ARTICULAÇÃO DOS INCENTIVOS RIBEIRINHO E QUILOMBOLA E A CONSTRUÇÃO DE COLEGIADO COM AS GERES: UMA EXPERIÊNCIA DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DE POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS EM PERNAMBUCO

Melba Santiago Menezes
Monica Rita da Silva Simplicio
Dayenne Félix da Silva

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap11

RESUMO

O presente relato descreve a experiência de articulação entre o Incentivo para Atenção à Saúde das Populações Quilombolas e o Incentivo para Atenção à Saúde das Populações Ribeirinhas, no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), com foco na construção de um colegiado regional envolvendo as Gerências Regionais de Saúde (GERES), as Coordenações de Atenção à Saúde de Povos e Comunidades Tradicionais (CASPC T) e as Coordenações de Saúde da População Negra. A experiência emergiu da necessidade de superar fragmentações institucionais e garantir acesso qualificado à saúde em territórios de difícil acesso e historicamente negligenciados. O processo envolveu reuniões de pactuação, construção de fluxos regionalizados e a elaboração de estratégias para o uso adequado dos incentivos financeiros, consi-

derando as especificidades territoriais, étnico-raciais e culturais das comunidades. A criação do colegiado possibilitou o fortalecimento do diálogo entre os níveis estadual e regional, promovendo maior equidade no acesso às ações e serviços de saúde. A experiência evidencia a importância da gestão compartilhada e da territorialização como estratégias fundamentais para a efetivação do direito à saúde de populações tradicionais no SUS.

Palavras-chave: Povos e comunidades tradicionais, Quilombola, Ribeirinho, Regionalização, Incentivo financeiro

INTRODUÇÃO

A garantia do direito à saúde de povos e comunidades tradicionais (PCTs) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um desafio histórico que articula dimensões políticas, territoriais e étnico-raciais. Quilombolas e populações ribeirinhas compartilham condições estruturais de vulnerabilidade — marcadas pelo difícil acesso geográfico, pela invisibilidade nos sistemas de informação em saúde e pela insuficiência de serviços adequados às suas especificidades culturais — que demandam respostas institucionais articuladas e territorialmente sensíveis[1,2].

No estado de Pernambuco, a Secretaria de Saúde (SES-PE), por meio da Coordenação Estadual de Atenção à Saúde de Povos e Comunidades Tradicionais (CASPC T), vinculada à Diretoria Geral de Políticas Específicas de Saúde (DGPET/SEVSAP), assumiu o desafio de integrar dois instrumentos financeiros estratégicos: o Incentivo para Atenção à Saúde das Populações Quilombolas, regulamentado pela Portaria GM/MS nº 9.572/2024, e o Incentivo para Atenção à Saúde das Populações Ribeirinhas, no contexto das políticas nacionais de atenção às PCTs[3,4].

A estrutura federativa do SUS, embora fundamental para a descentralização das ações de saúde, pode gerar fragmentações na operacionalização de políticas voltadas a populações específicas. A necessidade de construção de fluxos regionalizados, que envol-

vam as Gerências Regionais de Saúde (GERES) e as coordenações temáticas de PCTs e de Saúde da População Negra, emergiu como resposta a essa fragmentação. Este relato tem como objetivo descrever o processo de construção desse arranjo institucional e os seus resultados preliminares.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência institucional, desenvolvido no período de 2024 a 2025, no âmbito da SES-PE/DGPET/SEVSAP/CASPC T. O processo de articulação envolveu quatro eixos: (1) diagnóstico situacional dos municípios habilitados e elegíveis aos incentivos ribeirinho e quilombola nas doze GERES de Pernambuco; (2) realização de reuniões de pactuação internas e com as GERES; (3) construção coletiva de protocolos e fluxos para operacionalização dos incentivos; e (4) constituição de um colegiado estadual-regional com representação das CASPC T, coordenações de Saúde da População Negra e referências técnicas das GERES.

A sistematização da experiência foi realizada a partir de registros institucionais, atas de reuniões, notas técnicas e documentos produzidos ao longo do processo, à luz dos princípios do SUS e das diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Diagnóstico territorial e mapeamento dos incentivos

O ponto de partida foi o reconhecimento das assimetrias no acesso aos incentivos entre os municípios pernambucanos. Identificou-se que, embora Pernambuco concentre expressivo número de territórios quilombolas certificados pela Fundação Cultural Palmares e comunidades ribeirinhas — especialmente no entorno do Rio São Francisco, no Submédio e Baixo São Francisco, e em comunidades do litoral norte, como em Ilha de Itamaracá — gran-

de parte dos municípios enfrentava dificuldades técnico-administrativas para adesão aos programas de financiamento[5,6].

As principais barreiras identificadas foram: fragilidade dos cadastros de comunidades nos sistemas de informação municipais; desconhecimento por parte das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) acerca dos critérios de elegibilidade e dos fluxos de habilitação; e ausência de interlocução formalizada entre as coordenações temáticas estaduais e as referências técnicas regionais nas GERES.

