



Ministério da Saúde
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Pernambuco
Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa

NOTA TÉCNICA Nº 1/2025-PE/SEINP/PE/SEMS/SAA/SE/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Esta Nota Técnica (NT) apresenta um panorama de como o tema 'populações vulnerabilizadas' são tratados nas diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI) dos Planos Municipais de Saúde (PMS) 2022-2025, dos municípios do estado de Pernambuco. A análise foi realizada no âmbito do Sistema DigiSUS Gestor Módulo Planejamento (DGMP) pelo Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Pernambuco (SEINP/SEMS-PE), com o intuito de evidenciar a temática em questão e assim subsidiar e apoiar os gestores, os técnicos e os conselheiros estaduais e municipais na implementação das políticas de saúde voltadas para populações vulnerabilizadas no território. Com esta iniciativa, pretende-se contribuir para construção de políticas públicas mais inclusivas, eficazes e alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. **INTRODUÇÃO**

2.1. O planejamento em saúde consiste em um processo estratégico da gestão pública essencial para o aperfeiçoamento das ações de saúde e para a consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É obrigatório para os três entes federativos, sendo, inclusive, um critério para o recebimento das transferências intergovernamentais. A legislação vigente, em especial, o Decreto nº 7508/2011, a Lei Complementar Federal nº 141/2012 e a Lei Orgânica da Saúde 8.142/1990 explicitam as diretrizes do planejamento e financiamento do SUS.

2.2. O Plano de Saúde (PS) é responsável por orientar a formulação e a implementação de todas as iniciativas no campo da saúde, em cada esfera de gestão, por um período de quatro anos. Fundamenta-se em uma análise situacional que reflete as necessidades de saúde da população e as peculiaridades de cada contexto territorial, explicitando os compromissos do governo para o setor. Além disso, contém as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) para o período e constitui a base para o monitoramento e a avaliação das ações e da gestão do sistema de saúde, abrangendo todas as áreas da atenção, com o objetivo de assegurar a integralidade do cuidado.

2.3. O Sistema DigiSUS Gestor Módulo Planejamento (DGMP) é a plataforma oficial para registrar e acompanhar as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) desses planos, permitindo a visualização de um panorama das políticas de saúde. O sistema DGMP foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº 750, de 29 de abril de 2019, consolidada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, ficando, assim, revogada a Portaria GM/MS nº 575, de 29 de março de 2012, que regulamentava o antigo Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão, o SARGSUS.

2.4. Este sistema foi criado com base nas normativas do planejamento em saúde do SUS e respeitando o ciclo do planejamento, objetivando, além de apoiar os gestores na elaboração dos instrumentos e no acompanhamento das políticas de saúde, conferir transparência às políticas de saúde e ao uso dos recursos públicos em saúde. No DGMP, os estados, os municípios e o Distrito Federal (DF) devem inserir as informações e anexar os documentos referentes ao PS; à Programação Anual de Saúde (PAS) e às metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores (PII), para o ciclo 2022-2025; assim como devem também, elaborar os Relatórios detalhados do quadrimestre anterior (RDQAs) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). É válido ressaltar que a inserção destas informações e documentos no DGMP não destitui a obrigatoriedade de elaboração e de apresentação destes instrumentos ao Conselho de Saúde (CS), à Casa Legislativa e aos órgãos de controle, quando for o caso.

2.5. Nesse contexto, torna-se importante acompanhar os Planos municipais de saúde (PMS), inseridos no DGMP, pois representam o instrumento de planejamento da gestão municipal, evidenciando as políticas e programas que terão ênfase em um período pré determinado de tempo, orientam, assim, a execução do trabalho e permite o seu monitoramento pela sociedade.

2.6. Tendo como base a análise situacional, é importante direcionar o cuidado em saúde para populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social a fim de promover equidade no Sistema Único de Saúde (SUS). A equidade é um dos princípios do SUS e está intimamente relacionada aos conceitos de determinação social do processo saúde-doença e justiça social. Esse princípio implica no reconhecimento de aspectos socioeconômicos, antropológicos, ambientais, educacionais, dentre outros fatores determinantes que afetam diretamente a saúde. A promoção da equidade tem como objetivo implementar ações e serviços para as populações que estão em situação de vulnerabilidade e desigualdade social.

2.7. Sendo assim, estes grupos encontram barreiras no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, oriundas de desigualdades sociais, econômicas, culturais e territoriais historicamente estruturadas. Grupos como os povos cigano/romani, povos indígenas, a população negra, a população LGBTQIAPN+, as comunidades do campo, da floresta e das águas e as pessoas em situação de rua são particularmente afetados por essas desigualdades, o que evidencia a necessidade de políticas públicas direcionadas que atendam às suas demandas e respeitem suas particularidades socioculturais.

2.8. Desse modo, **viabilizar políticas públicas de saúde para as populações vulnerabilizadas representa um compromisso ético e sanitário com a redução das iniquidades em saúde e com a promoção da equidade nos territórios. Portanto, a incorporação das demandas dessas populações nos Planos Municipais de Saúde constituem-se como ferramenta para o planejamento e execução de ações estratégicas que atendam à diversidade de demandas em saúde e garantam a integralidade na atenção à saúde.**

2.9. Assim, para alcançar os objetivos das políticas voltadas às populações vulnerabilizadas, são estabelecidas diretrizes que orientam o planejamento, implementação e avaliação das ações no território. Na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, conforme Art. 5º, destacam-se as seguintes: *ampliar e qualificar o acesso ao SUS com base na integralidade, universalidade e equidade, respeitando as diversidades ambientais, sociais e sanitárias em conformidade com o modo de vida do Povo Cigano/Romani; A inclusão dos temas Racismo e Saúde do Povo Cigano/Romani nos processos de formação e educação permanente dos profissionais e no controle social; Fortalecimento das instâncias de controle social do SUS e a fomentação da participação do Povo Cigano/Romani nos Conselhos de Saúde; Criação e implementação de Comitês Técnicos de Saúde Integral do Povo Cigano/Romani em todas as esferas de governo; Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde do Povo Cigano/Romani; monitorar e combater o racismo no SUS; e promover ações de comunicação e educação que valorizem a identidade e autonomia do Povo Cigano/Romani.*

2.10. No contexto da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, destacam-se: *a organização dos serviços em Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base e a capacitação intercultural de profissionais; o monitoramento das ações de saúde; o respeito aos sistemas tradicionais indígenas; o uso racional de medicamentos; promoção de ambientes saudáveis e o controle social.*

2.11. Enquanto para a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, as diretrizes gerais incluem: a inclusão do tema Racismo e Saúde da População Negra na formação de trabalhadores da saúde e no controle social; o fortalecimento da participação do Movimento Social Negro no controle social; o incentivo à produção de conhecimento em saúde da população negra; o reconhecimento de saberes populares, incluindo os de religiões de matriz africana; o monitoramento das ações antirracistas e a *promoção de ações educativas para combater estigmas e fortalecer a identidade negra.*

2.12. No que diz respeito a população LGBTQIAPN+ , a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, no Art. 3º, estabelece que na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observadas as seguintes diretrizes: *respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença; a promoção da cidadania e inclusão social; a oferta de cuidados específicos para pessoas transexuais e travestis; a difusão de informações para combater discriminações; a formação continuada em saúde sobre orientação sexual e identidade de gênero; o incentivo à pesquisa e o Fortalecimento da participação social da população LGBTQIA+ em instâncias de controle social.*

2.13. Para a Política Nacional para a População em situação de Rua, fica estabelecido em seu Art. 6º as diretrizes voltadas a essa população, são elas: *promoção dos direitos em todas as dimensões; a responsabilidade do poder público pela sua elaboração e financiamento; a articulação e integração das políticas em diferentes níveis de governo; integração dos esforços do poder público e da sociedade civil para sua execução; participação da sociedade civil, por meio de entidades, fóruns e organizações da população em situação de rua, na elaboração, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas; incentivo e apoio à organização da população em situação de rua e à sua participação nas diversas instâncias de formulação, controle social, monitoramento e avaliação das políticas públicas; respeito às singularidades de cada território e ao aproveitamento das potencialidades e recursos locais e regionais na elaboração, desenvolvimento, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas; implantação e ampliação das ações educativas destinadas à superação do preconceito, e de capacitação dos servidores públicos para melhoria da qualidade e respeito no atendimento deste grupo populacional; e democratização do acesso e fruição dos espaços e serviços públicos.*

2.14. Ainda, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas segue estas diretrizes: *saúde como direito universal e social; integração e transversalidade de ações de saúde; educação permanente em saúde aos profissionais de saúde; Valorização de saberes tradicionais, com reconhecimento das práticas de saúde das populações tradicionais; promoção da sustentabilidade ambiental e respeito ao território; apoio à produção sustentável; estímulo a participação social; desenvolvimento de ferramentas de comunicação adaptadas à diversidade cultural; Produção de conhecimento para implementar a política.*

2.15. Nesse contexto, como intuito de contribuir para a qualificação da gestão pública e fortalecer a promoção da equidade em saúde, o Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa de Pernambuco (SEINP-PE) apresenta nesta Nota Técnica uma análise sobre a inclusão de ações e serviços para as populações vulnerabilizadas nos Planos Municipais de Saúde (PMS), do quadriênio 2022-2025 do estado de Pernambuco.

2.16. Com esse propósito as políticas nacionais, apresentadas acima, foram a base e a inspiração para a definição e escolha das populações vulnerabilizadas tratadas nesta nota técnica. Portanto, importa esclarecer o recorte definido entre estas neste estudo: Povo Cigano/Romani; Povos Indígenas; População Negra; População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTQIAPN+); Populações do Campo, da Floresta e das Águas e População em Situação de Rua.

2.17. As análises observadas indicam uma fragilidade na incorporação dessa populações nos Planos de saúde, com baixa ou média citação nos DOMI, a depender da Região de Saúde (RS) verificada. Entre os 184 municípios do estado, 123, (67%) citam ao menos uma das populações verificadas. Em contrapartida, 61 (33%) municípios não incluíram nenhuma ação voltada para esse público observado. Os dados ainda revelam que 48 municípios, o que corresponde a 26% do total dos 184 existentes no estado, citaram apenas uma política em seu PMS (2022-2025). Outros 27 municípios (15%) adotaram duas políticas, enquanto 28 municípios (15%) implementaram três políticas. Por fim, 18 municípios (10%) adotaram quatro políticas voltadas para as populações vulneráveis e apenas 2 (1%) apresentaram todas as 6 políticas observadas no estudo.

2.18. A seguir são apresentados a metodologia do trabalho, seguido pela exposição, por população, de como os municípios e regiões de saúde citam no DOMI, de seus PMS, os grupos estudados, por fim as considerações realizadas pela equipe SEINP/SEMS-PE são postas com as reflexões e apontamentos para etapas futuras desse processo.

3. METODOLOGIA

3.1. Esta Nota Técnica apresenta um estudo exploratório quantitativo. Realizando uma busca pelo tema 'populações vulnerabilizadas' no campos referente as diretrizes, metas e indicadores (DOMI) dos Planos Municipais de Saúde (PMS) 2022-2025 dos municípios do estado de Pernambuco, no âmbito do Sistema DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento (DGMP). A análise observou a citação das temáticas delimitadas no âmbito de ao menos um item do

DOMI, de modo a identificar quais populações são ou não citadas no planejamento da gestão municipal.

