10 ELOS QUE : INSTITUIÇÃO E RETOMADA DOS DIÁLOGOS DA SECRETARIA CURAM ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO COM A VIGILÂNCIA EM SAÚDE, ATENÇÃO PRIMÁRIA, ATENÇÃO HOSPITALAR E POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS POR MEIO DA CASPCT

Melba Santiago Menezes[1]
Vitor Nascimento Goes[1,2]
Leonardo de Barros Lopes[1]

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

DOI:10.37085/bookAS.14.chap10

RESUMO

Este estudo relata a experiência institucional de constituição e retomada dos diálogos entre a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES-PE), por meio da Coordenação de Atenção à Saúde de Povos e Comunidades Tradicionais (CASPCT), vinculada à Diretoria Geral de Políticas Estratégicas Transversais (DGPET/SEVSAP), com o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), as comunidades quilombolas, as colônias de pescadores, as populações ribeirinhas e os povos ciganos em Pernambuco. A partir do reconhecimento histórico da invisibilidade dessas populações no Sistema Único de Saúde (SUS), a CASPCT foi criada com o objetivo de articular ações de Vigilância em Saúde, Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Hospitalar, garantindo acesso equitativo e culturalmente qualificado a esses grupos. O relato descreve o

processo de mapeamento institucional, os encontros dialógicos promovidos, os instrumentos normativos utilizados e as parcerias estratégicas estabelecidas. Entre os principais resultados destacam-se: a criação de fluxos de referência e contrarreferência intersetoriais; o fortalecimento do papel dos agentes comunitários de saúde nos territórios tradicionais; a pactuação de protocolos específicos com o DSEI Pernambuco; e a inclusão das demandas das populações ciganas, ribeirinhas e pesqueiras nas pautas da APS e da Vigilância Epidemiológica estadual. A experiência reafirma que o diálogo intercultural e interinstitucional é condição fundamental para a produção de saúde com equidade, respeito à identidade coletiva e integração efetiva das redes de cuidado no âmbito do SUS.

Palavras-chave: Povos e comunidades tradicionais, Equidade em saúde, Atenção primária à saúde, Vigilância em saúde, Pernambuco

INTRODUÇÃO

Os Povos e Comunidades Tradicionais (PCT) constituem grupos culturalmente diferenciados que se reconhecem como tais, possuindo formas próprias de organização social, ocupação e uso dos territórios e recursos naturais, transmitidos entre gerações segundo critérios culturais, religiosos, ancestrais e tradicionais[1]. Em Pernambuco, essa diversidade manifesta-se na presença de povos indígenas, comunidades quilombolas, pescadores artesanais, marisqueiras, ribeirinhos, ciganos, entre outros grupos. Apesar de sua riqueza cultural e relevância social, a inserção plena dessas populações no SUS foi historicamente marcada por barreiras de acesso, invisibilidade nos sistemas de informação, lacunas na cobertura assistencial e insuficiência de políticas específicas[2].

A Política Nacional de Saúde Integral dos Povos Indígenas (PNSIPI), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e as diretrizes do subsistema de saúde indígena (Lei nº 9.836/1999) constituem marcos normativos fundamentais para

o reconhecimento dessas especificidades[3]. Contudo, a operacionalização dessas políticas no âmbito estadual requer estruturas institucionais dedicadas, com capacidade de articulação entre diferentes níveis de atenção e setores governamentais. A ausência dessas estruturas resulta em fragmentação do cuidado, descontinuidade assistencial e perpetuação das iniquidades em saúde.

Nesse contexto, a SES-PE, por meio da Superintendência de Vigilância em Saúde e Atenção Primária (SEVSAP) e da Diretoria Geral de Políticas Estratégicas Transversais (DGPET), instituiu a Coordenação de Atenção à Saúde de Povos e Comunidades Tradicionais (CASPCT). Essa coordenação tem como missão articular as ações de Vigilância em Saúde, Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Hospitalar voltadas às populações tradicionais, com ênfase na escuta qualificada, no diálogo intercultural e na garantia de acesso equitativo aos serviços do SUS.

Este trabalho tem por objetivo relatar a experiência de instituição e retomada dos diálogos entre a SES-PE e os Povos e Comunidades Tradicionais – em especial o DSEI Pernambuco, as comunidades quilombolas, as colônias de pescadores, as populações ribeirinhas e os povos ciganos – por meio da atuação da CASPCT, evidenciando os processos, desafios e avanços na construção de uma atenção à saúde equitativa e territorialmente orientada.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência institucional, de caráter qualitativo, baseado nas atividades desenvolvidas pela CASPCT/DGPET/SEVSAP/SES-PE no período de 2023 a 2025. A sistematização foi realizada a partir de análise de documentos institucionais – portarias, ofícios, notas técnicas, atas de reuniões e memorandos – registros de campo das equipes técnicas e narrativas dos processos de articulação interinstitucional[4].

