



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

RISONEIDE OLIVEIRA SOUZA

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO VACINAL CONTRA A COVID-19 DOS POVOS
INDÍGENAS DO CEARÁ (2020 A 2023): PELO DIREITO DE (RE)EXISTIR**

FORTALEZA

2025

RISONEIDE OLIVEIRA SOUZA

AVALIAÇÃO DO PROCESSO VACINAL CONTRA A COVID-19 DOS POVOS
INDÍGENAS DO CEARÁ (2020 A 2023): PELO DIREITO DE (RE)EXISTIR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Avaliação de Políticas Públicas, como requisito para a obtenção do título de Mestra em Avaliação de Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Victoria Régia Arrais de Paiva.

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S235a Souza, Risoneide Oliveira.

Avaliação do processo vacinal contra a covid-19 dos povos indígenas do ceará (2020 a 2023) : Pelo direito de (re)existir / Risoneide Oliveira Souza. – 2026.
96 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2026.
Orientação: Profa. Dra. Victoria Régia Arrais de Paiva.

1. Pandemia de Covid-19. 2. Política de saúde. 3. Povos Indígenas. 4. Racismo estrutural. 5. Vacinação. I. Título.

CDD 320.6

RISONEIDE OLIVEIRA SOUZA

AVALIAÇÃO DO PROCESSO VACINAL CONTRA A COVID-19 DOS POVOS
INDÍGENAS DO CEARÁ (2020 A 2023): PELO DIREITO DE (RE)EXISTIR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas, como requisito para a obtenção do título de Mestra em Avaliação de Políticas Públicas.

Aprovada em: 23/07/2025.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Victoria Régia Arrais de Paiva (Orientadora)
Universidade Federal do Cariri (UFCA)

Prof. Dr. Geovani de Oliveira Tavares
Universidade Federal do Cariri (UFCA)

Profª. Dra. Milena Marcintha Alves Braz
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Ao meu pai, Raimundo Nonato (*in memoriam*) e à
minha querida avó, Terezinha Melquiades (*in
memoriam*), dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Victoria Régia Arrais de Paiva pelo conhecimento, paciência, e a condução da orientação.

Aos professores participantes da banca examinadora, Profa. Dra. Milena Marcintha Alves Braz e Prof. Dr. Geovani de Oliveira Tavares pelo tempo dedicado, pelas valiosas colaborações.

Ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) pelas informações prestadas.

Aos meus familiares, em especial à minha querida mãe, Auxiliadora; ao meu pai Raimundo Nonato (*in memoriam*), à minha irmã Risonaria e às minhas duas sobrinhas Gabriela e Maria por compreenderem os momentos de minha ausência. Obrigada pelo apoio constante ao longo da minha vida.

Quero agradecer à querida Mitchell Meira por todo seu companheirismo, por sua paciência, seu apoio e por estar ao meu lado em cada etapa dessa jornada.

Aos meus amigos e às minhas amigas: Andrea Souza, Lidiane Samara, Camila Paula, Hans Willegaignon, Martír Silva, Jaciara Carneiro, Elaene Rodrigues, Tibério Oliveira, Natalia Meira, Marjory Pessoa, Alfredo Pessoa e Antonio Neto, meu obrigada pelo apoio, pela solidariedade e por estarem sempre ao meu lado. Este trabalho também é fruto da força e do carinho que vocês me deram ao longo dessa trajetória.

Agradeço às minhas companheiras da Marcha Mundial das Mulheres (MMM), Conceição Dantas, Isolda Dantas e Adriana Vieira, em especial à Nalu Faria (*in memoriam*), por ensinarem que um outro mundo é possível.

À companheira, professora e ex-prefeita de Fortaleza, Luizianne de Oliveira Lins, por todos os momentos que tivemos de trocas e construção sobre políticas públicas e de aprendizagem na vida acadêmica.

Aos colegas da turma de mestrado, em especial à Cindy, Ianne e Sylva, pelas trocas e reflexões durante esse percurso.

Por fim, a cada povo indígena que tive o prazer de conhecer a história, agradeço pelo exemplo de persistência e de luta por seus direitos tão duramente conquistados e, muitas vezes, tão mal compreendidos pelo restante da sociedade.