3.2. Cabe reforçar que o termo 'populações vulnerabilizadas' utilizado nessa nota técnica compreende um conjunto de populações delimitadas para esse estudo, conforme esclarecimentos no objetivo inicial do trabalho. São elas: população cigana/romani; população indígena; população negra; população em situação de rua; população Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTQIAPN+) e populações do Campo, da Floresta e das Águas.

3.3. Para tanto, as políticas nacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde para essas populações específicas (na Portaria de Consolidação nº 2/2017,) foram utilizadas como base e orientação para a análise desses grupos, bem como, para definição de parte das palavras utilizadas na matriz de termos chave para buscas realizadas nos DOMI dos Planos de Saúde. Sendo ainda utilizados outros termos para além dessas políticas nacionais.

3.4. O estudo utilizou um banco de dados extraído do DGMP em Novembro 2024, abrangendo todos os Planos Municipais de Saúde (PMS) cadastrados no sistema para o período de 2022 a 2025. O objetivo da análise foi identificar, dentro da DOMI de cada PMS, informações relacionadas as ações voltadas para as populações vulnerabilizadas.

3.5. Para identificar ações e/ou serviços de saúde direcionados às populações da pesquisa, foram estabelecidos termos chaves cuidadosamente selecionados para refletir as especificidades de palavras que podem vir a ser atribuídas a cada população vulnerabilizada estudada. Nesse sentido, buscou-se os termos contidos na Portaria de Consolidação nº 2/2017, que apresenta as políticas selecionadas para este trabalho, bem como aqueles comumente utilizados na linguagem cotidiana da sociedade. Observa-se que alguns termos utilizados não são adequados, atualizados ou corretos, mas foram considerados por ainda estarem incorporados à linguagem coloquial.

3.6. Também foi observado os termos recorrentes nos PMS analisados, com o objetivo de considerar todos os aspectos abordados nos Planos e foram incluídas na busca os números das portarias GM/MS nº 254/2002, nº 992/2009, nº 2.836/2011, nº 2.866/2011 e nº 4.384/2018, por instituírem as políticas para as populações em análise.

3.7. Os termos chave uma vez definidos, conforme a tabela 1, foram utilizados para realizar buscas no banco de dados, especificamente no campo referente a DOMI.

Tabela 01. Matriz com os termos-chave analisados no DOMI dos PMS (2022-2025) de Pernambuco.

Matriz com os termos-chave analisados no DOMI dos PMS (2022-2025) de Pernambuco					
Povo Cigano/Romani	Povos Indígenas	Negra	LGBT	Campo, Floresta e Águas	Situação de Rua
nº 4.384	nº 2.866	nº 992	nº 2.836	nº 2.866	nº 7.053
Cigano	Indígena	Negra	LGBT	Campo	Rua
Cigana	Índio	Racismo	Lésbica	Floresta	Situação de rua
Romani	Aldeia	Étnico-raciais	Gay	Camponês	Vivendo na rua
Ciganofobia	Etnia	Movimento Social	Bissexuais	Camponesa	População de rua
Romafobia	Aldeado	Falciforme	Bissexual	Agricultura	
	Aldeada	Pardo	Transgênero	Rural	
	DSEI	Parda	Queer	Rurais	
	Silvícola	Homem Pardo	Intersexo	Saneamento	
	Originários	Negro	Assexual	Povos tradicionais	
	Ameríndios	Quilombo	Pansexual	Agricultores	
		Quilombola	Não binário	Pescador	
		Racial	Travesti		
		Afrodescendente	Transexual		
		Tradicionais	Transexuais		
		Preto	Transexualizador		
		Preta	Homofobia		
		Afro-brasileira	Gênero		
		Raciais	Sexual		
		Africanas	Heteronormatividade		
		Afro	Homossexualidade		
		Afro-brasileiro	Trans		
		Afro-latinos			
		Africano			
		Diáspora			
		Afro-indígenas			
		Racializadas			
		Afro-ameríndios			
		Afro-orientados			
		Raça			
		Cor			

Fonte: SEINP/SEMS-PE.

3.8. Após identificar as ações relacionadas a cada população do estudo, foi realizada uma qualificação criteriosa dos dados por meio de uma leitura detalhada, com o objetivo de eliminar informações desconexas ou inconsistentes. A partir dessa etapa, foram elaborados bancos de dados específicos para cada população, derivados do banco original. Esses bancos serviram como base para a realização de análises quantitativas.

3.9. Para fins didáticos, as análises serão apresentadas separadamente para cada população estudada, destacando os dados em termos de percentuais e do número de municípios pernambucanos que citam ações no DOMI do PMS 2022-2025. Com esse propósito foram elaborados mapas do estado evidenciando os municípios que tratam ou não,

em seus PMS, de cada população vulnerabilizada estudada.

3.10. Também foram produzidos gráficos que apresentam a dinâmica geral do estado, e a distribuição da informação por regiões de saúde, considerando entre os 184 municípios quais aqueles que apresentaram ou não, nos DOMI, em seus PMS, ações e serviços para cada população analisada.

3.11. Cabe destacar que a análise não verificou o conteúdo ou a qualidade das informações sobre as populações vulnerabilizadas citadas no DOMI, mas apenas a presenças da informação. Sendo necessários estudos qualitativos posteriores para análise do conteúdo.

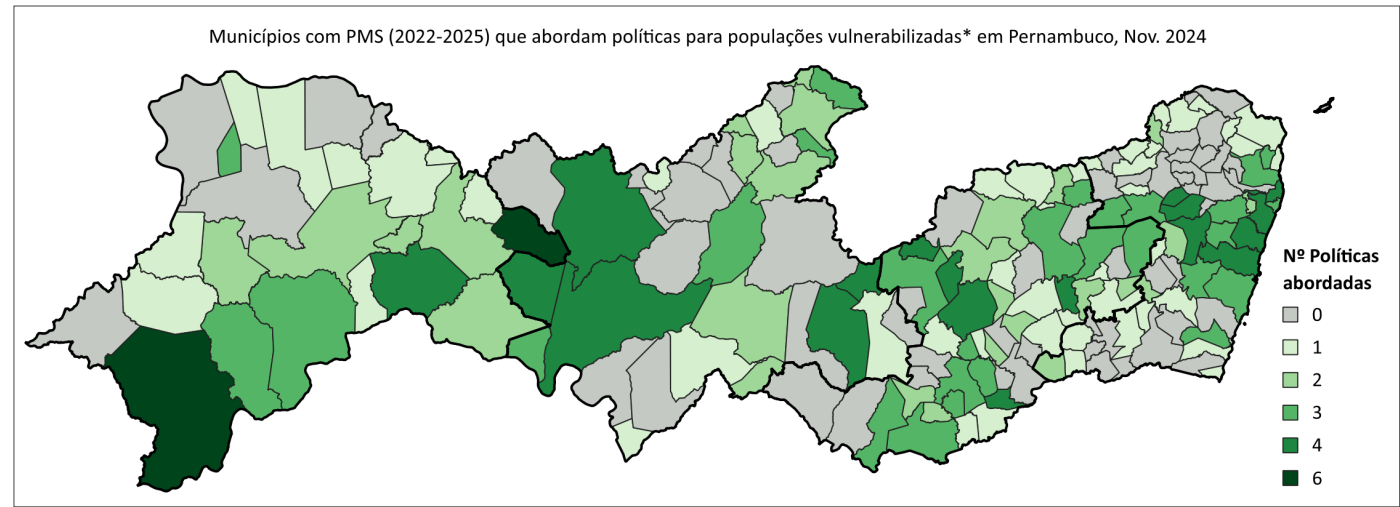
3.12. Ressalta-se ainda, que para facilitar a interpretação dos resultados, os valores percentuais apresentados em gráficos e tabelas foram arredondados para o número inteiro mais próximo. Em função desse arredondamento, pode haver casos em que o somatório dos percentuais não totalize exatamente 100%.

4. **PANORAMA DAS AÇÕES E SERVIÇOS PARA AS POPULAÇÕES VULNERABILIZADAS CONTIDAS NOS PMS (2022-2025) DOS MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO.**

4.1. Ao analisar a situação do municípios pernambucanos que citam em seus planos de saúde ações e serviços para as populações vulnerabilizadas, observa-se uma expressão importante de locais que ainda não abordam nenhuma Diretriz, Objetivo, Metas ou Indicadores relacionados a esses grupos específicos, conforme apresenta o mapa 1.

4.2. Conforme evidenciado, as tonalidades mais escuras indicam um maior número de populações citadas no DOMI do município representado no mapa, enquanto o gradiente vai se tornando mais claro à medida que o número de políticas diminui, chegando ao cinza, que representa a ausência total das políticas analisadas nos PMS 2022-2025.

Mapa 01. Quantidade de políticas para populações vulnerabilizadas abordadas nos PMS (2022-2025) por município de Pernambuco Municípios, nov. 2024.



Fonte: SEINP/SEMS-PE, dados extraídos do DGMP, novembro/2024.

4.3. Esse cenário identificado é preocupante, considerando a presença de povos indígenas em vários municípios do estado, bem como a forte presença da população negra e também a situação de violência imposta à população LGBT. Esses fatores produzem uma expectativa de que ao menos estes grupos serão lembrados no planejamento da política de saúde dos territórios, a fim de reduzir desigualdades estruturais já existente na sociedade.

4.4. Destacam-se, na análise realizada, que apenas dois municípios apresentaram no DOMI ações e serviços voltados a todas as populações vulneráveis estudadas. Estes estão localizados na IV macrorregião de saúde: Petrolina e Mirandiba.

4.5. Os dados observados na tabela 02 detalham o número e percentual de locais e PMS verificados. Dentre os 184 municípios de Pernambuco, 123 apresentaram pelo menos uma ação ou serviço no PMS (2022-2025). Assim, são 67% de municípios com ações previstas para as populações vulnerabilizadas. Em contrapartida, 61 (33%) municípios não incluíram nenhuma ação voltada para esse público observado.

4.6. Os dados ainda revelam que 48 municípios, o que corresponde a 26% do total dos 184 existentes no estado, citaram apenas uma política em seu PMS (2022-2025). Outros 27 municípios (15%) adotaram duas políticas, enquanto 28 municípios (15%) implementaram três políticas. Por fim, 18 municípios (10%) adotaram quatro políticas voltadas para as populações vulneráveis e apenas 2 (1%) apresentaram todas as 6 políticas observadas no estudo.

Tabela 02. Número e percentual de municípios que citam nos PMS(2022-2025) políticas para populações vulnerabilizadas, por número de política abordada - Pernambuco, nov. 2024.

