

Saúde indígena no planejamento do SUS em Santa Catarina: análise quanti-qualitativa de planos municipais, regionais e estadual de saúde

Indigenous health in SUS planning in Santa Catarina: a quantitative–qualitative analysis of municipal, regional, and state health plans

Salud indígena en la planificación del SUS en Santa Catarina: análisis cuanti-cualitativo de los planes de salud municipales, regionales y estatal

Fernanda Aliano Baldessar¹

Mariana da Costa Schorn²

Marina Gasino Jacobs³

Liliane Kelen Miguel⁴

Stella Lemke⁵

Angela Ross⁶

²Ministério da Saúde

³Ministério da Saúde

⁴Ministério da Saúde

⁵Ministério da Saúde

RESUMO

O estudo buscou identificar a presença de menções e analisar como a população indígena é incorporada nos instrumentos de planejamento do SUS em Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa baseada na análise documental e de conteúdo de 19 Planos Municipais de Saúde (PMS) 2022–2025 de municípios com aldeias indígenas, do Plano Estadual de Saúde (PES) 2024–2027 e de seis Planos Regionais das Macrorregiões (PRMS) onde vivem povos indígenas aldeados. Foram buscados termos relacionados à temática indígena, categorizadas as formas de menção e avaliada a coerência entre a Análise de Situação de Saúde (ASIS) e as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI). Oito PMS, cinco PRMS e o PES apresentaram referências à população indígena, agrupadas em categorias como acesso ao cuidado integral com equidade, situação epidemiológica e situação sociodemográfica. As menções foram pontuais e predominantemente genéricas, com pouca consideração às especificidades culturais, sociais e territoriais dos povos indígenas. Identificaram-se lacunas no uso de dados epidemiológicos e demográficos desagregados, além de frágil articulação entre ASIS e DOMI. Apenas uma menção à participação indígena nos processos de planejamento foi encontrada. Conclui-se que, na maioria dos casos, os instrumentos analisados não contemplam adequadamente as especificidades dos povos indígenas aldeados nem as adaptações necessárias para garantir atenção integral e equânime a essa população, reforçando a necessidade de que sejam identificadas desigualdades, reconhecidas vulnerabilizações produzidas socialmente e orientadas políticas coerentes com os princípios de equidade e universalidade do SUS.

Palavras-chave: Saúde Indígena. Planejamento em Saúde. Equidade em Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to identify the presence of references and analyze how the Indigenous population is incorporated into SUS planning instruments in Santa Catarina. It is a quantitative–qualitative study based on document and content analysis of 19 Municipal Health Plans (MHPs) 2022–2025 from municipalities with Indigenous villages, the State Health Plan (SHP) 2024–2027, and six Regional Plans (RHPs) from macro-regions where village-based Indigenous peoples live. Terms related to Indigenous issues were searched, mentions were categorized, and coherence was assessed between the Health Situation Analysis (ASIS) and the Guidelines, Objectives, Goals, and Indicators (DOMI). Eight MHPs, five RHPs, and the SHP included references to the Indigenous population, grouped into access to comprehensive and equitable care, epidemiological situation, and sociodemographic situation. The mentions were occasional and mostly generic, with limited consideration of the cultural, social, and territorial specificities of Indigenous peoples. Gaps were identified in the use of disaggregated epidemiological and demographic data, and the articulation between ASIS and DOMI was weak. Only one reference to Indigenous participation in planning processes was found. Overall, the analyzed instruments do not adequately address the specificities of village-based Indigenous peoples or the adaptations necessary to ensure comprehensive and equitable care, highlighting the need to identify inequalities, recognize socially produced vulnerabilities, and guide policies consistent with SUS principles of equity and universality.