“O futuro é ancestral e a humanidade precisa aprender com ele a pisar suavemente na terra”
(Krenak, 2022).

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo avaliar como ocorreu o acesso dos Povos Indígenas cearenses à cobertura vacinal contra a Covid-19 (2020 e 2023), evidenciando os efeitos das decisões institucionais sobre a garantia do direito à saúde e destacando a relevância da organização e resistência política desta população. Para tanto, foi adotada a perspectiva da avaliação em profundidade, conforme Rodrigues (2008). Este referencial avaliativo considera os seguintes eixos analíticos: análise do conteúdo e do contexto da política, sua trajetória institucional, temporalidade e territorialidade. Do ponto de vista metodológico, a pesquisa priorizou a abordagem qualitativa, desenvolvida com base na pesquisa documental e bibliográfica. A trajetória das políticas de saúde indígena no Brasil é iniciada com a Lei Arouca seguindo até a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, considerando a herança colonial e o racismo estrutural e institucional na efetivação das políticas existentes até os dias atuais, segundo Quijano (2005). Em seguida, apresenta-se uma análise epidemiológica de Covid-19 com ênfase nos Povos Indígenas do Ceará (incidência de casos, acesso à vacina e óbitos), e, por fim, uma análise das experiências e dos desafios vivenciados pela referida população no enfrentamento ao genocídio aprofundado pela pandemia de Covid-19. A pesquisa revela a importância da auto-organização indígena na articulação da garantia da vacina e das políticas públicas, bem como do protagonismo dos Povos Indígenas na luta contra a pandemia de Covid-19, mesmo enfrentando desinformações e desigualdades. A vacinação demonstrou um cenário positivo na redução de casos graves, hospitalizações e óbitos entre os Povos Indígenas do Ceará, no entanto, a análise também evidencia as vulnerabilidades estruturais e a reprodução da colonialidade do poder nas estruturas governamentais.

Palavras-chave: pandemia de Covid-19; política de saúde; Povos Indígenas; racismo estrutural; vacinação.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo evaluar cómo se produjo el acceso de los pueblos indígenas de Ceará a la cobertura vacunal contra la Covid-19 (2020 y 2023), poniendo de manifiesto los efectos de las decisiones institucionales sobre la garantía del derecho a la salud y destacando la relevancia de la organización y la resistencia política de esta población. Para ello, se adoptó la perspectiva de la evaluación en profundidad, según Rodrigues (2008). Este marco evaluativo considera los siguientes ejes analíticos: análisis del contenido y el contexto de la política, su trayectoria institucional, temporalidad y territorialidad. Desde el punto de vista metodológico, la investigación priorizó el enfoque cualitativo, desarrollado a partir de la investigación documental y bibliográfica. La trayectoria de las políticas de salud indígena en Brasil se inicia con la Ley Arouca y continúa hasta la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas, teniendo en cuenta la herencia colonial y el racismo estructural e institucional en la aplicación de las políticas existentes hasta la actualidad, según Quijano (2005). A continuación, se presenta un análisis epidemiológico de la Covid-19 con énfasis en los pueblos indígenas de Ceará (incidencia de casos, acceso a la vacuna y muertes) y, por último, un análisis de las experiencias y los retos vividos por dicha población al enfrentarse al genocidio agravado por la pandemia de Covid-19. La investigación revela la importancia de la autoorganización indígena en la articulación de la garantía de la vacuna y las políticas públicas, así como el protagonismo de los pueblos indígenas en la lucha contra la pandemia de Covid-19, incluso enfrentando la desinformación y las desigualdades. La vacunación ha demostrado ser positiva en la reducción de casos graves, hospitalizaciones y muertes entre los pueblos indígenas de Ceará; sin embargo, el análisis también pone de manifiesto las vulnerabilidades estructurales y la reproducción de la colonialidad del poder en las estructuras gubernamentales.

Palabras clave: pandemia de Covid-19; política sanitaria; Pueblos Indígenas; racismo estructural; vacunación.