Número de Populações Abordadas	Municípios	
	Número	Porcentagem
0	61	33,15
1	48	26,09
2	27	14,67
3	28	15,22
4	18	9,78
6	2	1,09

4.7. Ao verificar dentre os 123 municípios que abordaram as políticas verificadas e comparar entre as regiões de saúde, observa-se que: dos 48 municípios que citaram ações e serviços em seus DOMI para apenas uma das políticas consideradas no estudo, 20 municípios (41%) estão localizados na I Região de Saúde. Em seguida, destaca-se a II Região de Saúde, com 14 municípios (29%) que implementaram apenas uma política com ações e serviços abordados.

4.8. Ao analisar a quantidade de municípios que abordaram quatro políticas, observa-se que apenas 18 municípios incorporaram em seus DOMI quatro das políticas analisadas no estudo. A maioria desses municípios está localizada entre a I e a II Região de Saúde, representando 67% do total dos 123 municípios que citaram as quatro políticas.

4.9. Vale ressaltar a distribuição de municípios entre as Macrorregião de Saúde de Pernambuco: Macro I Metropolitana - **71** municípios; Macro II Agreste- **53** municípios; Macro III Sertão - **35** municípios; Macro IV Vale do São Francisco e Araripe- **25** municípios.

5. POVO CIGANO/ROMANI

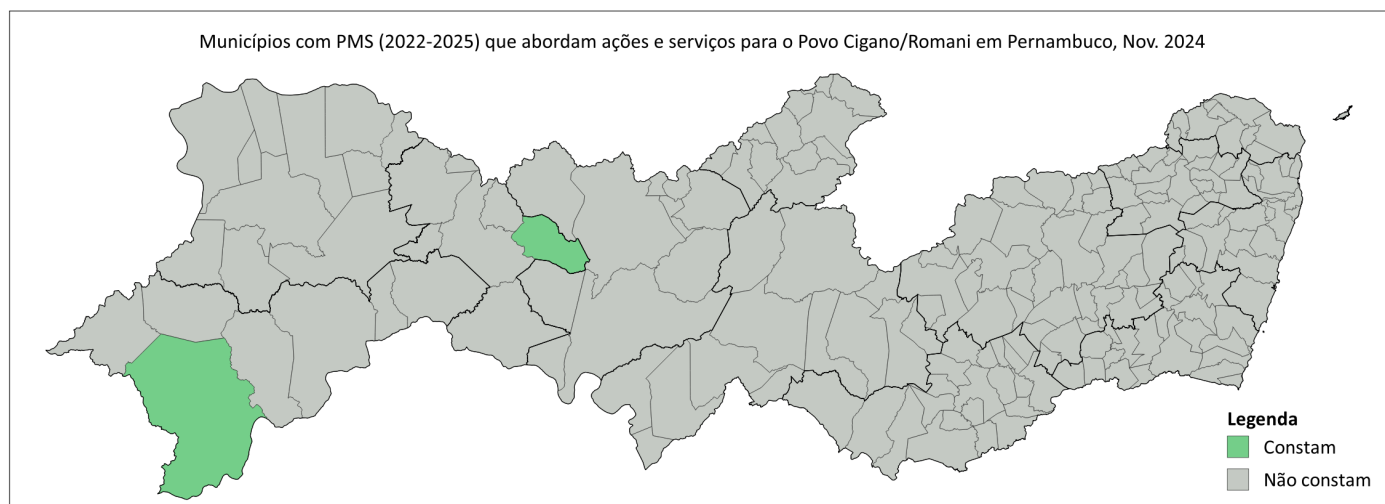
5.1. O principal objetivo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani - PRC nº 2/2017 (Anexo XXI-A) - é promover a saúde integral do Povo Cigano/Romani, respeitando suas práticas, saberes e medicinas tradicionais. Priorizando, portanto, a redução e o combate à ciganofobia ou romafofia.

5.2. No estado de Pernambuco, a análise dos Planos Municipais de Saúde (2022-2025) aponta uma baixa inclusão de diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI) voltados à saúde do povo cigano/romani. Dos 184 municípios pernambucanos, apenas 1% (equivalente a 2 municípios) apresentaram ações específicas para essa população em seus planos municipais de saúde, conforme visualizados no mapa 02.

5.3. Conforme o [Núcleo de Cidadania Ambiental e Comunidades Tradicionais](#), ligado à Superintendência de Meio Ambiente de Pernambuco, as comunidades ciganas são populações em situação de itinerância (nômades, semi nomades e sedentários), e o estado possui o registro de 36 famílias ciganas, nos municípios de Altinho, Arcoverde, Exu, Flores, Jaboatão dos Guararapes, Lagoa do Ouro, Manari, Ouricuri, Paulista, Pesqueira, Saloá e Tupanatinga.

5.4. Estes povos podem estabelecer acampamentos fixos ou demorar longos períodos para mudar de região. Tornando-se, assim, necessário que os municípios, mapeiem, acompanhem e planejem políticas de saúde para esses grupos.

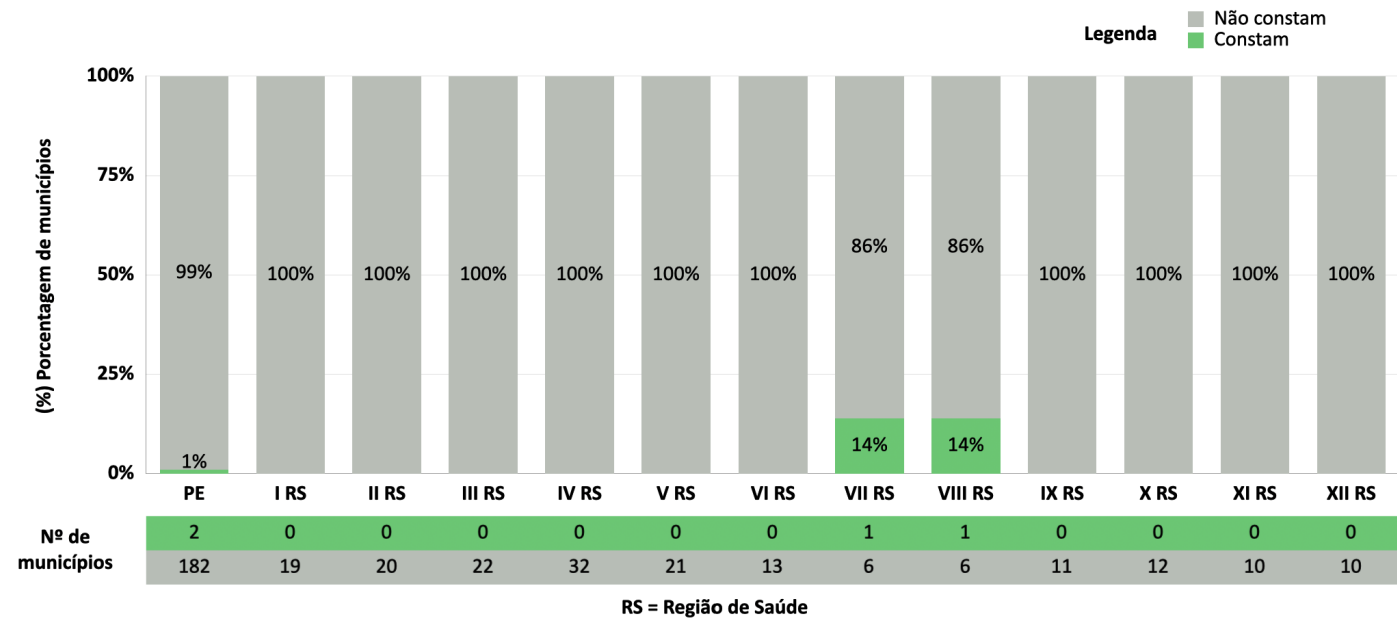
Mapa 02. Municípios com PMS (2022-2025) que abordam ações e serviços para o Povo Cigano/Romani em Pernambuco, nov. 2024.



Fonte: SEINP/SEMS-PE, dados extraídos do DGMP, novembro/2024.

5.5. O Gráfico 01 revela dois municípios que contemplaram iniciativas relacionadas ao povo cigano/romani, situados na IV Macrorregião de Saúde. São os municípios de Petrolina e Mirandiba. Em termos de Regiões de Saúde, um desses municípios pertence à Região VII e o outro à Região VIII, cada um correspondendo a 14% dos municípios de suas respectivas regiões. Esses dados reforçam a necessidade de identificar e mapear os povos cigano/romani nos territórios, bem como incluir ações e serviços de saúde voltados a essa população nos planos municipais.

Gráfico 01. Percentual e número de municípios com PMS (2022-2025) que abordam ações e serviços para o Povo Cigano/Romani, por RS, em Pernambuco, nov. 2024.



Fonte: SEINP/SEMS-PE, dados extraídos do DGMP, novembro/2024

5.6. Destaca-se que a Portaria MS nº 940/2011, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde, estabelece que a ausência do Cartão Nacional de Saúde ou o desconhecimento de seu número não constituem impedimentos para a realização de atendimentos solicitados, cadastro ou consulta à Base Nacional de Dados a qualquer cidadão. Ainda, que a solicitação de endereço do domicílio não será exigida a ciganos nômades e à população em situação de rua, facilitando assim o acesso desses grupos ao SUS.

5.7. Desse modo a oferta de serviços de saúde deve ser realizado a essas populações, bem como o planejamento destas ações nos PMS, a fim de garantir esse acesso.

6. POVOS INDÍGENAS

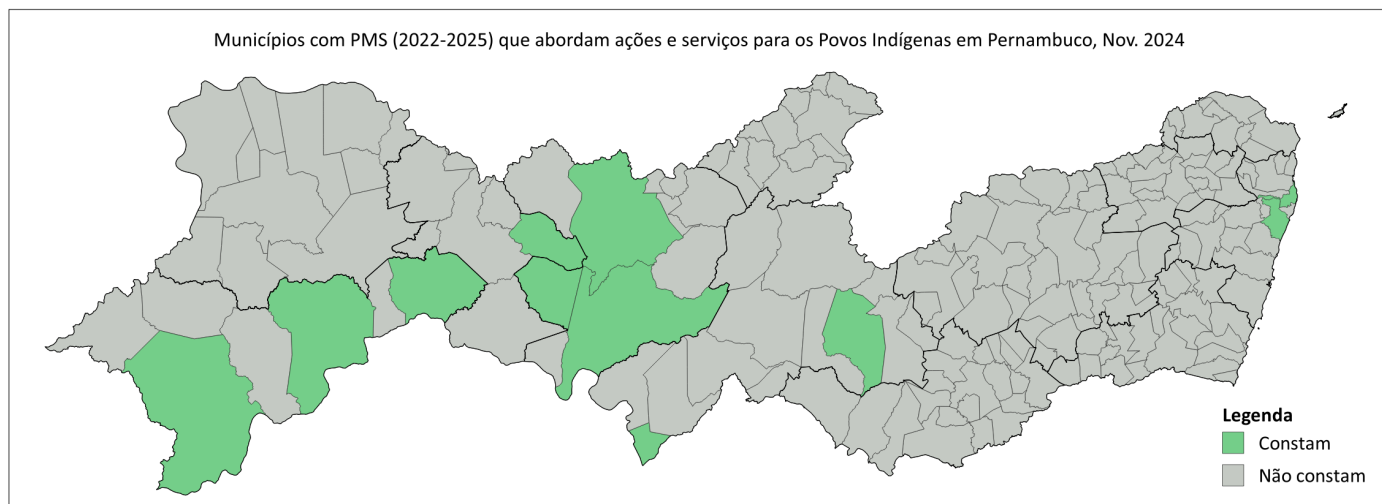
6.1. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PRC nº 2/2017 (Origem: PRT MS/GM 254/2002, Anexo 1) - tem como principal objetivo garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, respeitando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Além disso, busca contemplar a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política desses grupos, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina tradicional e o direito a vivenciarem a sua cultura.