Keywords: Indigenous Health. Health Planning. Health Equity.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar la presencia de menciones y analizar cómo la población indígena es incorporada en los instrumentos de planificación del SUS en Santa Catarina. Se trata de una investigación cuanti-cualitativa basada en el análisis documental y de contenido de 19 Planes Municipales de Salud (PMS) 2022–2025 de municipios con aldeas indígenas, del Plan Estatal de Salud (PES) 2024–2027 y de seis Planes Regionales (PRMS) de macrorregiones donde habitan pueblos indígenas aldeados. Se buscaron términos relacionados con la temática indígena, se categorizó la forma de las menciones y se evaluó la coherencia entre el Análisis de Situación de Salud (ASIS) y las Directrices, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI). Ocho PMS, cinco PRMS y el PES incluyeron referencias a la población indígena, agrupadas en acceso a la atención integral con equidad, situación epidemiológica y situación sociodemográfica. Las menciones fueron puntuales y mayoritariamente genéricas, con escasa consideración de las especificidades culturales, sociales y territoriales de los pueblos indígenas. Se identificaron vacíos en el uso de datos epidemiológicos y demográficos desagregados, así como una débil articulación entre ASIS y DOMI. Solo se encontró una mención a la participación indígena en los procesos de planificación. En conjunto, los instrumentos analizados no contemplan adecuadamente las especificidades de los pueblos indígenas aldeados ni las adaptaciones necesarias para garantizar atención integral y equitativa, lo que evidencia la necesidad de identificar desigualdades, reconocer vulnerabilidades socialmente producidas y orientar políticas coherentes con los principios de equidad y universalidad del SUS.

Palabras-clave: Salud indígena. Planificación en salud. Equidad en salud.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 garante a saúde como direito de todos, sendo responsabilidade do Estado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) ¹. Considerando as especificidades sociais, culturais, geográficas, históricas e políticas dos povos indígenas aldeados, foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), componente do SUS, instituído pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), aprovada pela Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002, a qual visa garantir o acesso integral à saúde.

O SasiSUS atua com atenção diferenciada em contextos interculturais, respeitando as práticas de cada povo. É organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que contam com uma rede hierarquizada de serviços para a atenção primária dentro das terras indígenas. O sistema é gerido pelo governo federal e busca ações adaptadas às realidades locais nas terras indígenas, garantindo a referência para o acesso às estruturas assistenciais de maior complexidade na rede de serviços já existentes, sob gestão do estado ou município ².

Sendo o SasiSUS responsável pela atenção primária nas aldeias, os municípios atuam como porta de entrada para o SUS como um todo, intermediando o acesso à atenção especializada. Assim, a gestão municipal do SUS tem papel fundamental na atenção adequada aos seus munícipes indígenas, inclusive os aldeados.

Em Santa Catarina, o último Censo Demográfico registrou 21.773 habitantes indígenas ³. De acordo com a Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde ⁴, em junho de 2025 eram 12.544 indígenas aldeados no estado. Essa população está distribuída em seis das oito Macrorregiões de Saúde do Estado. Ao todo, 19 municípios possuem aldeias indígenas em seus territórios (quadro 1), sendo 60 aldeias em 23 terras indígenas ⁴. A estrutura de atendimento à população indígena aldeada em Santa Catarina está organizada em 6 polos base, 15 unidades básicas de saúde indígena (UBSI) e uma unidade móvel odontológica, vinculadas ao Distrito Sanitário Indígena - Interior Sul ⁵.

Quadro 1 – Distribuição da população indígena aldeada no território catarinense, junho de 2025.

Macrorregião de saúde	Município	Nº de aldeias por município^a	Nº de habitantes indígenas aldeados^a	Nº de habitantes no município^b
Grande Oeste	Abelardo Luz	01	359	17.392
	Entre Rios	05	1408	3.402
	Iguaçu	12	4893	7.501
	Chapecó	03	1537	254.785
Meio Oeste	Seara	01	82	18.620
Planalto Norte e Nordeste	Mafra	01	82	55.286
	Porto União	01	9	32.970
	Araquari	09	393	45.283
	Barra do Sul	01	79	14.912
	Garuva	01	39	18.545
	Joinville	01	17	616.317
	São Francisco do Sul	02	201	52.674
Vale do Itajaí	José Boiteux	07	1829	5.985
	Vitor Meireles	02	528	5.693
Grande Florianópolis	Canelinha	01	34	12.821
	Major Gercino	01	138	3.214
	Palhoça	05	343	222.598
	Biguaçu	05	364	76.773
Sul	Imaruí	01	209	11.881

Fonte: aSESAI, 2025 e bCenso IBGE, 2022.

À luz das responsabilidades atribuídas às diferentes esferas do SUS, torna-se essencial compreender como o planejamento em saúde incorpora as necessidades específicas desses povos.