ABSTRACT

This research aims to evaluate how indigenous peoples in Ceará accessed vaccination coverage against Covid-19 (2020 and 2023), highlighting the effects of institutional decisions on guaranteeing the right to health and emphasizing the relevance of this population's political organization and resistance. To this end, an in-depth evaluation perspective was adopted, according to Rodrigues (2008). This evaluative framework considers the following analytical axes: analysis of the content and context of the policy, its institutional trajectory, temporality, and territoriality. From a methodological point of view, the research prioritized a qualitative approach, developed based on documentary and bibliographic research. The trajectory of indigenous health policies in Brazil began with the Arouca Law and continued with the National Policy for Health Care for Indigenous Peoples, considering the colonial heritage and structural and institutional racism in the implementation of existing policies to the present day, according to Quijano (2005). Next, an epidemiological analysis of Covid-19 is presented, with an emphasis on the indigenous peoples of Ceará (incidence of cases, access to vaccines, and deaths), and finally, an analysis of the experiences and challenges faced by this population in confronting the genocide deepened by the Covid-19 pandemic. The research reveals the importance of indigenous self-organization in coordinating vaccine guarantees and public policies, as well as the leading role of indigenous peoples in the fight against the Covid-19 pandemic, even in the face of misinformation and inequalities. Vaccination has shown positive results in reducing severe cases, hospitalizations, and deaths among indigenous peoples in Ceará. However, the analysis also highlights structural vulnerabilities and the reproduction of colonial power in government structures.

Keywords: Covid-19 pandemic; health policy; Indigenous Peoples; structural racism; vaccination.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Pessoas indígenas no Brasil por Unidade Federativa..... | 29 |
| Figura 2 – Distribuição territorial dos 34 Distritos Sanitários de Saúde Indígena no Brasil .. | 49 |
| Figura 3 – Povos Indígenas do Ceará diretamente atingidos pela Covid-19 | 58 |
| Figura 4 – Povos Indígenas atingidos diretamente pela Covid-19 no Ceará até abril de 2020 | 59 |
| Figura 5 – Vinte etnias indígenas catalogadas no Estado do Ceará..... | 67 |
| Figura 6 – Esquema vacinal completo dos Povos Indígenas do Ceará (2021-2023)..... | 75 |
| Figura 7 – Mapa do território de abrangência do DSEI Ceará por polos-base..... | 79 |
| Figura 8 – Povo Tremembé da Barra do Mundaú cria barreira sanitária para impedir entrada de visitantes em aldeia..... | 81 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Sistematização da trajetória da Política Indigenista no Brasil | 38 |
| Quadro 2 – Marcos na política dos Povos Indígenas no Brasil (1910 a 1980) | 44 |
| Quadro 3 – Marcos na política dos Povos Indígenas no Brasil (1986 a 2016) | 52 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 – Indígenas mortos por Covid-19..... | 71 |
| Gráfico 2 – Cobertura Vacinal contra a Covid-19 na população indígena do Ceará (2021-2023)..... | 75 |
| Gráfico 3 – Cobertura Vacinal por UF de Residência | 76 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Comparativo de casos de indígenas mortos e contaminados por Covid-19 segundo o Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena e a SESAI (atualizado em 11/05/2020)..... | 57 |
| Tabela 2 – Número de casos de Síndrome Gripal (SG), Síndrome Respiratória Aguda Grave, casos confirmados de Covid-19 e óbitos, polos-base e municípios, DSEI Ceará (2020) | 60 |
| Tabela 3 – Número de casos de Síndrome Gripal (SG), Síndrome Respiratória Aguda Grave, casos confirmados de Covid-19 e óbitos, polos-base e municípios, DSEI Ceará (2021) | 63 |
| Tabela 4 – Número de casos de Síndrome Gripal (SG), Síndrome Respiratória Aguda Grave, casos confirmados de Covid-19 e óbitos, polos-base e municípios, DSEI Ceará (2022) | 64 |
| Tabela 5 – Número de casos de Síndrome Gripal (SG), Síndrome Respiratória Aguda Grave, casos confirmados de Covid-19 e óbitos, polos-base e municípios, DSEI Ceará (2023) | 65 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------------|--|
| ABRASCO | Associação Brasileira de Saúde Coletiva |
| ADPF | Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental |
| ANAÍ | Associação Nacional de Ação Indigenista |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| APIB | Articulação dos Povos Indígenas do Brasil |
| BID | Banco Interamericano de Desenvolvimento |
| BM | Banco Mundial |
| CCPY | Comissão pela Criação do Parque Yanomami |
| CE | Ceará |
| Cedi | Centro Ecumênico de Documentação e Informação |
| CF/88 | Constituição Federal de 1988 |
| CEPPIR | Coordenadoria Especial de Políticas Públicas de Promoção da Igualdade Racial |
| Cimi | Conselho Indigenista Missionário |
| CNPI | Conselho Nacional de Política Indigenista |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| Conab | Companhia Nacional de Abastecimento |
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| CONDISIs | Conselhos Distritais de Saúde Indígena |
| Covid-19 | coronavírus |
| CPI | Comissão Parlamentar de Inquérito |
| CPI | Comissão Pró-Índio |
| CPI-SP | Comissão Pró-Índio de São Paulo |
| DF | Distrito Federal |
| DSEI | Distrito Sanitário Especial Indígena |
| DSEI Ceará | Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará |
| DSEIs | Distritos Sanitários Especiais Indígenas |
| EPIs | Equipamentos de Proteção Individual |
| EVS | Equipes Volantes de Saúde |
| Funai | Fundação Nacional dos Povos Indígenas |
| IGBE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IPECE | Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará |

| | |
|----------|--|
| MAPP | Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas |
| MCD | Modernidade/Colonialidade/Decolonialidade |
| MMM | Marcha Mundial das Mulheres |
| nº. | Número |
| OKBR | Open Knowledge Brasil |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONGs | Organizações Não Governamentais |
| OPAN | Operação Amazônia Nativa |
| PNASPI | Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas |
| PNI | Programa Nacional de Imunizações |
| SASI | Subsistema de Atenção à Saúde Indígena |
| SasiSUS | Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde |
| SDS | Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social |
| Sesa | Secretaria da Saúde do Ceará |
| SESAI | Secretaria Especial de Saúde Indígena |
| SG | Síndrome Gripal |
| SP | Estado de São Paulo |
| SPI | Serviço de Proteção aos Índios |
| SPS | Secretaria da Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos |
| SRAG | Síndrome Respiratória Aguda Grave |
| STF | Supremo Tribunal Federal |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SUSA | Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas |
| UAE | Unidade de Atendimento Especial |
| UBSIs | Unidades Básicas de Saúde Indígena |
| UFC | Universidade Federal do Ceará |
| UFMS | Universidade Federal de Mato Grosso do Sul |
| UNI | União das Nações Indígenas |
| Unind | União Indígena |
| VIII CNS | VIII Conferência Nacional de Saúde |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 16 |
| 2 | A PERSPECTIVA AVALIATIVA E METODOLÓGICA DA PESQUISA | 22 |
| 2.1 | Epistemologia avaliativa..... | 22 |
| 2.2 | Fundamentos da Avaliação em Profundidade..... | 25 |
| 2.3 | Perspectiva metodológica: abordagem, levantamento e análise dos dados, lócus da pesquisa e procedimentos éticos..... | 26 |
| 2.4 | Lócus pessoal e político da pesquisa | 30 |
| 3 | TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: DA LEI AROUCA À POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS | 31 |
| 3.1 | Entre o extermínio e a tutela: a colonialidade da saúde indígena..... | 31 |
| 3.2 | O SUS e a criação da Política Nacional de atenção à Saúde Indígena (PNASPI) | 34 |
| 3.3 | O Racismo Estrutural na pandemia de Covid-19..... | 53 |
| 4 | ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA PANDEMIA DE COVID-19 NOS POVOS INDÍGENAS DO CEARÁ: INCIDÊNCIA DE CASOS, ACESSO À VACINA E ÓBITOS | 56 |
| 4.1 | Epidemiologia da Contagem | 56 |
| 4.2 | Covid-19 entre os Povos Indígenas no Ceará: Panorama Geral..... | 66 |
| 4.3 | Vacinação: a luta política | 73 |
| 5 | EXPERIÊNCIAS E DESAFIOS VIVENCIADOS PELOS POVOS INDÍGENAS CEARENSES NO ENFRENTAMENTO AO GENOCÍDIO APROFUNDADO PELA PANDEMIA DE COVID-19 | 78 |
| 5.1 | A política em disputa: entre o planejamento institucional e a realidade dos territórios | 78 |
| 5.2 | Racismo Institucional e Deslegitimação dos Saberes Indígenas | 84 |
| 5.3 | Contexto político e fragilidade das garantias legais | 85 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 87 |