6.2. Segundo os dados disponibilizados pela [Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde \(SESAI/MS\)](#), responsável pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), Pernambuco possui 42.526 indígenas aldeados (dados de out.2024). Essa população está presente em três macrorregiões do estado, com exceção da Macro I Metropolitana, e distribuída entre os municípios de 6 Regiões de Saúde (IV, V, VI, VII, VIII e XI). São 17 municípios com aldeias indígenas em seus territórios. Ao todo, existem 12 polos base, responsáveis pelo atendimento à população indígena aldeada, coordenados pelo Distrito Sanitário Indígena de Pernambuco (DSEI-PE).

6.3. Como observado no Mapa 3, a despeito dos dados apontados, Pernambuco possui apenas 11 municípios com PMS que citam em seus DOMI alguma ação para populações indígenas. Essa realidade aponta a necessidade de uma maior responsabilização e reconhecimento dos municípios para com esses povos. Evidenciando a necessidade de sensibilização das gestões municipais para ampliar as iniciativas e prover atendimento às demandas dos povos indígenas em todo o estado.

6.4. Cabe destacar, que embora o SasiSUS seja de responsabilidade federal, com os DSEIs executando a atenção primária nas aldeias indígenas, os municípios são corresponsáveis, devendo atuar de forma complementar nesse execução, conforme prevê a PNASPI. Garantindo, assim, a integralidade no atendimento aos povos indígenas aldeados. E também o atendimento ao indígena desaladado que não vive em aldeias, mas integra a sociedade local, seja em áreas urbanas ou rurais.

Mapa 03. Municípios com PMS (2022-2025) que abordam ações e serviços para os Povos Indígenas em Pernambuco, nov. 2024.



Fonte: SEINP/SEMS-PE, dados extraídos do DGMP, novembro/2024.

6.5. Ao analisar a distribuição dos povos indígenas por Município, Regiões de Saúde (RS) e Macrorregião, conforme o Gráfico 02, observa-se que apenas 6% dos municípios do estado, entre os 184 existentes, apresentam ações direcionadas a essa população em seus PMS. Esses municípios integram as Macrorregiões I, III e IV, com uma maior concentração na IV Macrorregião. Chama atenção, em relação aos demais, dois municípios da I Macro (I RS), Paulista e Recife, que mesmo sem população aldeada em seus territórios citaram no DOMI ações para povos indígenas. Considerando assim a população que reside no território urbano.

6.6. Quando verificado a distribuição, no âmbito das Regiões de Saúde (RS), dos municípios que apresentaram ações e serviços no DOMI voltados aos povos indígenas, percebe-se: dois (02) municípios na RS I, dois (02) na RS VI, um (01) na RS VII e três (03) na RS VIII.

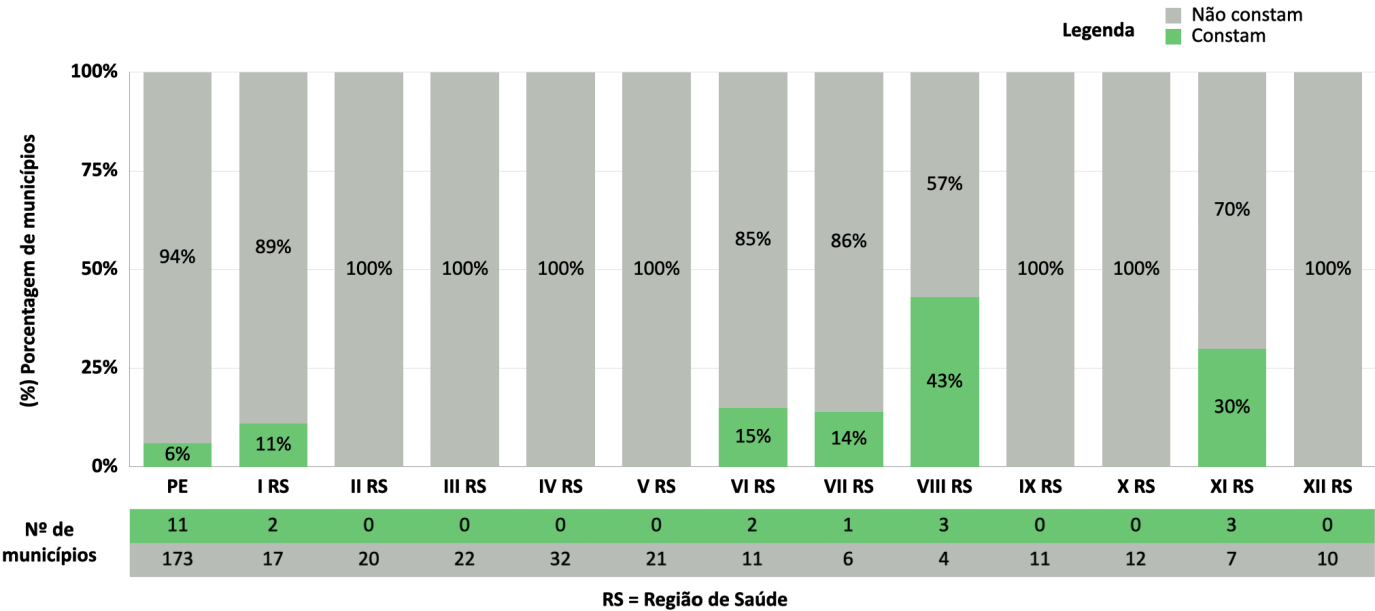
6.7. Quanto ao número de aldeias indígenas nas RS, observa-se: a IV RS apresenta um (1) município com 37 aldeias, enquanto a V Região conta com um (1) município e cinco aldeias; na VI Região, há sete(7) municípios que abrigam 53 aldeias, configurando a maior concentração de cidades com presença de indígenas aldeados no estado. A VII Região possui três (3) municípios com 13 aldeias, a VIII Região registra dois (2) municípios com 28 aldeias, e a XI Região apresenta três (3) municípios que possuem 89 aldeias.

6.8. Na análise dos PMS dos municípios de acordo com as RS que possuem população indígena, identifica-se: a VII Região, composta por três municípios com aldeias no território, possui apenas 14% dos planos municipais de saúde com ações direcionadas aos povos indígenas, embora metade dos municípios da região possua essa população em seus territórios ([acesse aqui](#)). Na VIII Região, que apresenta o maior percentual de planos que mencionam a população indígena (43%), entre os municípios desta RS, observa-se que há municípios que não incorporaram ações ou serviços voltados a essas comunidades, mesmo com a presença de aldeia registradas.

6.9. De forma semelhante, na XI Região de Saúde, 30% dos planos contemplam a população indígena, mas nem todos os municípios da região que possuem aldeias incluíram essa população em seus instrumentos de planejamento. É relevante destacar que, mesmo na ausência de aldeias indígenas no território, a I Região de Saúde registrou 6% dos seus planos de saúde com a inclusão de ações e serviços voltados para os povos indígenas no planejamento para o período de 2022-2025.

6.10. Apesar da significativa presença de povos indígenas em várias regiões do estado, foram identificadas lacunas importantes nos planos de saúde municipais. O Gráfico 02 evidencia que as Regiões IV e V, mesmo com aldeias em seus territórios, não apresentaram diretrizes, objetivos, metas ou indicadores específicos voltados para essa população. A situação na VI Região de Saúde, que concentra o maior número de municípios com aldeias indígenas, é igualmente preocupante: apenas dois dos sete municípios da região assumiram o compromisso com a agenda indígena em seus planos de saúde, representando apenas 15% do total de municípios desta RS.

Gráfico 02. Percentual e número de municípios com PMS (2022-2025) que abordam ações e serviços para os Povos Indígenas, por RS, em Pernambuco, nov. 2024.



Fonte: SEINP/SEMS-PE, dados extraídos do DGMP, novembro/2024.

6.11. Esse panorama revela um cenário desigual e preocupante no que diz respeito à atenção dada à população indígena no planejamento das ações de saúde em Pernambuco, indicando a necessidade de maior compromisso e integração dessa agenda nas políticas públicas regionais. Conforme preconiza a Lei 8.080/1990, os povos indígenas são atendidos por meio dos polos base vinculados aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que integram o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, financiado exclusivamente pela União. No entanto, a mesma lei, em seu artigo 19, parágrafo 2ª, estabelece que o Sistema Único de Saúde (SUS) deve atuar como retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Para cumprir essa função, o SUS deve promover adaptações em sua estrutura e organização nas regiões onde residem povos indígenas, garantindo a integração e o acesso a atendimentos necessários em todos os níveis de complexidade, de forma equitativa e sem discriminação.

6.12. Portanto, na elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde, os gestores devem priorizar a inclusão de ações específicas voltadas para essa população, especialmente nas áreas onde há presença de comunidades indígenas, promovendo, assim, uma atenção integral e condizente com os princípios da equidade e universalidade do SUS.

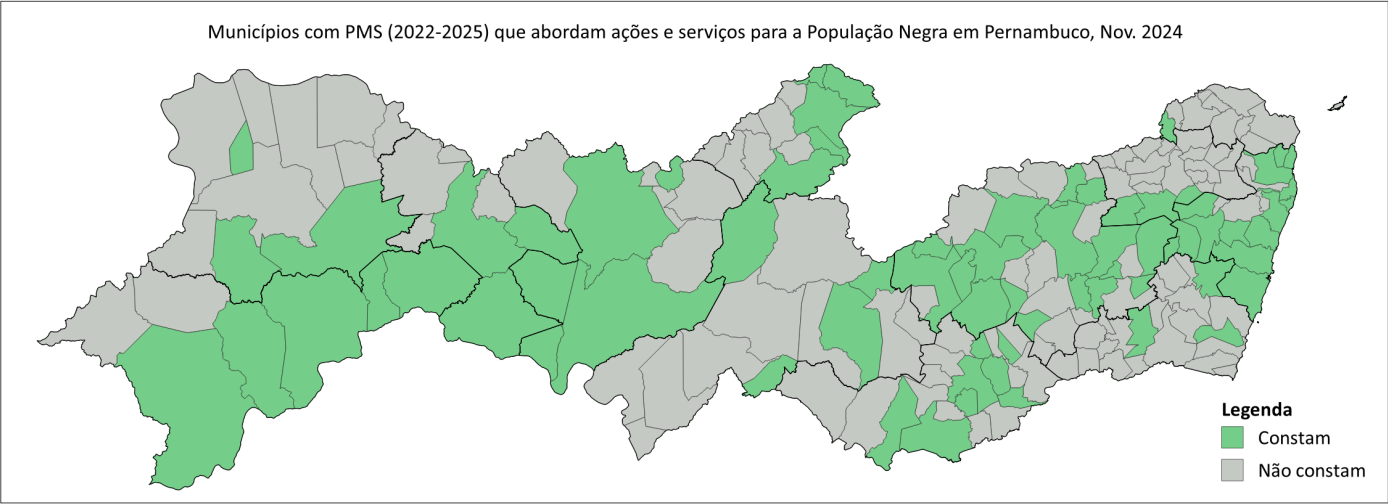
7. POPULAÇÃO NEGRA

7.1. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PRC nº 2/2017 (Anexo XIX) - possui o objetivo de promover a saúde integral da desta população, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.