Foram considerados os referenciais normativos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) e das diretrizes do subsistema de saúde

indígena. A análise das ações foi organizada em três eixos: (1) articulação com o DSEI Pernambuco; (2) ações voltadas às comunidades quilombolas; e (3) diálogos com colônias de pescadores, populações ribeirinhas e povos ciganos. Para cada eixo, identificaram-se os instrumentos utilizados, os atores envolvidos, os fluxos estabelecidos e os resultados alcançados.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Articulação com o DSEI Pernambuco

A relação entre a SES-PE e o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Pernambuco, vinculado à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), havia sido fragilizada em períodos anteriores, com impactos diretos na resolutividade e na continuidade do cuidado às populações indígenas que necessitam de serviços de média e alta complexidade fora de suas aldeias[6]. A CASPCT assumiu o papel de retomar e formalizar essa articulação, iniciando com reuniões técnicas conjuntas entre SES-PE e DSEI.

Como resultado, foram pactuados fluxos de referência e contrarreferência para os serviços especializados da Rede SUS-PE, incluindo unidades hospitalares de referência para partos de gestantes indígenas, atendimento em urgência e emergência e acompanhamento de casos crônicos. Foram formalizados, por meio de Ofícios e Memorandos Circulares, protocolos de comunicação entre as equipes do DSEI e as coordenações regionais de saúde (GERES), viabilizando uma ponte institucional permanente. A CASPCT participou ainda de reuniões do Fórum de Presidentes do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI-PE), contribuindo com a perspectiva estadual nas pactuações de rede.

Comunidades quilombolas

As comunidades quilombolas em Pernambuco somam mais de 130 territórios certificados pela Fundação Cultural Palmares, com graus variados de titulação e acesso a políticas públicas[6]. Uma das

primeiras ações da CASPCT foi o mapeamento das comunidades sem cobertura de equipes de Saúde da Família (eSF), identificando áreas de omissão assistencial persistente e subsidiando a produção de Notas Técnicas encaminhadas às GERES.

A coordenação também atuou no assessoramento técnico aos municípios com acesso ao financiamento específico da Portaria GM/MS nº 9.572/2023, que estabelece critérios para habilitação de equipes voltadas à saúde quilombola, buscando superar obstáculos relacionados à titulação territorial e ao cadastro nos sistemas federais de informação[7].

Foram realizadas visitas técnicas a territórios quilombolas em diferentes regiões do estado – Mata Sul, Sertão e Região Metropolitana do Recife – com foco na escuta das lideranças, agentes comunitários de saúde e gestores locais. Essas visitas subsidiaram relatórios técnicos que alimentaram as pactuações bipartites e tripartites no âmbito do SUS-PE. A resposta institucional a denúncias e relatórios de negligência assistencial em territórios quilombolas, como o caso do Quilombo Serrote, foi também assumida pela CASPCT, que articulou respostas formais ao Ministério Público, à Defensoria Pública e à Ouvidoria, com encaminhamentos concretos para os gestores municipais responsáveis.

Pescadores artesanais, marisqueiras, populações ribeirinhas e povos ciganos

As colônias de pescadores e marisqueiras constituem populações de elevada vulnerabilidade social, com exposição a riscos ambientais e ocupacionais específicos, frequentemente invisibilizados nos registros dos sistemas de informação em saúde[8]. A CASPCT articulou com a Secretaria Estadual de Pesca e Aquicultura (SEAP) e com representações das colônias Z de Pernambuco a inclusão dessas populações nas pautas da Vigilância em Saúde e da APS, resultando em ações de vigilância epidemiológica para doenças relacionadas ao trabalho e à exposição a agrotóxicos nas regiões pesqueiras.

Para as populações ribeirinhas – residentes nas margens de rios e açudes em regiões semiáridas e na zona da mata –, foram priorizadas ações de vigilância das condições de água e saneamento, doenças tropicais negligenciadas e saúde mental, com atenção às particularidades do acesso geográfico e da sazonalidade das atividades produtivas.

Em relação aos povos ciganos, a CASPCT realizou articulações pioneiras no âmbito da SES-PE para o reconhecimento dessa população como PCT, conforme preconizado pelo Decreto nº 6.040/2007 e pelo Programa Brasil Romaní[9]. Foram identificados acampamentos e comunidades ciganas em municípios de Pernambuco, promovendo o diálogo com lideranças ciganas e produzindo subsídios para a qualificação das equipes de APS no cuidado culturalmente sensível a esses grupos.