| | |
|--------------------------|-----------|
| REFERÊNCIAS | 89 |
|--------------------------|-----------|

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto de pesquisa a política pública de vacinação contra a Covid-19 para a população indígena cearense, considerando o período de 2020 a 2023. Com a perspectiva da avaliação em profundidade (Rodrigues, 2008) e uma metodologia de pesquisa documental e bibliográfica, considera a legislação nacional e local, registros oficiais, matérias jornalísticas, relatórios institucionais e a literatura acadêmica para analisar como se deu o acesso dos Povos Indígenas cearenses à imunização no contexto da pandemia e suas implicações.

A pandemia de Covid-19, declarada em março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), escancarou as profundas desigualdades econômicas, políticas, sociais, étnico-raciais e territoriais estruturais da sociedade brasileira. Essas desigualdades, longe de serem produzidas apenas pela emergência sanitária, são heranças de um projeto colonial que conformou o Estado-nação brasileiro sob a expropriação, a subalternização e o epistemicídio dos Povos Indígenas e negros. Nesse contexto, o enfrentamento à pandemia evidenciou não apenas a fragilidade das políticas públicas, mas também a permanência de lógicas coloniais e racistas nas estruturas de atenção à saúde, especialmente no que se refere à população indígena.

No estado do Ceará foram registrados, pelo último Censo, a existência de 56.353 indígenas organizados que vivem em contexto urbano e rural (IGBE, 2022). Os efeitos da pandemia sobre esta população revelaram um quadro dramático de exclusão sanitária, precarização das condições de vida e negligência institucional. A política pública de vacinação contra a Covid-19, conduzida no marco do Sistema Único de Saúde (SUS), inicialmente, apresentou diretrizes que restringiram o acesso ao imunizante apenas a Povos Indígenas “aldeados”, reconhecidos oficialmente pela Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai), desconsiderando aqueles que vivem no espaço urbano.

Compreender os efeitos dessa política exige uma leitura crítica da formação social brasileira, cujos fundamentos se ancoram em um projeto de modernidade excludente, como analisado por autores como Florestan Fernandes (1978), Clóvis Moura (1988) e Lélia Gonzalez (1984), para os quais a sociedade brasileira foi estruturada sobre a negação da humanidade dos povos racializados. No caso dos Povos Indígenas, a permanência do colonialismo se expressa em práticas de invisibilização, assimilação forçada e negação de direitos fundamentais. Como afirmam Ailton Krenak (2019) e Eliane Potiguara (2005), o Brasil moderno se constituiu negando o protagonismo indígena e recusando seus modos de vida, saberes e cosmologias, ao mesmo tempo em que os instrumentaliza de forma exótica ou folclorizada.

Ao se debruçar sobre a política de vacinação contra a Covid-19 no Ceará, entre os anos de 2020 e 2023, esta pesquisa parte do reconhecimento de que os Povos Indígenas não são sujeitos passivos diante da omissão estatal. Ao contrário, são protagonistas de lutas históricas por direitos, territórios e reconhecimento, articulando saberes tradicionais, práticas comunitárias e estratégias de enfrentamento político que desafiam as estruturas coloniais ainda presentes nas instituições. A atuação da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) e das organizações locais durante a pandemia são expressões vivas da insurgência indígena frente à ausência de políticas públicas.