7.2. De acordo com dados do Censo 2022 do IBGE, a população negra (pretos e pardos) em Pernambuco corresponde a 65,31% da sociedade. E está presente em todos os municípios do estado. Contudo, como pode-se observar no Mapa 1, vários municípios ainda não inserem em seus planos municipais de saúde ações e serviços que contribuam para a saúde integral da população negra.

7.3. Na análise foram identificados 112 municípios, o que representa 61% do estado, que não apresentarem nas Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores ações e serviços para população negra. Quanto aos que trouxeram de algum forma a referida população em seus DOMI, foram 72 municípios, representando 39% de Pernambuco. Percebe-se que é um número relevante de municípios que tratam do assunto em seus Planos de Saúde, mas ainda insuficiente para garantir equidade no cuidado à saúde e enfrentar as desigualdades étnico-raciais existentes.

Mapa 04. Municípios com PMS (2022-2025) que abordam ações e serviços para a População Negra, em Pernambuco, nov. 2024.



Fonte: SEINP/SEMS-PE, dados extraídos do DGMP, novembro/2024.

7.4. O Gráfico 3 apresenta a dinâmica geral do estado, e a distribuição por regiões de saúde, considerando entre os 184 municípios quais aqueles que apresentaram (72) ou não (112), em seus PMS ações e serviços para população negra. Assim como, evidencia o percentual e o número absoluto em cada Região de Saúde (RS) dos municípios que tratam do tema em seus DOMI.

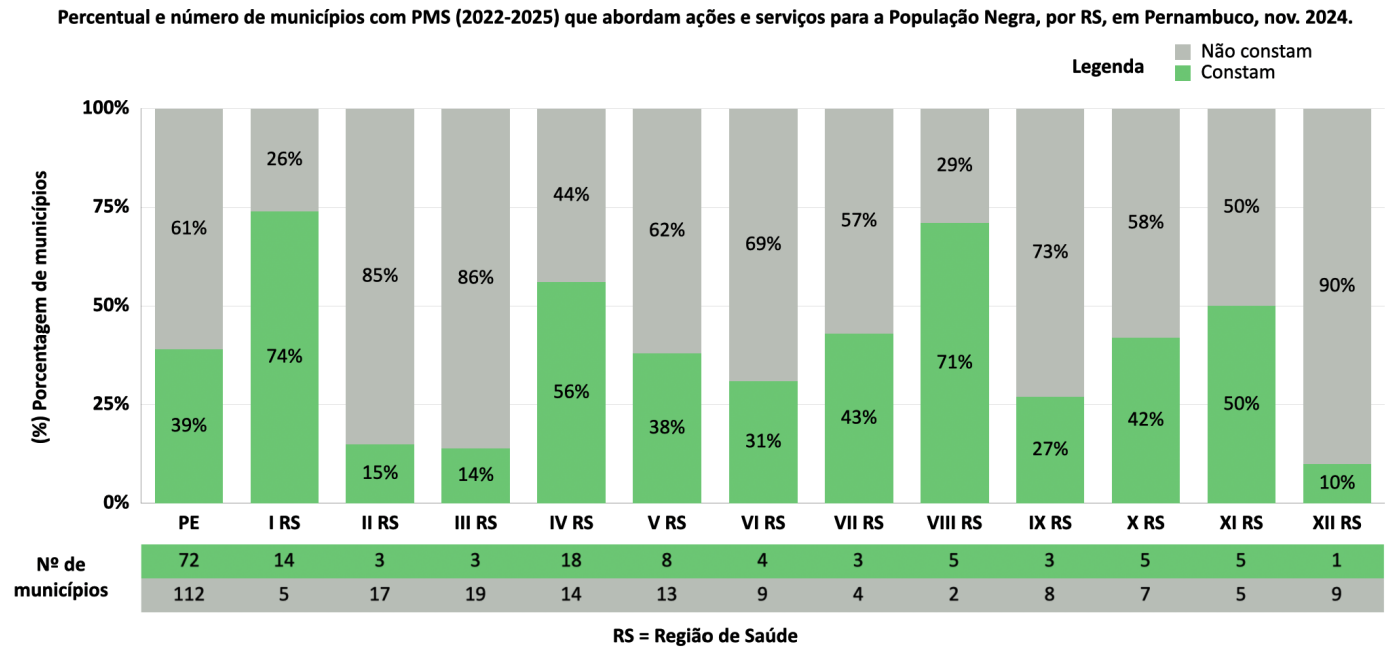
7.5. Quando observa-se os dados das macrorregiões de saúde, comparando entre os municípios e as regiões que as integram, a Macro II (IV RS e V RS) apresenta um percentual de 49% dos planos de sua região abordando no DOMI ações voltadas à população negra, o que corresponde a 26 municípios dos 53 que compõem a Macro II.

7.6. Ao observar a dinâmica das RS da Macro IV (VII RS, VIII RS e IX RS), 11 municípios (44%) apresentaram ações e serviços direcionados a essa população no DOMI. Já a Macro III (VI RS, X RS e XI RS), teve 14 PMS com a citação referida, o que representa 40% do total de municípios desta Macro. Quanto a Macro I (I RS, II RS, III RS, XII RS), foi identificado o percentual de 29% de PMS que incluíam ações e serviços voltados à população negra, com apenas 21 municípios do total de 71 contemplando a população negra em seus planos municipais de saúde.

7.7. A análise dos dados dos municípios por Regiões de Saúde revela desigualdades ainda mais acentuadas entre as diferentes áreas. Algumas regiões, como a RS I e a RS VIII, destacam-se de forma positiva, com, respectivamente, 70% e 71% de inclusão da população negra em seus planos de saúde, do total de municípios da região. Na XI RS, 50% dos municípios apresentaram ações e serviços para a população observada e na IV RS 56% deles citaram o tema.

7.8. Por outro lado, as regiões RS II, RS III e RS XII apresentam os índices mais baixos, com apenas 15%, 14% e 10% dos planos de seus municípios contemplando ações voltadas para a população negra em seus territórios. Nas demais regiões, os percentuais variam entre 27% e 43%, evidenciando disparidades importantes no planejamento voltado para essa população.

Gráfico 03. Percentual e número de municípios com PMS (2022-2025) que abordam ações e serviços para a População Negra, por RS, em Pernambuco, nov. 2024.



Fonte: SEINP/SEMS-PE, dados extraídos do DGMP, novembro/2024.

8. POPULAÇÃO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBTQIAPN+)

8.1. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) - PRC nº

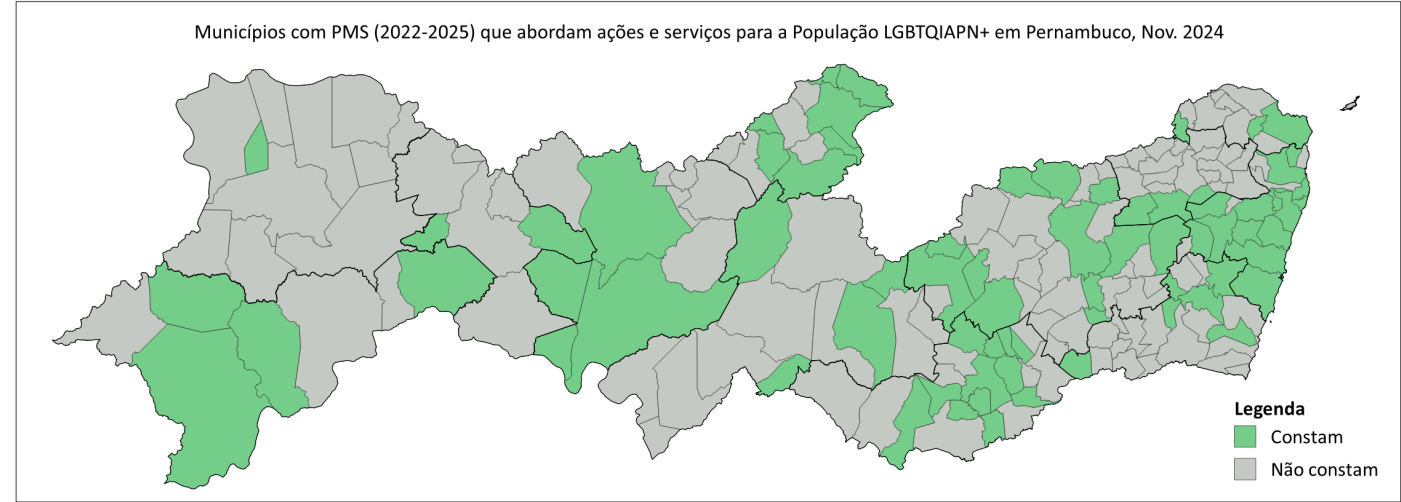
2/2017 (Anexo XXI)- tem como principal objetivo assegurar a promoção da saúde integral da população LGBT, combatendo a discriminação e o preconceito institucional, além de contribuir para a redução das desigualdades e para o fortalecimento do SUS como um sistema universal, integral e equânime. Vale ressaltar que o Ministério da saúde já utiliza em suas estratégias de promoção a saúde o termo atualizado [LGBTQIAPN+](#).

8.2. Em Pernambuco, a assistência à população LGBTQIAPN+ é atendida por 12 serviços ambulatoriais em funcionamento para atender às demandas desta população, distribuídos em três das doze Regiões de Saúde do estado (RS I, RS III e RS X) . Estes serviços foram habilitados por três resoluções da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PE), a Resolução CIB/ PE nº. 6324 de 16 de novembro de 2023 habilitou os serviços: Ambulatório Patrícia Gomes e Ambulatório LGBT do Hospital da Mulher.

8.3. Enquanto a Resolução CIB/PE Nº. 6736 de 20 de agosto de 2024 habilitou serviços de Camaragibe, Ipojuca, Serra Talhada, Olinda, Vitória de Santo Antão, Jaboatão dos Guararapes, Cabo de Santo Agostinho e Afogados da Ingazeira. Já a Resolução CIB/PE Nº. 6769 de 31 de outubro de 2024 tratou da habilitação do CISAM/UPE e a Portaria nº 1.055, de 13 de outubro de 2014 habilitou o Hospital das Clínicas/UFPE.

8.4. Apesar da expansão da assistência, citada acima, o Mapa 05 evidencia a necessidade de ampliar a planejamento para essa populações específicas. Apenas 72 (39%) municípios, entre 184, citaram em seus planos de saúde ações para a população LGBTQIAPN+. Portanto, 112 (61%) municípios não trouxeram em seus DOMI nenhuma ação voltada para a população referida. Isso indica a existência de uma lacuna significativa no planejamento de políticas voltadas para essa população, em muitas regiões de saúde do estado.

