se importantes registros de HIV/aids, hanseníase, tuberculose, arboviroses e esquistossomose. No Agreste, especialmente nas IV e V Regiões de Saúde, destacam-se arboviroses, hanseníase, esquistossomose, acidentes de transporte e mortalidade materna e infantil evitável. No Sertão, as VII, VIII e IX Regiões de Saúde apresentam maior peso de leishmaniose visceral, doença de Chagas, filariose linfática, intoxicações por agrotóxicos e acidentes de trabalho. Nas X, XI e XII Regiões de Saúde, observam-se persistência de esquistossomose, outras zoonoses, acidentes de transporte, violências e manutenção de indicadores desfavoráveis em saúde materno-infantil[1,2].

Tabela 1. Síntese territorial dos principais agravos por macrorregião e Regiões de Saúde

Macrorregião / Região de Saúde	Doenças transmissíveis prioritárias	DCNT prioritárias	Causas externas e outros agravos
I – Metropolitana/Mata I Região – Recife II Região – Limoeiro III Região – Palmares	HIV/aids, tuberculose, sífilis congênita, hanseníase, arboviroses, esquistossomose	Hipertensão, diabetes, câncer, doenças cardiovasculares	Violências urbanas, acidentes de transporte

Continuação da Tabela 1.

Macrorregião / Região de Saúde	Doenças transmissíveis prioritárias	DCNT prioritárias	Causas externas e outros agravos
II – Agreste **IV Região – Caruaru** **V Região – Garanhuns** **VI Região – Arcoverde**	Arboviroses, hanseníase, esquistossomose	Hipertensão, diabetes, câncer	Acidentes de transporte, mortalidade materna e infantil evitável, violências
III – Sertão **VII Região – Salgueiro** **VIII Região – Petrolina** **IX Região – Ouricuri**	Leishmaniose visceral, doença de Chagas, filariose linfática	Doenças cardiovasculares, diabetes, câncer	Intoxicações por agrotóxicos, acidentes de trabalho, acidentes de transporte
IV – São Francisco/Araripe X Região – Afogados da Ingazeira **XI Região – Serra Talhada** **XII Região – Goiana**	Esquistossomose, malária residual, zoonoses	Doenças cardiovasculares, diabetes, câncer	Acidentes de transporte, violências, mortalidade materno-infantil

Fonte: Elaborado pelos autores

Tabela 2. Síntese comparativa entre perfil epidemiológico, plano de governo e PES 2024–2027

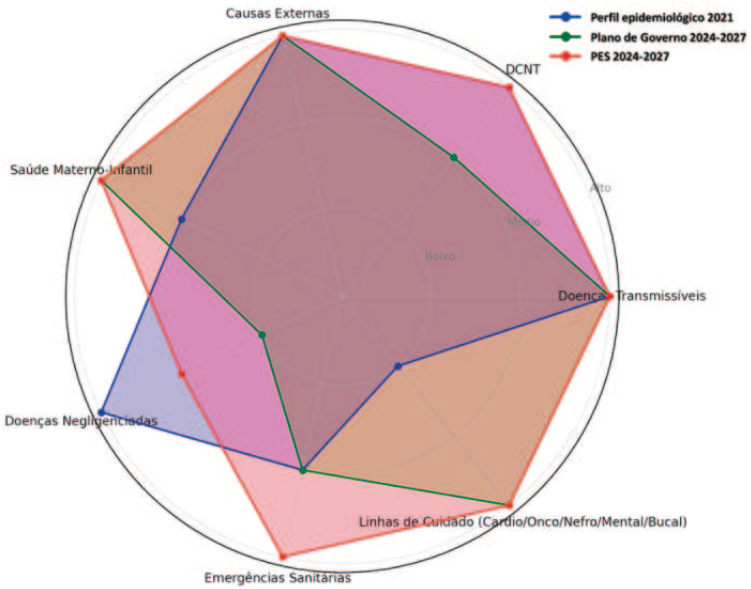
Eixo	Perfil epidemiológico	Plano de Governo	PES 2024–2027
Doenças transmissíveis	HIV/aids, tuberculose, sífilis congênita, arboviroses, hanseníase, esquistossomose, leishmaniose, Chagas, filariose	Ênfase em vigilância de HIV, tuberculose, hanseníase, sífilis e arboviroses	Mantém HIV, tuberculose, hanseníase, hepatites virais, arboviroses e sífilis como prioridades
DCNT	Hipertensão, diabetes, câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias	Ênfase em linhas de cuidado: cardiologia, oncologia, nefrologia, saúde mental e saúde bucal	Redução da mortalidade prematura por DCNT e priorização de linhas de cuidado

Continuação da Tabela 2.