No SUS, o planejamento é ascendente e uma atribuição da gestão. Os Planos de Saúde são instrumentos de planejamento elaborados pela gestão correspondente, a qual deve considerar neste processo as diretrizes para a gestão da saúde elaboradas pelo Conselho

Municipal de Saúde. Os Planos têm como base a análise da situação de saúde, identificando problemas prioritários e estabelecendo diretrizes, objetivos e metas para um período de quatro anos ⁶, contemplando grupos vulneráveis, como as populações indígenas.

No âmbito da regionalização, o Planejamento Regional Integrado (PRI) constitui um processo de articulação entre os três entes federados, voltado à pactuação regional de ações e serviços de saúde, visando à organização integrada da rede de atenção no território ⁷.

Nesse sentido, o processo de planejamento tem como finalidade orientar a implantação, o monitoramento e a avaliação contínua das ações de saúde nos três níveis de gestão, garantindo o atendimento aos princípios do SUS ⁶. Entre os princípios, destaca-se a “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” ⁸. Assim, para a garantia de cuidado à saúde da população indígena, é fundamental que sejam reconhecidas as suas diferenças e necessidades específicas.

Ante o exposto, o objeto do estudo foi identificar a presença de menção às populações indígenas e categorizar essas menções nos planos municipais, macrorregionais e estadual de saúde em Santa Catarina.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa de análise documental, realizada a partir da técnica de análise de conteúdo ⁹. As fontes primárias foram: os 19 planos municipais de saúde do ciclo 2022-2025 dos municípios catarinenses com aldeias indígenas, o Plano Estadual de Saúde (PES) de Santa Catarina do ciclo 2024-2027, e os seis Planos Regionais das Macrorregiões de Saúde (PRMS) que abrangem territórios com aldeias indígenas. Os PMS e o PES foram obtidos no sistema DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento (DGMP), plataforma oficial destinada ao registro, acompanhamento e gestão dos instrumentos de planejamento em saúde ¹⁰. Os PRMS foram acessados no sítio eletrônico da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC). Todos os documentos foram acessados em junho de 2025.

Procedeu-se a leitura integral dos documentos. Essa análise buscou menções à população indígena, considerando-se os termos-chave: indígena(s), parda(s), pardo(s), aldeia(s), raça(s), etnia, aldeado(s), aldeada(s), Portaria GM/MS nº 254/2002.

A análise de conteúdo seguiu o seguinte percurso metodológico: 1) realização de pré-análise, com leitura dos trechos encontrados e elaboração das categorias analíticas; 2) exploração do material, por meio da leitura dos planos e sistematização das menções por

categorias analíticas e seleção de trechos que serviriam à construção analítica; 3) tratamento dos dados, pela construção da análise descritiva e reflexiva acerca dos achados ⁹.

Para a construção da análise descritiva e reflexiva, considerou-se os aspectos abordados, reunindo-os em categorias analíticas, o que possibilitou a análise dos conjuntos de menções. Observou-se as seções dos planos em que a população indígena foi mencionada e a relação entre o conteúdo da ASIS e as DOMI referentes a esse grupo populacional.

Devido à exclusiva utilização de dados públicos e abertos, este estudo prescinde de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução CNS nº 674 de 2022 ¹¹.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Houve menção específica à população indígena em oito dos 19 PMS de municípios com aldeias: Chapecó, Entre Rios, Garuva, Palhoça, Major Gercino, José Boiteux, Ipuacu, Araquari. Menções também estão presentes no PES e em cinco dos seis PRMS de Macrorregiões com aldeias.

As categorias analíticas utilizadas foram: “Acesso ao cuidado integral em saúde com equidade”, “Situação epidemiológica” e “Situação sociodemográfica”.

O “Acesso ao cuidado integral em saúde com equidade” esteve presente em sete dos 19 PMS e no PES; pontos referentes à “Situação epidemiológica” dos indígenas do território foram objeto em três PMS e no PES; e questões relativas à “Situação sociodemográfica” foram elencadas em quatro PMS, no PES e em cinco PRMS das macrorregiões com população indígena aldeada.

Com relação às seções dos planos em que as menções aparecem, observou-se que todos os oito PMS com menção à população indígena tinham alguma diretriz, objetivo ou meta tratando do grupo, ainda que apenas seis deles tenham feito alguma menção à população indígena na ASIS. Ressalva-se que as menções na ASIS não abordaram necessariamente os problemas posteriormente tratados no DOMI. No PES as menções estão em ASIS e DOMI e nos PRMS apenas na ASIS.