A pandemia de Covid-19 mostrou o aumento das desigualdades sociais e de saúde para todas as populações no Brasil e no mundo, com destaque para os Povos Indígenas, que são historicamente afetados devido à sua vulnerabilidade social. Tal fato evidencia a precariedade das estruturas de saúde pública e a necessidade urgente de pensar políticas mais inclusivas e eficazes na garantia de uma saúde digna para todas as pessoas, em particular aos segmentos marginalizados. No entanto, ao mesmo tempo, mostrou o quanto é importante ter o SUS para assegurar direitos e promover a qualidade de vida para os brasileiros.

Quando os Povos Indígenas foram incluídos na priorização do plano de imunização contra a Covid-19, os não aldeados – aqueles que moram fora dos territórios – não foram contemplados; apenas os residentes em territórios indígenas estavam incluídos nos grupos prioritários para imunização. Em protesto, a APIB lançou um texto intitulado “Manifesto pela Vida: Vacinação para todos os Povos Indígenas no Brasil!”, publicado no *site* da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil no início do ano de 2021, que relata o marco na auto-organização indígena na garantia dos direitos no período da pandemia, com destaque para a chegada da vacina, conforme trecho do documento:

A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil recebeu com muita satisfação a chegada da vacina contra Covid-19, pois ela é fruto do trabalho de muitas e muitos pesquisadores brasileiros e de outros países, e é hoje a principal arma de enfrentamento da pandemia, que tanto impactou os Povos Indígenas (n. p.).

Desta forma, o manifesto registra a importância da ciência para o não apagamento dos povos originários, tendo em vista o racismo estrutural contra os Povos Indígenas, que possui herança profunda da colonização, desde a supressão das suas crenças, subjetividades e sua cultura. Segundo conceito de Quijano (1997), a relação de dominação e exploração das colônias promoveu a política de hierarquia, na qual uma cultura está sob a outra. Neste sentido, Moura (1988) reforça o racismo estruturante como ponto central na manutenção da hierarquia racial e

das desigualdades no país, sendo fundamental para a reprodução sistemática de uma exploração que beneficia as elites.

Esta hierarquização a qual Quijano (1997) se refere são traços da colonização do poder que, de acordo com Cunha (2021), vêm a partir do ser e do saber não somente da Europa, mas também dos Estados Unidos ou qualquer lugar que deseje expandir os seus meios de dominação, a partir do ponto central de findar a hegemonia como uma cultura única. A raça, o gênero e o trabalho foram e continuam sendo as três linhas essenciais para a classificação social que pesam no empreendimento colonial. Compreender o processo da colonização leva a compreensão da descolonização epistemológica. Isso significa uma nova forma de pensar, livre da imposição de uma cosmovisão única, evitando conduzir para etnia particular. Nas palavras de Quijano (2016), o pensamento decolonial presume uma tarefa decolonial capaz de realizar “[...] libertação social de todo poder organizado que alimenta a desigualdade, a discriminação, a exploração e a dominação” (p. 70).

A proposta metodológica desta dissertação está ancorada em uma abordagem qualitativa, com base em análise documental e bibliográfica, utilizando registros oficiais, legislações, relatórios institucionais e materiais disponíveis publicamente para a análise da política de vacinação contra a Covid-19 entre os Povos Indígenas cearenses, no período de 2020 a 2023, pautada nas diretrizes das Resoluções nº. 466/2012 e nº. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que orientam a realização de estudos envolvendo seres humanos no Brasil. Esta pesquisa será conduzida em conformidade com os padrões éticos estabelecidos, pautando-se no respeito e na proteção dos direitos dos Povos Indígenas, com singular atenção à garantia da confidencialidade das informações.

Inicialmente, estava programada a realização de entrevistas com representantes indígenas e instituições envolvidas na política pública analisada. Porém, devido à ausência de retorno das instituições que facilitariam a mobilização nos territórios e às exigências da Resolução nº. 304/2000, que regula pesquisas com Povos Indígenas, optou-se por não realizar as entrevistas, considerando os prazos estabelecidos para a conclusão deste ciclo do Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP).