Mapa 05. Municípios com PMS (2022-2025) que abordam ações e serviços para a População LGBTQIAPN+ em Pernambuco, nov. 2024.



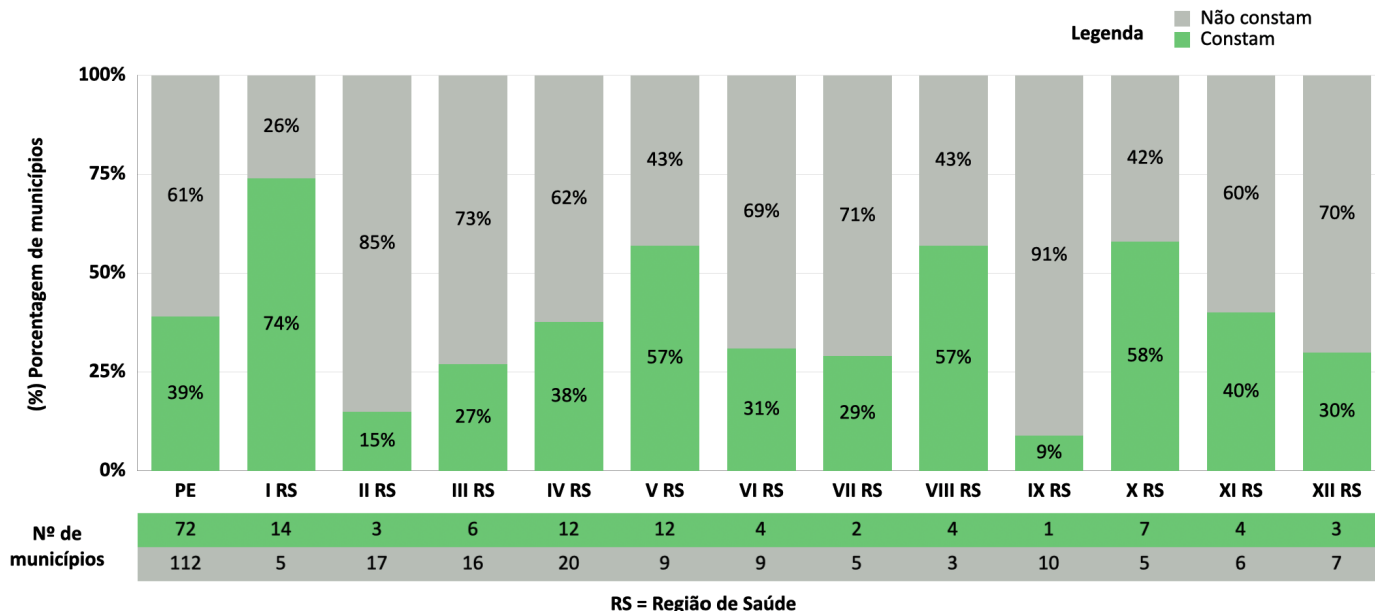
Fonte: SEINP/SEMS-PE, dados extraídos do DGMP, novembro/2024.

8.5. O gráfico 4 permite analisar a inclusão no (DOMI), dos Planos Municipais de Saúde, a temática relacionada à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTQIAPN+), pelo estado e por região de saúde.

8.6. Nesse sentido destaca-se que a IV RS, a VIII RS e a X RS apresentam mais de 50% dos seus municípios contemplando ações para esse público em seus DOMIs, isso representa, respectivamente, 57%, 57% e 58% do total de municípios de cada RS. Por outro lado, algumas regiões apresentam índices significativamente baixos de inclusão. Na IX RS, composta por 11 municípios, apenas 1 incluiu ações específicas para essa população em seus documentos. De forma semelhante, na II RS, dos 20 municípios, apenas 3 abordaram ações voltadas à saúde LGBTQIAPN+ nos DOMIs.

8.7. Torna-se importante discutir o tema para incentivar os municípios a considerarem em seus planejamento de saúde a população LGBTQIAPN+, tendo em vista os desafios enfrentados por esses grupos com forte impacto na saúde dessas população.

Gráfico 04. Percentual e número de municípios com PMS (2022-2025) que abordam ações e serviços para a População LGBTQIAPN+, por RS, em Pernambuco, nov. 2024.



Fonte: SEINP/SEMS-PE, dados extraídos do DGMP, novembro/2024.

9. POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS

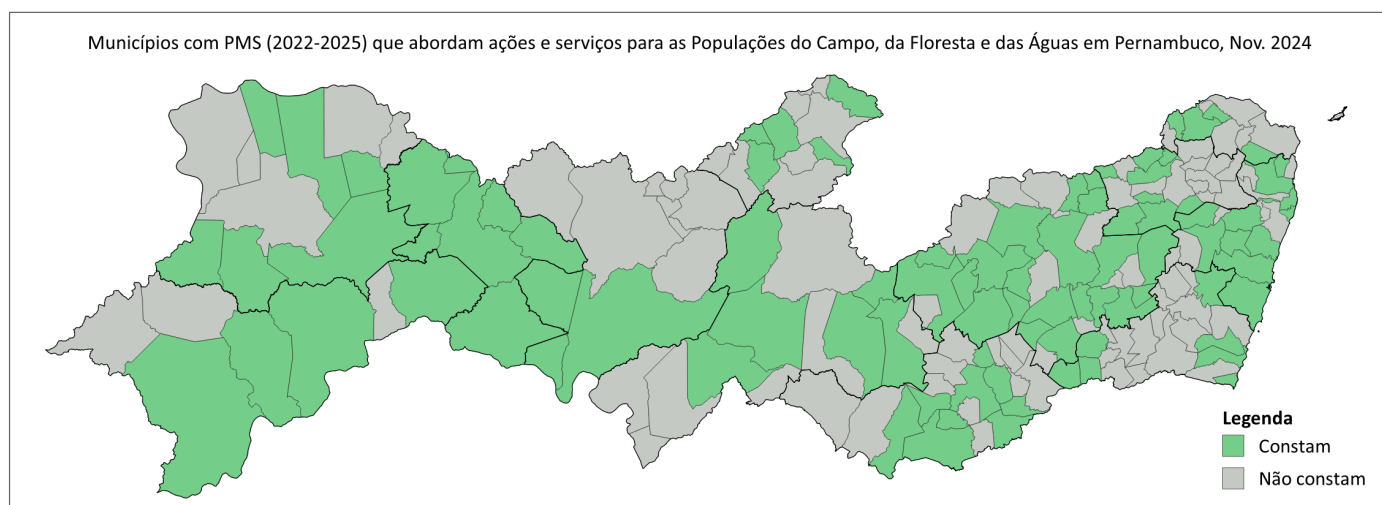
9.1. A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCA) - PRC nº 2/2017 (Anexo XX) apresenta como principal objetivo promover a saúde das populações do campo e da floresta por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça, etnia e orientação sexual, visando o acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida.

9.2. São consideradas pertencentes às populações do campo, da floresta e das águas os seguintes grupos: camponeses, incluindo agricultores familiares, assentados, acampados e trabalhadores assalariados, independentemente de residirem ou não no campo. Além deles, comunidades de quilombos, populações ribeirinhas, populações atingidas por barragens e outras comunidades tradicionais.

9.3. O Mapa 6 evidencia o panorama do estado, com os municípios que tratam em seus PMS de populações do Campo, da Floresta e das Águas e aqueles que não apresentam. Observa-se um equilíbrio entre os municípios que apresentam (91) ou não (93) o tema no DOMI.

9.4. Cabe avaliar que o assunto em questão é correlato e transversal a outros grupos, como população negra e indígena, podendo o gestor fazer a escolha de planejar as ações em seu DOMI sem segregar por aspectos étnico-raciais. Entretanto, há especificidades destas populações, bem como carências históricas que requerem uma observação e tratamento direcionado no planejamento da política de saúde. Tornando importante, portanto, serem evidenciados e tratados nos planos de saúde.

Mapa 06. Municípios com PMS (2022-2025) que abordam ações e serviços para as Populações do Campo, da Floresta e das Águas em Pernambuco, nov. 2024.



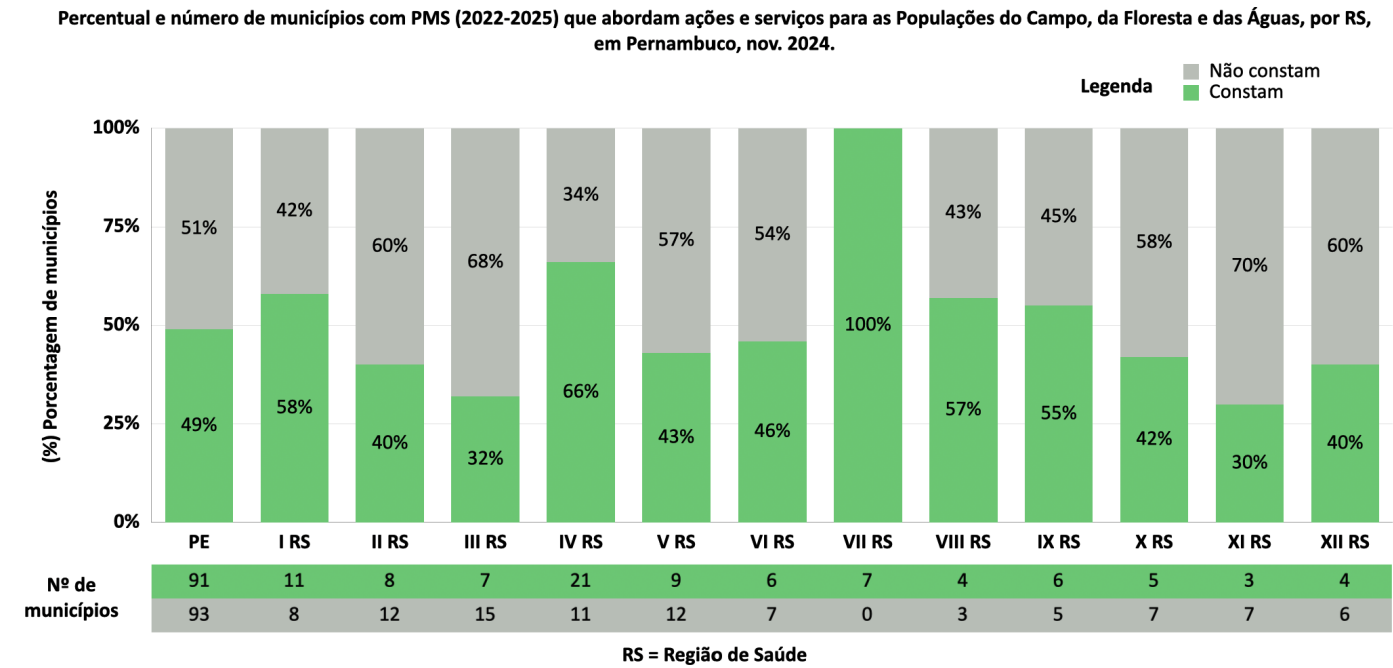
Fonte: SEINP/SEMS-PE, dados extraídos do DGMP, novembro/2024.