Eixo	Perfil epidemiológico	Plano de Governo	PES 2024–2027
Causas externas	Acidentes de transporte, violências e intoxicações por agrotóxicos	Prevenção e cuidado em violências e acidentes, com destaque para urgência e trauma	Redução de óbitos por acidentes de transporte e fortalecimento da vigilância das violências
Saúde materno-infantil	Problema destacado em regiões específicas	Meta central de redução da mortalidade materna e infantil	Objetivo estratégico de redução da mortalidade materna e infantil
Doenças negligenciadas / emergências	Chagas, leishmaniose, filariose, esquistossomose, Covid-19 e Síndrome Congênita do Zika	Reconhecimento mais geral da necessidade de preparo e resposta	Referência a experiências recentes, com menor centralidade programática

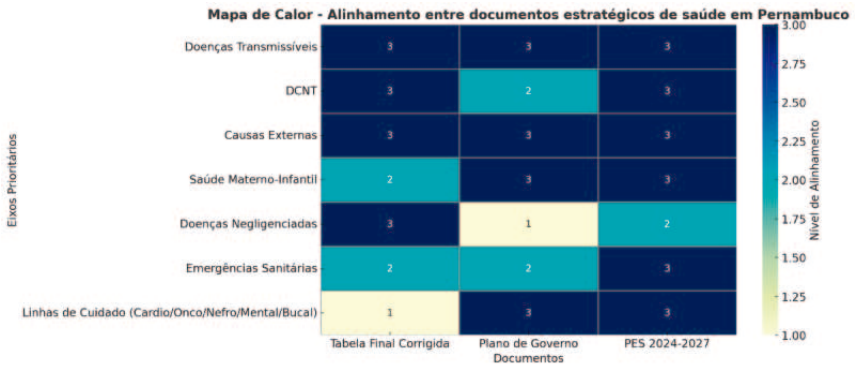
Fonte: Elaborado pelos autores

Figura 1. Alinhamento entre documentos estratégicos de saúde em Pernambuco (gráfico radar).



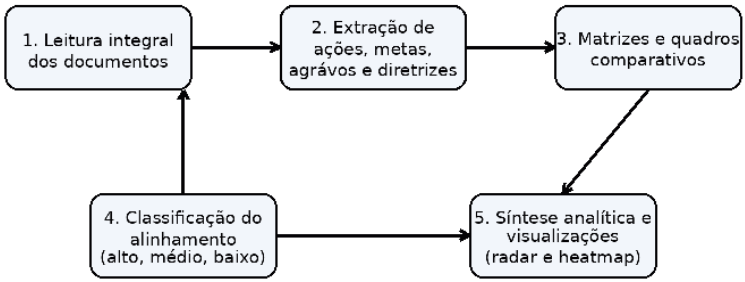
Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 2. Mapa de calor do alinhamento entre documentos estratégicos de saúde em Pernambuco.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 3. Fluxo analítico do estudo.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Sob uma leitura conceitual mais ampliada, esses achados reforçam que a situação de saúde precisa ser interpretada de maneira articulada entre magnitude, perfil e contexto. A mera enumeração de agravos não esgota a análise, pois a Asis requer a vinculação entre eventos, território, serviços e respostas institucionais, de modo a transformar informação em evidência útil para a gestão[3]. Assim, a heterogeneidade regional observada no estado não expressa apenas diferenças de carga de doença, mas também distintas necessidades de coordenação interfederativa, densidade assistencial e capacidade de resposta local.

Em relação às DCNT, o conjunto dos documentos analisados confirmou a centralidade de hipertensão, diabetes, câncer, doen-

ças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas na carga de adoecimento e mortalidade do estado. Embora o perfil epidemiológico enfatize taxas, tendências e distribuição territorial, os planos oficiais ampliam o enfoque ao priorizar linhas de cuidado estruturantes, como cardiologia, oncologia, nefrologia, saúde mental e saúde bucal[1,4,5]. Esse achado demonstra uma diferença importante entre o olhar epidemiológico, mais centrado em agravos e indicadores, e o olhar programático, voltado à organização da rede e à integralidade do cuidado.

No eixo das causas externas, destacaram-se os acidentes de transporte terrestre, especialmente os relacionados a motocicletas, além das violências interpessoais e autoprovocadas. Aqui, os resultados revelam não apenas um problema epidemiológico de alta magnitude, mas também a necessidade de abordagens intersetoriais e de governança mais robusta, uma vez que a resposta não depende exclusivamente dos serviços de saúde, mas da articulação entre vigilância, urgência e emergência, mobilidade, educação e segurança pública[1,4,5].