As menções à população indígena nos planos são pontuais e há pouca interrelação entre o conteúdo apresentado nas ASIS e o que é apresentado no DOMI. Em análise qualitativa de uma amostra de PMS 2022-2025 do mesmo estado ¹², também foi identificada essa cisão nos planos, indicando a falta de ASIS realmente analíticas ou reflexivas que, assim, subsidiem de forma consistente a elaboração das DOMI.

As menções categorizadas como “Acesso ao cuidado integral em saúde com equidade” enfatizavam sobretudo os princípios que regem o SUS. Os planos de saúde analisados

referiram a garantia de acesso ao cuidado integral e equânime majoritariamente de forma genérica. Mesmo nos PMS que apresentavam menções, essas diziam pouco sobre o contexto real vivido nos territórios, não houve alusão a práticas culturais indígenas ou a barreiras linguísticas. Ainda assim, a importância de se reconhecer as particularidades culturais, sociais, geográficas e históricas de cada povo indígena foi assinalada em mais de um plano de saúde. A importância, assim, é reconhecida, mas tais particularidades não são explicitadas. Essas menções amplas podem ser exemplificadas por meta apresentada no PMS de Major Gercino:

Implantar e promover equidade em saúde de grupos em condições de vulnerabilidade, com adição de mecanismos gerenciais e de planejamento, com ênfase para a população negra e LGBT, ciganos e população indígena; promover saúde integral nessa população, priorizando a redução de discriminação e das desigualdades étnico-raciais nas instituições e serviços de saúde municipais e do SUS

Ainda considerando o cuidado, o PMS de Palhoça traz em sua ASIS as propostas da Conferência Municipal de Saúde, nas quais se menciona “Ampliar a capacitação dos profissionais por meio da educação continuada, focando na acessibilidade e ao atendimento integral às minorias”, citando, em seguida, a “saúde da população indígena” entre essas minorias, ainda que não haja especificação sobre qual a necessidade de capacitação.

A integralidade é expressa a partir de apresentações de fluxos de usuários para além da atenção primária, como no PMS de Chapecó: “A população indígena é, também, referenciada para outros pontos de assistência especializada na rede no SUS, visando garantir a integralidade do cuidado”.

Considerando essa rede, vale indicar que, entre os 19 municípios catarinenses com população indígena, 11 são municípios com menos de 20.000 habitantes. Os municípios de menor porte populacional têm, em geral, maior necessidade de contratualização de serviços de média e alta complexidade em outros municípios ¹³. Neste sentido, a regionalização concebe a rede de saúde em sua realidade regional, visando a superação das necessidades que não chegam a ser atendidas integralmente pelo ente municipal, mas que são consideradas por este e pelo ente estadual em um processo de planejamento integrado ¹⁴. Sendo assim, a regionalização do sistema de saúde é um meio para obter acesso equitativo aos recursos necessários para a implementação da atenção à saúde ^{15,16}. O espaço de interlocução e pactuação entre gestores municipais e estadual é a região de saúde e a macrorregião, e o PRMS materializa esse entendimento comum a respeito da condução das políticas de saúde da região. Daí a necessidade de se realizar um Planejamento Regional Integrado que seja condizente e responsivo às questões de saúde de sua população e território.

Analisando os PRMS de macrorregiões com população indígena aldeada em seus territórios, contudo, não há menção específica de promoção de acesso integral e equitativo dessa população. Identificou-se, de forma mais ampla, em todos os PRMS um macroproblema que aponta para iniquidades de acesso e uma diretriz e um objetivo que abordam “pessoas em situação de vulnerabilidade”. Ainda que certamente a população indígena seja em grupo vulnerabilizado, a redação ampla não indica um olhar estratégico da gestão das macrorregiões para esse grupo específico.

Considerando a relevância de ter dados precisos para a formulação da política de saúde, na categoria “Situação epidemiológica” destaca-se que foi levantado no PES e em dois PMS a necessidade de ter informações específicas sobre a população indígena. No PES é apontada dificuldade de cadastramento da população indígena na Atenção Primária à Saúde de municípios, bem como de contabilização da produção assistencial, e até mesmo vazios referentes a outros sistemas do Ministério da Saúde, o que dificultaria o processo de planejamento.