Construção do colegiado e fluxos regionalizados

A partir do diagnóstico, iniciou-se um processo de pactuação interna entre a CASPC T e a Coordenação de Saúde da População Negra, reconhecendo a intersecção entre as pautas quilombola e negra e a necessidade de evitar sobreposições ou lacunas na cobertura das comunidades. Esse diálogo resultou na elaboração de Nota Técnica conjunta orientando os municípios quanto aos critérios diferenciados e complementares dos dois incentivos.

Em seguida, foram realizadas reuniões com as doze GERES, com ênfase nas regiões com maior densidade de territórios tradicionais: II GERES (Limoeiro), IV GERES (Caruaru), IX GERES (Ouricuri), X GERES (Petrolina) e XII GERES (Ouricuri/Sertão do São Francisco). Nessas reuniões, identificaram-se os técnicos de referência regional e estabeleceram-se fluxos de apoio técnico às equipes municipais.

O colegiado constituído passou a funcionar de forma regular, reunindo bimestralmente representantes da CASPC T, da Coordenação de Saúde da População Negra e das GERES. A pauta incorporou: monitoramento dos municípios habilitados; análise dos relatórios de execução dos incentivos; discussão de casos e demandas territoriais específicas; e planejamento de ações de educação permanente dirigidas às equipes de APS.

Avanços na regionalização

Um resultado significativo foi a construção de uma matriz regionalizada de elegibilidade, que cruzou dados do Cadastro de

Comunidades Quilombolas, do mapeamento de Comunidades Ribeirinhas e do CNES/IBGE. Essa ferramenta possibilitou identificar com maior precisão os municípios prioritários para habilitação, tornando-se instrumento de negociação junto às GERES e de qualificação do planejamento estadual.

DISCUSSÃO

A experiência relatada dialoga com debates consolidados sobre regionalização, governança e equidade em saúde no SUS. A construção do colegiado respondeu à necessidade de superar a lógica vertical das políticas específicas, integrando-as às estruturas regionais de gestão[7,8].

A articulação entre os incentivos ribeirinho e quilombola revelou tanto complementaridades quanto tensões: em alguns territórios, comunidades ribeirinhas de fundo de pasto, de marisqueiras ou populações de várzea poderiam ser elegíveis a mais de um instrumento de financiamento, exigindo clareza nos critérios técnicos e diálogo qualificado com o Ministério da Saúde. A construção de parâmetros locais e regionais para essas definições configurou-se como exercício legítimo de gestão estadual[9].

A inclusão da Coordenação de Saúde da População Negra no arranjo colegiado evidenciou a necessidade de reconhecer a matriz racial que atravessa as políticas de saúde quilombola, evitando a fragmentação das pautas e fortalecendo a perspectiva da equidade étnico-racial no SUS[10]. Esse movimento também sinalizou a potência de estruturas de gestão que integrem a dimensão da interseccionalidade entre raça, território e modo de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de articulação dos incentivos ribeirinho e quilombola e de construção de um colegiado regionalizado em Pernambuco demonstra que a efetivação das políticas de saúde para povos e comunidades tradicionais requer investimento institucional contínuo em gestão compartilhada, territorialização e diálogo intersetorial.

O fortalecimento dos espaços colegiados entre o estado e as regiões de saúde constitui estratégia fundamental para reduzir desigualdades e avançar na construção de um SUS mais equânime, integral e culturalmente orientado. Os aprendizados sistematizados neste relato podem subsidiar outras unidades federativas na construção de arranjos semelhantes para a gestão integrada de políticas de saúde voltadas a PCTs.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. Cardoso AM, Santos RV, Coimbra Jr CEA. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação. Cad Saude Publica. 2005;21(5):1602–8. doi: 10.1590/S0102-311X2005000500035
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.572, de 30 de outubro de 2024. Dispõe sobre o Incentivo para Atenção à Saúde das Populações Quilombolas. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica sobre Incentivos para Populações Ribeirinhas no contexto da Política Nacional de Atenção às PCTs. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
5. Fundação Cultural Palmares. Relação de Comunidades Quilombolas Certificadas. Brasília: FCP; 2024.
6. Pernambuco. Secretaria de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2024–2027. Recife: SES-PE; 2024.
7. Viana ALD, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto. Cienc Saude Colet. 2002;7(3):493–507. doi: 10.1590/S1413-81232002000300008
8. Fleury S, Ouverney AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV; 2007.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS: financiamento e programação. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
10. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saude Soc. 2016;25(3):535–49. doi: 10.1590/S0104-129020162610

11. Ferreira MN, Ferraro JL, organizadores. Saúde e povos tradicionais no Brasil: desafios e perspectivas. Porto Alegre: Editora Fi; 2022.
12. Garnelo L, Pontes AL, organizadores. Saúde indígena: uma introdução ao tema. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.