Esse encaminhamento visa preservar o critério ético da pesquisa, evitando qualquer forma de exposição ou coleta de dados sem o devido respaldo institucional. Realizar uma pesquisa, que tem como foco os Povos Indígenas, exige responsabilidade e sensibilidade

redobradas, sobretudo diante das múltiplas vulnerabilidades às quais esses sujeitos estão expostos, como barreiras culturais, históricas e socioeconômicas.

O interesse em pesquisar sobre políticas públicas direcionadas à população indígena surge a partir das experiências profissionais vivenciadas em 2021 na Coordenadoria Especial de Políticas Públicas de Promoção da Igualdade Racial da Secretaria da Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos (CEPPIR/SPS), e na Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa). Ambas atuaram de forma articulada na garantia da vacinação dos Povos Indígenas durante a pandemia de Covid-19, o que me permitiu um diálogo mais próximo com suas culturas, lutas e resistências. Esse percurso profissional se soma à consciência de pertencimento enquanto mulher negra e à participação nos movimentos sociais, como a Marcha Mundial das Mulheres, através do qual desenvolvo ações com base na interseccionalidade entre raça, gênero e classe social.

Nesse sentido, esta dissertação tem como objetivo geral avaliar como ocorreu o acesso dos Povos Indígenas cearenses à política pública de saúde, com foco na cobertura vacinal contra a Covid-19 (2020 e 2023), evidenciando os efeitos das decisões institucionais sobre a garantia do direito à saúde e destacando a relevância da organização e resistência política desta população.

O objetivo geral é avaliar como ocorreu o acesso dos Povos Indígenas cearenses à cobertura vacinal contra a Covid-19 (2020 e 2023), evidenciando os efeitos das decisões institucionais sobre a garantia do direito à saúde e destacando a relevância da organização e resistência política desta população. Os objetivos específicos são: 1) recompor a trajetória institucional da política de saúde indígena no Brasil, analisando o papel desempenhado pela referida população no planejamento e monitoramento da política pública de vacinação contra a Covid-19 no contexto cearense; 2) avaliar o acesso da população indígena à vacinação contra a Covid-19 no Ceará, com base nos dados epidemiológicos, mapeando a incidência de casos, vacinação e óbitos; e 3) investigar as experiências e os desafios vivenciados no processo de organização e resistência sociopolítica das comunidades indígenas cearenses na busca pelo direito à cobertura vacinal durante a pandemia.

Em um primeiro momento, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre os principais autores e autoras que trazem luz à pesquisa, movimentando categorias fundantes que a norteiam. Alguns desses autores são: Ribeiro (1982), Moura (1988), Andrade (2006), Santos (2008), Oliveira (2009), Nascimento (2016), Krenak (2019), entre outros. Outros materiais que

respaldam a fundamentação foram livros, dissertações, teses, análise de materiais institucionais, pesquisa documental que abranja o marco legal acerca da política de saúde e Povos Indígenas desde a sua fundação até os dias atuais, além de matérias de jornais, revistas e publicações veiculadas em fontes oficiais que abordam o objeto trabalhado e suas categorias.

Nesse contexto, a pesquisa foi conduzida por uma “avaliação em profundidade”, de acordo com Rodrigues (2008), ao mergulhar nas dimensões social, econômica, política e cultural que envolvem a temática. Além disso, realizamos uma análise institucional pautada nas relações de poder, interesses e valores que atravessam os processos de formulação e implementação da política pública da saúde indígena.

No tocante às metodologias de avaliação, parte-se do pressuposto de que “implica considerá-la como extensa, detalhada, densa, ampla e multidimensional, o que, por si só, coloca a multi e a interdisciplinaridade como condição primeira da tarefa de pesquisa” (Rodrigues, 2011, P.63)

Os eixos da avaliação em profundidade foram fundantes para estruturar os pressupostos da pesquisa, considerando que partem de quatro grandes núcleos de análise: conteúdo da política e/ou do programa, contemplando sua formulação, suas bases conceituais e sua coerência interna; sua trajetória institucional; seu espectro temporal e territorial, abarcados pela política ou programa e análise de contexto de formulação destes (Rodrigues, 2008).