Conforme ilustrado nas Figuras 1 e 2, a Tabela 2, que expõe o comparativo entre o Perfil Epidemiológico, o Plano de Governo e o PES 2024–2027 demonstrou alta convergência em três eixos: doenças transmissíveis prioritárias, DCNT e causas externas. Em saúde materno-infantil, doenças negligenciadas e emergências em saúde pública, o alinhamento mostrou-se intermediário, uma vez que os documentos atribuem pesos distintos a esses temas. Nas linhas de cuidado especializadas, o alinhamento foi menor no perfil epidemiológico, que as aborda de modo menos detalhado do que os instrumentos programáticos[1,4,5]. Em termos analíticos, isso sugere que Pernambuco dispõe de base diagnóstica consistente, mas ainda precisa aperfeiçoar a tradução do diagnóstico em arranjos programáticos territorialmente sensíveis.

DISCUSSÃO

Os achados apontam que a situação de saúde em Pernambuco exige abordagem que combine análise epidemiológica, planejamento governamental, governança regional e organização territorial da rede[1]. A alta convergência entre os documentos nos eixos das doenças transmissíveis, das DCNT e das causas externas sugere que o estado dispõe de prioridades relativamente bem definidas para os principais grupos de agravos que impactam a morbimortalidade. Entretanto, a literatura mostra que dispor de prioridades formais não é suficiente: é preciso que a evidência circule, seja apropriada pelos atores institucionais e influencie efetivamente o processo decisório[2,8].

Nesse sentido, a análise situacional ganha relevo como instrumento de gestão. Ao articular descrição e interpretação, a Asis permite não apenas conhecer o perfil epidemiológico, mas também subsidiar a priorização, a formulação e a avaliação de políticas públicas[6]. Isso é particularmente importante em contextos complexos como o de Pernambuco, em que coexistem agravos infecciosos persistentes, condições crônicas de alta carga e causas externas associadas a desigualdades territoriais e sociais.

A discussão também reforça a importância da regionalização e da governança. Estudos sobre Pernambuco mostram que as regiões de saúde e seus espaços de pactuação, especialmente a Comissão Intergestores Regional (CIR), possuem papel relevante na coordenação do planejamento e da tomada de decisão, ainda que persistam fragilidades relativas ao planejamento regional, à estrutura das redes e aos atravessamentos político-institucionais[13]. Aplicado ao presente estudo, isso significa que a coerência entre perfil epidemiológico e prioridades programáticas depende não apenas de boa informação, mas também de arranjos de governança capazes de transformar evidência em pactuação, pactuação em ação e ação em resultado.

No campo das doenças transmissíveis, a permanência de HIV/aids, tuberculose, sífilis congênita, hanseníase, arboviroses e doen-

ças negligenciadas evidencia a necessidade de respostas integradas entre vigilância e APS. Essa articulação é central porque a APS, quando territorializada, resolutiva e conectada aos sistemas de vigilância, amplia a capacidade de detecção precoce, busca ativa, acompanhamento longitudinal e monitoramento de grupos vulneráveis[4,5]. Nesse aspecto, o problema não é apenas reconhecer os agravos, mas garantir capacidade institucional e fluxo decisório para responder a eles com oportunidade.

Quanto às DCNT, os resultados confirmam a necessidade de integrar a lógica epidemiológica à lógica das linhas de cuidado. Se, por um lado, os coeficientes e tendências evidenciam magnitude e distribuição territorial, por outro, a organização da resposta requer redes assistenciais articuladas, acompanhamento contínuo, estratificação de risco e monitoramento de resultados. Nesse eixo, os sistemas de informação assumem papel estruturante, pois a informação em saúde é instrumento essencial da tomada de decisão gerencial, administrativa e política, desde que convertida em dado útil, contextualizado e passível de orientar ação concreta[8].

No eixo das causas externas, a necessidade de intersetorialidade torna-se ainda mais evidente. O padrão de acidentes e violências observado no estado reafirma que a análise situacional em saúde deve dialogar com o planejamento regional e com outros setores de governo, sob pena de permanecer descritiva e pouco transformadora. Como salientam Silva et al.[13], a tomada de decisão nas regiões de saúde envolve estrutura, processos de produção e ações articuladas entre diferentes níveis de atenção. Além disso, diretrizes internacionais reforçam a necessidade de políticas integradas de segurança viária e redução de acidentes, especialmente no contexto de trânsito[14].