9.5. O Gráfico 05 apresenta a distribuição dos municípios de Pernambuco que incorporaram, ou não, diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI) no Plano de Saúde 2022-2025 direcionados às populações citadas anteriormente. Observa-se que 49% dos municípios do estado incluem, em seus planos, pelo menos uma ação e/ou serviço voltado a essas populações específicas.

9.6. Ao analisar os percentuais por Macrorregião, observa-se que a Macro IV (VII RS, VIII RS e IX RS) possui 17 (68%) dos seus 25 municípios incluindo essas populações em seus planos de saúde. Já na Macro II (IV RS e V RS), 30 municípios (57%) dos seus 53 citam no DOMI a temática avaliada. Quanto a Macro I (I RS, IIRS, III RS e IX RS) e a III (VI RS, X RS e XI RS), apresentam 30 municípios (42%) de 71 e 14 municípios (40%) de 35, respectivamente.

9.7. Ao verificar as Regiões de Saúde (RS), destaca-se a VII RS, onde 100% dos planos de saúde contemplam ações para as populações do campo, da floresta e das águas. Na IV Região, 66% dos municípios planejam implementar ações direcionadas, enquanto na VIII Região, o percentual é de 55%.

Gráfico 05. Percentual e número de municípios com PMS (2022-2025) que abordam ações e serviços para as Populações do Campo, da Floresta e das Águas, por RS, em Pernambuco, nov. 2024.



Fonte: SEINP/SEMS-PE, dados extraídos do DGMP, novembro/2024.

10. **POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

10.1. A Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 e PRC nº 2/2017 (Anexo XVI), possui caráter intersetorial e tem como objetivo assegurar o acesso a serviços e políticas públicas, incluindo saúde, educação, assistência social, moradia, trabalho e renda.

10.2. Para alcançar esses objetivos, promove a capacitação de profissionais e a sistematização de dados sobre essa população, além de articular o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) com o Sistema Único de Saúde (SUS). Entre suas ações, destacam-se a criação de centros de referência, a implementação de iniciativas voltadas à segurança alimentar e o fomento ao acesso de benefícios previdenciários e programas de transferência de renda.

10.3. A normativa citada define a população em situação de rua como *um grupo heterogêneo que compartilha características como pobreza extrema, fragilização ou rompimento de vínculos familiares, e a ausência de moradia convencional regular*. Essa população utiliza logradouros públicos como espaços de moradia e sustento, seja de forma temporária ou permanente, assim como unidades de acolhimento para pernoite ou moradias provisórias. Assim como a população cigana/romani, reserva-se o direito da não exigência de endereço do domicílio para a confecção do Cartão Nacional de Saúde para a população em situação de rua, conforme a Portaria MS nº 940/2011.

10.4. No âmbito da saúde, as Equipes de Consultório na Rua (eCR) foram instituídas pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica. Essas equipes realizam suas atividades de forma itinerante, com a finalidade de ofertar cuidados de saúde à população em situação de rua (PSR), baseando-se na lógica da atenção primária. A mesma portaria estabelece que a responsabilidade pela atenção à saúde dessa população é atribuída a todos os profissionais vinculados ao SUS - e não apenas desta modalidade de equipe - com ênfase naqueles que atuam na atenção primária à saúde.

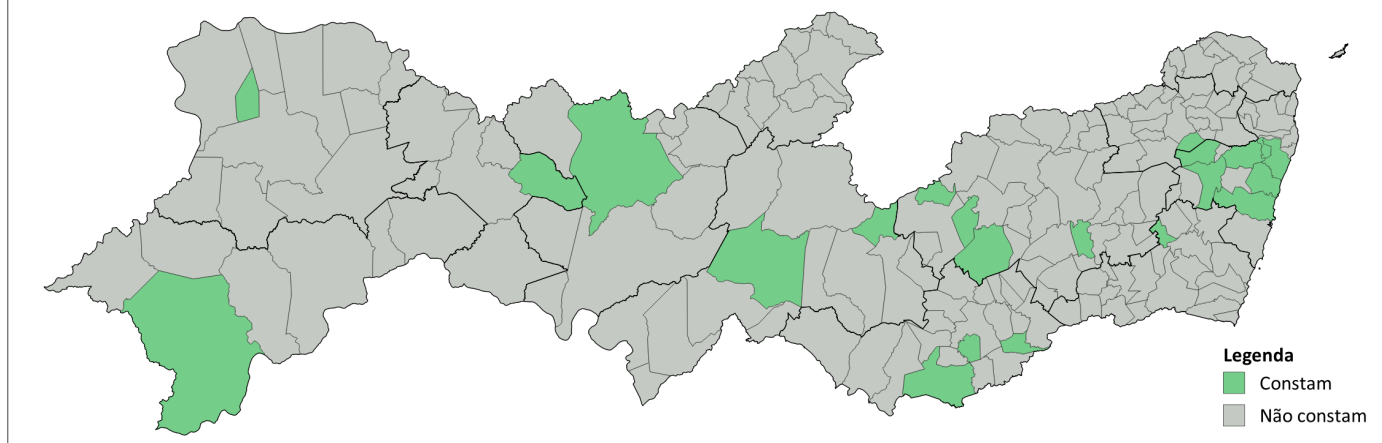
10.5. Os municípios que contam com equipes de Consultório na Rua recebem incentivo financeiro de custeio mensal, conforme definido pela Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Conforme dados do Sistema E-gestor AB (JAN/2025) o estado de Pernambuco possui 7 municípios com eCR habilitadas. Nas Regiões de Saúde a distribuição ocorre da seguinte forma: I RS 5 municípios - 8 eCR; V RS 1 município - 1 eCR; e VIII RS 1 município - 1 eCR.

10.6. Na análise dos PMS, dentre os sete (7) municípios com eCR Habilitada, três (3) deles não mencionaram a população em situação de rua em nenhuma diretriz, objetivo, meta ou indicador de seus respectivos planos de saúde. De acordo com o Painel de Monitoramento da Equidade do Ministério da Saúde ([acesse aqui](#)), Pernambuco atendeu aproximadamente 7,5 mil pessoas em situação de rua em 2021, dados disponíveis no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

10.7. Conforme apresentado no mapa 07, poucos municípios citam em seus PMS a população em situação de rua. Apenas 22 municípios do estado, representando 12% fizeram a inclusão desse tema em seus DOMI, enquanto 162 (88%) não tratam do assunto em seus PMS.

Mapa 07. Municípios com PMS (2022-2025) que abordam ações e serviços para a População em Situação de Rua em Pernambuco, nov. 2024.

Municípios com PMS (2022-2025) que abordam ações e serviços para a População em Situação de Rua em Pernambuco, Nov. 2024



Fonte: SEINP/SEMS-PE, dados extraídos do DGMP, novembro/2024.

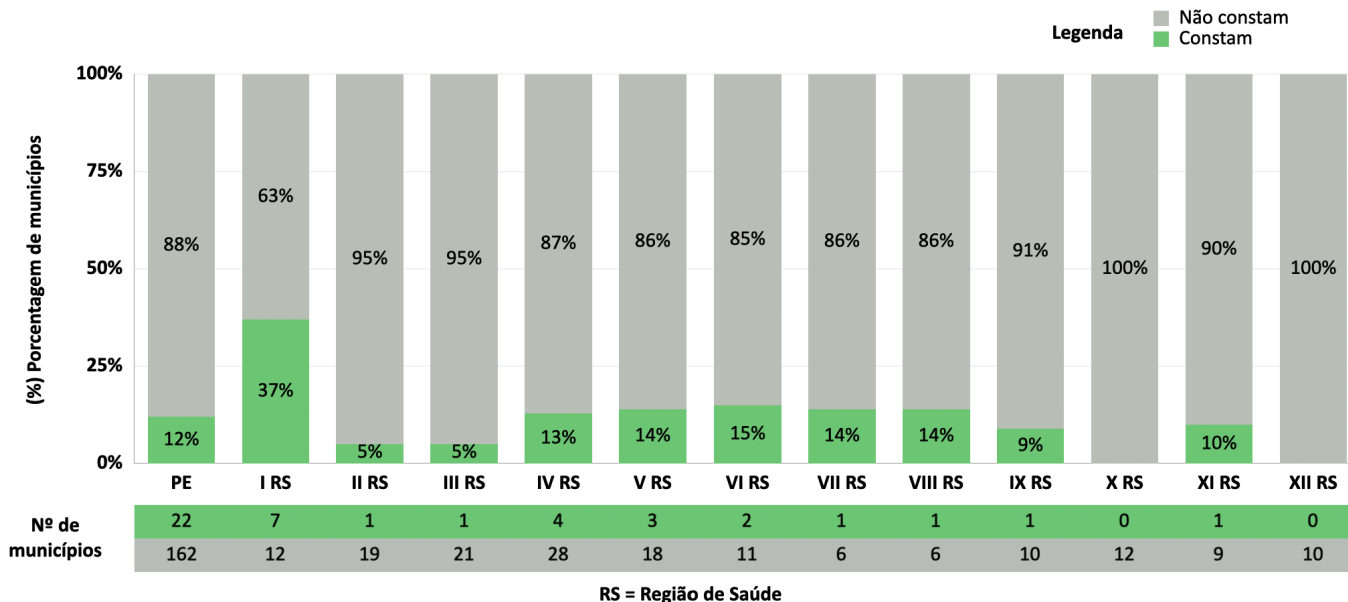
10.8. O Gráfico 06, apresenta os dados de todo o estado de Pernambuco e por Região de Saúde, evidenciando o percentual de inclusão nas diretrizes, objetivos, metas e indicadores de ações direcionados à população em situação de rua em seus planos municipais de saúde. De modo geral, existe uma baixa representação nos PMS dos municípios de todas as regiões de saúde, com destaque para uma concentração maior na I Região de Saúde, onde 7 dos 12 municípios da RS contemplaram a temática, representando 37% da região.

10.9. Nas demais regiões de saúde, os percentuais variam entre 14% , na V RS, à 5% ,na II RS. Destaca-se as Regiões de Saúde X e XII que não mencionaram essa população em seus planos de saúde.

10.10. Embora a concentração de populações em situação de rua, ocorra de modo mais intenso nas grandes capitais, essa realidade não é exclusiva dessas localidades. Torna-se importante trazer essa temática à reflexão dos municípios para analisar se estes grupos estão sendo esquecidos no processo de planejamento das ações de saúde.

Gráfico 06. Percentual e número de municípios com PMS (2022-2025) que abordam ações e serviços para a População em Situação de Rua, por RS, em Pernambuco, nov. 2024.

Percentual e número de municípios com PMS (2022-2025) que abordam ações e serviços para a População em Situação de Rua, por RS, em Pernambuco, nov. 2024.



Fonte: SEINP/SEMS-PE, dados extraídos do DGMP, novembro/2024.