As informações relacionadas à saúde indígena da população aldeada são oriundas do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). O SIASI é um sistema de informações para registro e processamento de dados demográficos e de saúde desta população, sendo uma ferramenta crucial para o SasiSUS. Ele visa fornecer informações para o planejamento, a execução e a avaliação das ações de saúde, contemplando a diversidade cultural e as especificidades dos povos indígenas, promovendo o direito a uma saúde integral e diferenciada ².

No PMS de Palhoça foi incluído como meta: “Estabelecer uma ferramenta de monitoramento de informações voltada para a população indígena do município” também remetendo à necessidade de ter dados consolidados sobre a população, e indicando certo esvaziamento de informações. Ainda no mesmo sentido, o município de Araquari incluiu entre suas metas: “Garantir que 95% das notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor esteja preenchido com a informação válida (PQAVS)”.

Para além da preocupação com a coleta e a qualidade das informações de saúde da população indígena, a violência interpessoal foi também objeto de detalhamento na categoria “Situação epidemiológica” no PES, que apresenta o montante de violência extrafamiliar/comunitária, explicitando que inclui indígenas, ainda que não apresente o dado estratificado referente ao grupo.

O município de Ipuacu, onde a população indígena aldeada representa 65% da população total do município, pontuou a alta incidência de gravidez em adolescentes,

especialmente indígenas. Este fato pode ser explicado pela associação entre violência, uniões precoces e desigualdades que incidem de forma desproporcional sobre meninas indígenas ¹⁷. Essa questão, bem como outros detalhes desse grupo vulnerabilizado, além da condução do acompanhamento das gestantes são fatores a serem analisados e pontuados na ASIS para melhor construção de DOMI que atendam a saúde da menina indígena.

A gravidez na adolescência é significativamente mais comum entre jovens indígenas no Brasil, que enfrentam menos acesso a cuidados pré-natais e são mais afetadas por questões culturais, violência sexual e abandono escolar. Ademais, o risco aumentado da gravidez na adolescência exige abordagens de saúde que respeitem a diversidade cultural indígena e combatam a violência ¹⁷. Para além das especificidades do cuidado às adolescentes, ressalta-se a necessidade de adequação dos serviços de atenção obstétrica e neonatal de referência de comunidades tradicionais para realizar adaptações culturais, como referentes a dieta e ao destino da placenta, com atenção a possíveis situações de violência obstétrica ¹⁸.

Ainda quanto ao perfil epidemiológico, o PMS de Ipuacu citou o alcoolismo, especialmente em indígenas, mencionando-o como relacionado ao contexto social, e à interação com o restante da sociedade não-indígena. O município previu em DOMI direcionamentos da política de saúde objetivando o cuidado especializado a esta população, em articulação com o atendimento ofertado no distrito sanitário indígena.

Esse contexto social, mencionado no PMS de Ipuacu, já aponta para a categoria seguinte: “Situação sociodemográfica”. Nessa, contudo, foram apresentados majoritariamente dados demográficos, seja simplesmente mencionando a população indígena entre seus habitantes (caso de Araquari) ou detalhando os montantes populacionais, como nos PRMS do Planalto Norte e Nordeste, Meio Oeste, e Grande Florianópolis, que apresentam sua população por raça/cor. Já o município de Entre Rios indica também etnias que compõem a população do município: Guaraní e Kaingang. No mesmo sentido, no PRMS do Vale do Itajaí é detalhada a distribuição da população indígena aldeada na região por etnia. Todos esses pontos são também trazidos no PES, que ainda menciona o total de terras indígenas, sua localização, e o quantitativo de população aldeada, comparando-o aos dados do Censo de 2010. A população por raça /cor e os territórios indígenas também são apresentados no PRMS do Grande Oeste.

O município de Ipuacu detalha em sua ASIS: "Ipuacu possui 21 comunidades localizadas na linha rural, sendo 08 localizadas dentro da Reserva Indígena Xapecó; e 14 localizadas fora da reserva indígena.", mas amplia a análise e indica a "Falta de renda familiar especialmente na reserva indígena", bem como aponta a Associação Indígena entre as

organizações sociais do município. Por sua vez, Major Gercino elenca uma escola indígena entre suas instituições de ensino.