DISCUSSÃO

A experiência da CASPCT ilustra os desafios e potencialidades da institucionalização do cuidado às populações tradicionais no âmbito de uma Secretaria Estadual de Saúde. A criação de uma coordenação específica representa um avanço na materialização do princípio da equidade no SUS, ao reconhecer que grupos historicamente marginalizados requerem não apenas acesso universal, mas acesso qualificado, culturalmente seguro e territorialmente orientado[10].

A articulação entre Vigilância em Saúde, Atenção Primária e Atenção Hospitalar, mediada pela CASPCT, evidencia a necessidade de superar a fragmentação interna dos sistemas de saúde. A lógica de redes de atenção à saúde, preconizada pela PNAB e pela Política Nacional de Regulação, pressupõe fluxos assistenciais contínuos e resolutivos, o que, para as PCT, implica na adaptação dos protocolos às especificidades territoriais, culturais e epidemiológicas dessas populações.

O diálogo com o DSEI evidenciou a necessidade de um protocolo estadual que normatize as responsabilidades da SES-PE

no cuidado complementar aos indígenas fora das aldeias, lacuna identificada também em outros estados do Brasil. A formalização dos fluxos não apenas organiza a assistência, mas reconhece a identidade e os direitos dessas populações dentro da rede SUS.

No campo quilombola, a experiência demonstrou que as barreiras ao acesso não são apenas geográficas, mas estruturais: a ausência de titulação territorial, a insuficiência de equipes de saúde habilitadas, os conflitos fundiários e a baixa sensibilidade cultural das equipes constituem obstáculos que demandam respostas intersetoriais e de longo prazo. A CASPCT adotou uma postura de advocacy institucional, utilizando os instrumentos normativos disponíveis para nomear e enfrentar essas barreiras.

Para pescadores, ribeirinhos e ciganos, o desafio central é o da invisibilidade nos sistemas de informação: sem dados desagregados por identidade e territorialidade, torna-se impossível planejar ações específicas e avaliar seu impacto. A CASPCT iniciou um processo de sensibilização para a inclusão de campos de identificação de PCT nos prontuários e sistemas de informação em saúde, reconhecendo que o dado é também um instrumento de reconhecimento e de direito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A instituição e retomada dos diálogos entre a SES-PE e os Povos e Comunidades Tradicionais, por meio da CASPCT, constitui um processo em construção, marcado por avanços concretos e desafios persistentes. O fortalecimento dessa coordenação – com equipe técnica qualificada, recursos adequados e respaldo político – é condição para que o cuidado às PCT em Pernambuco se consolide como uma política de Estado e não apenas de governo.

Os resultados apresentados reafirmam que o diálogo intercultural, a escuta das comunidades e a produção de instrumentos normativos adequados são elementos centrais para a efetivação do direito à saúde com equidade. A integração entre Vigilância em Saúde, Atenção Primária e Atenção Hospitalar, mediada por

uma instância de coordenação transversal, representa um modelo de organização que pode inspirar outras unidades federativas na construção de respostas institucionais às demandas dos PCT.

Por fim, a experiência da CASPCT evidencia que a saúde dos povos tradicionais não é uma pauta marginal, mas um eixo estruturante de qualquer sistema de saúde que se pretenda universal, integral e equitativo. Os elos construídos e retomados nos últimos anos não são apenas vínculos administrativos: são pontes entre modos de viver, adoecer e cuidar que enriquecem e fortalecem o SUS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Diário Oficial da União. Brasília, 2007.
2. Garnelo L, Pontes AL, organizadores. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC/SECADI; 2012.
3. Brasil. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080/1990 – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União. Brasília, 1999.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
5. Cardoso MD. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: Garnelo L, Pontes AL, organizadores. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC/SECADI; 2012. p. 83-114.
6. Fundação Cultural Palmares. Comunidades quilombolas certificadas. Brasília: FCP; 2024.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.572, de 18 de dezembro de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 para incluir e definir parâmetros de financiamento e critérios para implantação de equipes de saúde quilombola. Diário Oficial da União. Brasília, 2023.
8. Moura ABF, Silva ARF. Saúde da população pesqueira: invisibilidades e desafios no SUS. Ciênc Saúde Coletiva. 2019;24(6):2085-94.

9. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. Programa Brasil Romaní: políticas públicas para os povos ciganos. Brasília: MDH; 2018.

10. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20(Suppl 2):S190-8.doi: 10.1590/S0102-311X2004000800014