Persistem, contudo, pontos que requerem maior amadurecimento analítico e programático. O primeiro refere-se à saúde materno-infantil, cuja relevância é inequívoca, mas que oscila entre problema territorial específico e prioridade transversal de gestão. O segundo envolve as doenças negligenciadas, que seguem

epidemiologicamente relevantes em regiões do interior, mas nem sempre recebem o mesmo grau de centralidade política. O terceiro diz respeito às emergências em saúde pública, que exigem preparação contínua, monitoramento e capacidade de resposta rápida. O quarto refere-se às linhas de cuidado especializadas, cuja presença robusta nos planos oficiais contrasta com o menor detalhamento epidemiológico no perfil analisado[7,10,12].

Por isso, o fortalecimento da articulação entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária deve ser entendido como eixo estruturante da coerência entre diagnóstico, planejamento e execução. Em termos práticos, isso implica ampliar o uso analítico dos sistemas de informação, consolidar processos regulares de monitoramento, fortalecer espaços regionais de governança e instituir rotinas de avaliação capazes de retroalimentar a gestão. Quando a evidência não é apenas produzida, mas efetivamente utilizada, ela se converte em base para decisões mais consistentes, transparentes e territorialmente aderentes[6,8].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise situacional das doenças e agravos prioritários em Pernambuco evidencia que o estado dispõe de base técnica consistente para orientar a formulação de políticas e a organização das ações de saúde. O conjunto dos documentos analisados demonstra convergência importante na priorização de doenças transmissíveis, DCNT e causas externas, ao mesmo tempo em que explicita a necessidade de maior integração em temas como saúde materno-infantil, doenças negligenciadas, emergências em saúde pública e linhas de cuidado especializadas.

Do ponto de vista teórico-conceitual, o estudo reforça que a análise de situação de saúde deve ser compreendida como processo contínuo, estratégico e orientado à decisão, e não apenas como descrição de indicadores. Também evidencia que o planejamento em saúde precisa ultrapassar a dimensão normativa e incorporar uma lógica de governança regional capaz de articular cooperação

interfederativa, pactuação, monitoramento e resposta oportuna aos problemas prioritários.

A heterogeneidade regional observada confirma que a resposta estadual não deve ser homogênea. Ao contrário, exige planejamento territorializado, com capacidade de reconhecer diferenças epidemiológicas, sociais e assistenciais entre as Regiões de Saúde. Nesse processo, a articulação entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária é estratégica para transformar diagnóstico em ação programática, monitoramento em decisão oportuna e prioridade formal em resposta efetiva.

Conclui-se que Pernambuco reúne elementos técnicos e programáticos favoráveis ao fortalecimento de uma política de saúde mais integrada, mas ainda precisa avançar na harmonização entre evidências epidemiológicas, instrumentos de gestão, sistemas de informação e organização das redes de atenção. O aprimoramento dessa integração pode contribuir para maior coerência entre diagnóstico, planejamento e execução, com potencial para reduzir desigualdades regionais e qualificar a resposta do sistema de saúde às necessidades da população.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 715, de 20 de julho de 2023. Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: CNS, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2023/resolucao-no-715.pdf. Acesso em: 21 abr. 2026.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 21 abr. 2026.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 21 abr. 2026.

4. Brasil. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. ASIS: análise de situação de saúde. Volume 1: livro-texto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf. Acesso em: 21 abr. 2026.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021–2030. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 21 abr. 2026.

6. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 21 abr. 2026.

7. Lyra R, Krause, P. Plano de governo 2023–2026. Pernambuco, 2022. Disponível em: https://static.poder360.com.br/2022/10/Plano-de-governo-Raquel-Lyra.pdf. Acesso em: 21 abr. 2026.

8. Organização Mundial da Saúde. Global plan for the decade of action for road safety 2021–2030. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/m/item/global-plan-for-the-decade-of-action-for-road-safety-2021-2030. Acesso em: 21 abr. 2026.

9. Organização Mundial da Saúde. International health regulations (2005). 3. ed. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496. Acesso em: 21 abr. 2026.

10. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Plano diretor de regionalização 2011. Recife: SES/PE, 2011.

11. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Perfil epidemiológico de Pernambuco 2012–2021. Recife: SES/PE, 2024. Disponível em: https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/PERFIL_com%20ficha%20catalograficadocx.pdf. Acesso em: 21 abr. 2026.

12. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Plano estadual de saúde 2024–2027. Recife: SES/PE, 2024. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2025/04/plano_estadual_de_saude_pes_2024_2027.docx%20%281%29.pdf. Acesso em: 21 abr. 2026.
13. Santos, ERB, Leite AFB, Silva APSC. Tomada da decisão no cotidiano do gestor da saúde: tecnologias, instrumentos e estratégias de atuação. Recife: Ed. UFPE, 2018.
14. Silva, RCF et al. A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2020. doi: 10.1590/S0103-73312020300331.