Ainda que os aspectos demográficos gerais sejam essenciais para a construção de estratégias de ação no planejamento em saúde, é necessário que sejam conhecidos mais elementos do contexto de vida das pessoas e discutidos como se entrelaçam às condições de saúde para subsidiar tais estratégias.

Partindo do conceito ampliado de saúde — que compreende a saúde como resultado das condições socioambientais, econômicas, culturais e de acesso ao lazer ¹⁹ —, compreende-se que a saúde ultrapassa o bem-estar físico e mental, abrangendo também as práticas sociais. No caso dos povos indígenas, a relação com o território e a preservação de sua cultura têm impacto direto e significativo em suas condições de saúde. Assim, saúde é considerada um direito garantido mediante políticas sociais e econômicas que atuam sobre condições de vida e de acesso a serviços de qualidade ¹.

A interação da natureza biológica, social, econômica, política e cultural ampliam ou reduzem o risco ou a proteção do indivíduo frente a uma determinada doença, risco ou dano ²⁰. Nesse sentido, Garrafa e Porto ²¹ entendem a vulnerabilidade como produto de contextos sociais desiguais, logo, a vulnerabilização é produzida socialmente quando pessoas são sistematicamente colocadas em situações de risco, exclusão ou exploração.

A população indígena está em situação de vulnerabilidade pela diferença cultural, social e de valores que incidem em suas possibilidades de vida e de saúde ². Palma e Mattos ²² consideram que existe vulnerabilidade quando ocorre entre outras situações: perigo, falta de acesso a serviços e/ou informações e falta de autoconfiança. Em função do reconhecimento do efeito externo que produz a vulnerabilização, se faz essencial a discussão do contexto de vida dessas pessoas, ao serem criadas estratégias para a melhoria da situação de saúde em determinada localidade.

Recursos como a apresentação do conjunto de dados da ASIS de forma desagregada, ou seja, com o detalhamento do dado com relação a gênero, raça/cor, renda, faixa etária etc., bem como a discussão de índices compostos, que relacionam diferentes dados, são apontados como favorecedores de uma abordagem mais sensíveis às questões de saúde das populações vulnerabilizadas ²³. A percepção das características particulares no tocante à saúde de grupos populacionais favorece que seja dirigida atenção especial às populações em situação de vulnerabilidade.

Ponderando-se sobre a necessidade de se ampliar o debate sobre as questões de saúde do território, tem-se que a falta de participação de pessoas heterogêneas na elaboração dos

planos de saúde repercute na fragilização da abordagem intersetorial dos dados, das informações e das proposições do plano de saúde. A presente análise não encontrou informações acerca da participação de pessoas indígenas na elaboração dos planos, exceto por uma menção no PMS de Palhoça a uma diretriz proposta em Conferência Municipal de Saúde acerca da saúde indígena. Esse registro sugere a possível participação de pessoas indígenas na Conferência ou, ao menos, de participantes sensibilizados para as questões de saúde dessa população neste importante espaço do controle social do SUS. A participação de representantes de diversos grupos sociais é de grande relevância no processo de elaboração dos planos de saúde. Shimizu *et al.*²⁴ defendem a participação do controle social na construção do SUS regional, corroborando com o princípio da participação social no SUS. Os autores asseveraram sobre a importância de seu conhecimento e vivência do SUS a partir da experiência enquanto usuários, o que o tornaria indispensável à apreensão crítica de suas questões.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que tenha êxito no cumprimento de sua função de ser retaguarda e referência ao SasiSUS, é primordial que a estrutura e a organização do SUS considerem as características e necessidades de saúde dos povos indígenas aldeados. Conclui-se que os instrumentos de planejamento em saúde devem incluir estratégias específicas voltadas para a população indígena, especialmente nos territórios onde há presença de aldeias indígenas, promovendo, assim, uma atenção integral e condizente com os princípios da equidade e universalidade do SUS.

Os dados obtidos nos planos analisados sugerem um possível vazio no cuidado e na promoção da atenção integral a essa população. O planejamento orienta as políticas públicas, a alocação de recursos e a definição de prioridades. Logo, a ausência de menção à população indígena nos planos, dificulta o reconhecimento de suas necessidades e compromete a eficiência e a equidade das ações de saúde.