11. CONSIDERAÇÕES

11.1. O estudo realizado buscou observar se os municípios pernambucanos inseriram ações e serviços para as 'populações vulnerabilizadas' nas diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI) de seus planos municipais de saúde de 2022 a 2025. Foi analisado portanto, se essas populações estão sendo consideradas no planejamento municipal. Cabe ressaltar que não foi observado o conteúdo e qualidades das informações inseridas no DOMI, apenas se estão presentes ou não, conforme os termos chaves delimitados e apresentados na metodologia da pesquisa.

11.2. Considerando que o planejamento em saúde direciona o trabalho do gestor e evidência as prioridades da gestão, pode-se indicar a baixa representatividade nos planos municipais do estado quanto às ações voltadas às populações vulnerabilizadas. Destaca-se o conjunto de populações observadas neste estudo: povo cigano/romani, povos indígenas, população negra, população LGBTQIA+, populações do campo, floresta e águas e população em situação de rua. A ausência dessas populações no planejamento municipal, em várias regiões de saúde do estado, reflete a necessidade de uma maior sensibilização e reconhecimentos desses entes quanto aos grupos apontados. Bem como,

uma melhor integração na incorporação das políticas nacionais no nível local, sempre respeitando as especificidades.

11.3. Nesse contexto, quando observado os municípios de Pernambuco que citaram uma ou mais populações analisadas, em seus PMS, por macrorregião, verifica-se na I macro 42 (23%) municípios citaram, já na II foram 40 (21%), enquanto na III 21(11%) e na quarta 20 (11%) municípios. Registra-se que a distribuição de municípios entre as macros são distintas com a I e II Macro concentrando o maior número de municípios e a III e IV Macro o menor.

11.4. A análise também revelou 61 municípios pernambucanos, representando, 33% do estado, não citaram em seus DOMIs ações e serviços voltados para as populações vulnerabilizadas consideradas neste estudo, e apenas 2 municípios contemplaram todas as políticas analisadas.

11.5. Entre os principais aspectos observados, para o povo cigano/romani apenas 2 municípios (1%) informaram ações específicas em seus Planos. Quanto aos povos indígenas, apenas 11 municípios (6%) contemplam ações específicas, mesmo com a presença de aldeias em 6 Regiões de saúde e de saúde e 17 municípios do estado.

11.6. Ainda, sobre a população negra, foi observado que 72 dos municípios (39%) incluíram ações em seus Planos, entretanto prevalecendo uma concentração desigual do tema nos PMS entre as Regiões de saúde (RS). Observa-se uma baixa representação nas RS II, RS III e RS XII que apresentam respectivamente 15%, 14% e 10% dos municípios que integram com PMS que citam a população negra. Já a I RS e a VIII RS, possuem uma alta representação com, respectivamente, 70% e 71% de inclusão do tema no DOMI de seus municípios. A XI RS e IV RS, apresentam 50% e 56% respectivamente e nas demais regiões, os percentuais variam entre 27% e 43%.

11.7. Quanto à população LGBTQIA+, embora existam 12 serviços especializados, apenas 39% dos municípios do estado (72 municípios) citam em seus DOMIs ações específicas para essa população. Destacam-se as regiões que tiveram 50% ou mais de seus municípios inserindo nos PMS ações para esses grupos: I RS (74%), V RS (57%), VIII RS (57%), X RS (58%).

11.8. Para as populações do campo, floresta e águas, 49% dos municípios de Pernambuco (91 municípios) incluem ações para esses grupos. Estes são os mais contemplado nos PMS quando comparado às demais populações estudadas. Sendo considerado com percentual importante entre as RS de cada Macrorregião, variando entre 68% na IV Macro e 40% na III Macro. Destaca-se a IV RS em que 100% de seus municípios tratam no DOMI dessa população.

11.9. No que diz respeito a população em situação de rua, apenas 7 municípios possuem eCR habilitadas, e apenas 12% dos municípios incluíram ações específicas para essa população em seus planos de saúde. Chama atenção a X RS e XII RS, nas quais nenhum município citou no DOMI este grupo observado. Esse contexto evidencia a necessidade de refletir sobre o planejamento em saúde para esse público.

11.10. A observação das informações produzidas por este estudo expressam necessidade de ampliação da equidade no planejamento e na execução de políticas de saúde nos territórios, especialmente em áreas onde se encontram populações tradicionais e vulnerabilizadas. Considerando que os Planos de Saúde refletem o planejamento e as ações no âmbito da saúde para um período de quatro anos, é possível identificar lacunas significativas nas diretrizes, objetivos, metas e indicadores relacionados à assistência às populações estudadas. Mas também possibilita a oportunidade de serem realizados os ajustes necessários para garantir intervenções mais adequadas às especificidades dessas comunidades.

11.11. Nesse sentido, cabe enfatizar a importância da qualificação dos instrumentos de planejamento como uma importante iniciativa de fortalecimento do processo de planejamento dentro do SUS, dado que a atuação no âmbito da administração de políticas e programas públicos é por vezes desafiadora e requer a habilidade de aliar saberes e competências para lidar com a realidade complexa, como a inclusão das especificidades das populações vulnerabilizadas de cada território.

11.12. Para o sucesso dessa qualificação torna-se necessário fortalecer a área técnica de planejamento em saúde dos municípios, como a área central que transversaliza a gestão e aproxima as áreas técnicas da secretaria responsáveis pela implementação das políticas públicas de saúde no território, tornando os Planos de Saúde instrumentos que refletem as ações do município. Assim, torna-se importante a articulação entre gestores e a inclusão de ações específicas nos Planos Municipais de Saúde (PMS), em conformidade com os princípios da universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), e em alinhamento com as diretrizes das políticas nacionais para as populações vulnerabilizadas.

11.13. Nesse processo, aponta-se uma oportunidade com a construção dos novos Planos de Saúde, no ciclo que se inicia em 2026, e com a realização das Conferências de Saúde, que antecedem essa etapa. Será possível a análise sobre as necessidades de saúde das populações vulnerabilizadas e a elaboração de ações para serem incluídas do DOMI com o objetivo de implementar políticas públicas que considerem a equidade em saúde. Nesse âmbito, ressalta-se a importância do controle social a fim de garantir o seu fortalecimento e empoderamento no processo de planejamento e implementação das políticas de saúde.

11.14. Por fim, cabe comentar que este estudo consiste na materialização de um monitoramento contínuo, realizado pelo SEINP/SEMS-PE, sobre a situação dos instrumentos de gestão do estado de Pernambuco, a fim de apoiar os entes do território e fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando assim a importância do planejamento no SUS e sua função gestora, que além de requisito legal é também um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS, garantindo transparência às ações realizadas.

11.15. O Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa do estado de Pernambuco considera relevante iniciar um diálogo com o envolvimento de todos os entes do território, com o objetivo de traçar ações em conjunto que busquem qualificar o processo de planejamento dos municípios, enfrentando os desafios postos. De modo a possibilitar que o processo seja inclusivo e respeite as diretrizes estipuladas na legislação vigente. Além disso, as análises apresentadas tendem a gerar novos estudos com a construção de uma metodologia qualitativa para analisar o conteúdo das ações destinadas às populações vulnerabilizadas, nos Planos de saúde. E assim ampliar o conhecimento e a compreensão do assunto, de modo a continuar o apoio aos gestores municipais.

11.16. A equipe do SEINP/SEMS-PE/MS está à disposição para apoiar na implementação das estratégias, realizar treinamentos quando solicitada e acompanhar eventuais problemas na alimentação do sistema DGMP. Tais necessidades podem ser comunicadas, caso a caso, por meio dos contatos (81) 2011-5581 e e-mail: seinp.sems.pe@saude.gov.br.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2022. IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 17 dez. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Perfil dos municípios brasileiros: 2011. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. 361 p.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 jan. 2002. Seção 1, p. 12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 abr. 2011. Seção 1, p. 32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 maio 2009. Seção 1, p. 20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.055, de 13 de outubro de 2014. Habilita estabelecimento de saúde para realização do Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidades ambulatorial e hospitalar. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 out. 2014. Seção 1, p. 21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 out. 2011. Seção 1, p. 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 dez. 2011. Seção 1, p. 21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2018. Seção 1, p. 11.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 2009. Seção 1, p. 12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de equipes e estabelecimentos homologados pelo Ministério da Saúde para fins de financiamento. Disponível em: <<https://relatorioaps.saude.gov.br/gerenciaaps/ines-cnes-homologados>>. Acesso em 29 de janeiro de 2025.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde de Pernambuco 2024-2027. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2024.

PERNAMBUCO. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB/PE nº 6324, de 16 de novembro de 2023. Diário Oficial de Pernambuco, Ano C, nº 216, Recife, 21 nov. 2023.

PERNAMBUCO. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB/PE nº 6736, de 20 de agosto de 2024. Diário Oficial de Pernambuco, Ano CI, nº 159, Recife, 24 ago. 2024.

PERNAMBUCO. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB/PE nº 6769, de 5 de novembro de 2024. Diário Oficial de Pernambuco, Ano CI, nº 209, Recife, 5 nov. 2024.

Recife, 31 de janeiro de 2025.

Documento Elaborado pelos (as) Técnicos (as):

BRUNA DE JESUS OLIVEIRA
Residente em Saúde Coletiva

MACIEL BARROS LIRA
Residente em Saúde Coletiva

ALINE SILVA JERÔNIMO
Analista em Saúde

ELIANE LEAL
Enfermeira em Saúde Pública

KEREN-HAPUQUE COSTA XAVIER LINS
Analista Técnico de Políticas Sociais

LARISSA OLIVEIRA DE SÁ FIGUEIRÔA
Analista Técnico de Políticas Sociais

MARIA ALDILENE DANTAS
Estatística

ROBERTA CORRÊA DE ARAÚJO DE AMORIM
Chefe do Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa

De acordo e ciência por:

ROSANO FREIRE CARVALHO
Superintendente Estadual do Ministério da Saúde em Pernambuco



Documento assinado eletronicamente por **Larissa Oliveira de Sá Figueiroa, Analista Técnico de Políticas Sociais**, em 05/02/2025, às 16:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Roberta Corrêa de Araújo de Amorim, Chefe do Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa**, em 05/02/2025, às 16:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Bruna de Jesus Oliveira, Conveniado(a)**, em 05/02/2025, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eliane Maria Medeiros Leal, Enfermeiro(a)**, em 05/02/2025, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Keren Hapuque Costa Xavier Lins, Analista Técnico de Políticas Sociais**, em 05/02/2025, às 16:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Aldilene Dantas, Estatístico(a)**, em 05/02/2025, às 16:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maciel Barros Lira, Conveniado(a)**, em 05/02/2025, às 16:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Aline Silva Jerônimo, Conveniado(a)**, em 05/02/2025, às 17:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rosano Freire Carvalho, Superintendente Estadual do Ministério da Saúde em Pernambuco**, em 06/02/2025, às 09:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0045823478** e o código CRC **2F40E420**.

Referência: Processo nº 25019.003375/2024-39

SEI nº 0045823478

Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa - SEINP/PE
Av. Parnamirim, nº 295, 1º andar - Bairro Parnamirim, Recife/PE, CEP 52060-901
Site - www.saude.gov.br