O início do processo de planejamento ocorre pelo levantamento de dados populacionais e de saúde, e pela explicação desses dados a partir de seu contexto. Com a construção deste conhecimento sobre a situação de saúde, a ser discutida com a própria população, torna-se possível projetar uma atenção que respeite as diferenças e que as considere na tríade saúde-doença-atenção.

O planejamento pode e deve incluir a alteridade, como um gesto de moldar a sociedade – que é de todos - às particularidades de todos os grupos sociais. A apreensão

cuidadosa de modos de viver, permite que seja forjado diálogo entre diferentes formas de estar no mundo e de produzir seu cuidado. A partir dele, a ação intencionalmente programada favorecedora de tais modos de vida e de cuidado pode ser viável.

A vulnerabilidade não é intrínseca ao indivíduo ou ao grupo. Desta forma, admite-se que existem modos de a sociedade se organizar – incluído o setor saúde – que vão dirimir ou extinguir a vulnerabilidade destes indivíduos ou grupos. A acessibilidade é ponto chave para se pensar nas formas possíveis de a sociedade se modelar para incluir todos. Essa forma de conceber a inclusão social outorga a todos a incumbência de tornar viável a convivência, ao passo que respeita e valoriza as diferenças.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde; 2002. 40 p.
3. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. População Indígena – SESAI (painel de informações) [Internet]. 2025. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/sesai_pop_indigena/sesai_pop_indigena.html
5. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. 2025. Disponível em: https://cnes2.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=00394544004687&VEstado=42&VNome=DISTRITO%20SANITARIO%20ESPECIAL%20INTERIOR%20SUL%20DES%20/%20ISUL
6. Brasil. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. Manual de planejamento no SUS. 1. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 138 p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução no 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado e Governança das Redes de Atenção à Saúde no SUS. 2017.
8. Brasil. Presidência da República. Lei 8080 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. 1990.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Persona; 1979.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. DigiSUS gestor: módulo planejamento: manual do usuário. Brasília: Ministério da Saúde; 2025. 90 p.
11. Brasil. Resolução nº 674, de 6 de maio de 2022. Dispõe sobre a tipificação da pesquisa e a tramitação dos protocolos de pesquisa no Sistema CEP/Conep. Diário Oficial da União 09 maio 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2022/resolucao-no-674.pdf>.

12. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria-Executiva Subsecretaria de Assuntos Administrativos Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Santa Catarina Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa. *Análise de Planos Municipais de Saúde (2022–2025): relatório*. Florianópolis: Ministério da Saúde; 2025.
13. Silva JFM da, Carvalho BG, Domingos CM. A governança e a relação público-privado no cotidiano das práticas em municípios de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva*. outubro de 2018;23(10):3179–88.
14. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Assistência de média e alta complexidade no SUS*. Brasília: CONASS; 2011.
15. Mello G, Demarzo M, Viana ALA. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2019;26(4):1139–50.
16. Coube M, Nikoloski Z, Mrejen M, Massiolos E. Inequalities in unmet need for health care services and medications in Brazil: a decomposition analysis. *The Lancet Regional Health – Americas*. 2023;19:e10042.
17. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA); Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para a Saúde (CIDACS/FIOCRUZ Bahia); Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. *Sem deixar ninguém para trás: gravidez, maternidade e violência sexual na adolescência*. Salvador: UNFPA; CIDACS/Fiocruz; ISC/UFBA; 2023.
18. Cinello C, Carvalho C, Kondo C, Delage D, Niy D, Werner L, et al. *Dossiê da violência obstétrica: “Parirás com dor”*. Brasília, DF: Senado Federal; 2012.
19. 8a Conferência Nacional de Saúde (Anais). Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. 430 p.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *HIV/Aids, hepatites e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
21. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. *Bioética*. 2003;11(1).
22. Palma A, Mattos UAO. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2001;8(3):565–78.
23. Quevedo ALA, Bagatini CLT, Bellini MIB, Machado RZ, Guaranha C. Determinantes e condicionantes sociais: formas de utilização nos planos nacional e estaduais de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2017;15(3):823–42.
24. Shimizu HE, Carvalho ALB de, Brêtas Júnior N, Capucci RR. Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021;26:3385–96.