Norteados por esses pressupostos, o trabalho está organizado em seis capítulos: 1) Introdução, em que apresentamos o contexto e os objetivos da pesquisa; 2) A perspectiva avaliativa e metodológica da pesquisa, que apresenta o percurso metodológico que orientou o trabalho, detalhando seu tipo e as categorias analíticas adotadas; 3) Trajetória das políticas de saúde indígena no Brasil: da Lei Arouca à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que aborda como os Povos Indígenas se organizaram no Brasil para a garantia de políticas públicas de saúde; 4) Análise epidemiológica da pandemia de Covid-19 nos Povos Indígenas do Ceará: incidência de casos, acesso à vacina e óbitos, que se propõe a analisar os dados epidemiológicos relacionando as evidências dos casos positivos e do número de óbitos por Covid-19 dos povos indígenas do Ceará; 5) Experiências e desafios vivenciados pelos Povos Indígenas cearenses no enfrentamento ao genocídio aprofundado pela pandemia de Covid-19, que realiza uma análise dos desafios enfrentados durante a cobertura vacinal contra a Covid-19 nos anos de 2020 a 2023 dos Povos Indígenas do Ceará, elaborando reflexão sobre a trajetória institucional do Plano Nacional de Imunização de Combate à Covid-19; 6) Considerações

finais, em que são apresentados os principais achados da pesquisa, destacando os limites da política pública analisada e os caminhos para a construção de um SUS efetivamente antirracista, intercultural e territorializado.

A partir de uma perspectiva interdisciplinar, esta dissertação pretende contribuir para o debate sobre políticas públicas e justiça social no Brasil, com ênfase na necessidade de descolonizar as práticas institucionais e construir políticas que reconheçam a diversidade, os saberes e os direitos dos povos originários como parte inalienável do pacto civilizatório democrático.

2 A PERSPECTIVA AVALIATIVA E METODOLÓGICA DA PESQUISA

A trajetória metodológica de uma pesquisa revela os caminhos percorridos no processo de elaboração do conhecimento (Elaene Rodrigues, 2011, p. 29).

O presente capítulo tem como objetivo apresentar o percurso metodológico e a perspectiva avaliativa adotada, com base no referencial da avaliação em profundidade Rodrigues (2008).

2.1 Epistemologia avaliativa

Autores como Gussi e Oliveira (2016) argumentam que o Estado desempenha papel de articulador dos interesses e das demandas dos diversos atores públicos, especialmente diante das transformações profundas na dinâmica sociopolítica e econômica, que impactam diretamente na formulação e na implementação das políticas públicas. Essas mudanças alteram as relações de poder, os atores envolvidos e as formas de participação social no processo decisório, exigindo do Estado uma constante adaptação para coordenar interesses variados e responder às demandas emergentes.

A dinâmica sociopolítica, especificamente, altera a configuração das redes de atores, incluindo movimentos sociais, partidos políticos, burocracias e entidades privadas, que interagem com o Estado. Essa interação pode ampliar ou restringir o acesso e a influência desses atores sobre as políticas públicas, dependendo do contexto político-institucional e da estrutura do Estado em determinado momento.

Mudanças na coalizão governamental, na composição dos atores políticos e na configuração dos subsistemas de políticas públicas também influenciam a continuidade e o sucesso das políticas. Por exemplo, quando membros de movimentos sociais ocupam posições estratégicas no governo, aumentam as possibilidades de acesso e influência, o que pode resultar em políticas mais inclusivas e sensíveis às demandas sociais. Portanto, a mudança na dinâmica sociopolítica exige do Estado uma atuação articuladora e adaptativa, que considere a complexidade das interações entre atores públicos e sociais para garantir a efetivação das políticas públicas e dos direitos fundamentais

Além disso, a heterogeneidade do Estado, seu legado institucional, o papel autônomo da burocracia e as regras eleitorais condicionam a capacidade do Estado de responder às pressões sociais e implementar inovações nas políticas. A permeabilidade do Estado a esses

atores sociais, ou seja, a existência de canais institucionais que permitam sua participação efetiva, é um fator decisivo para a efetividade das políticas públicas.

Nesse contexto, políticas públicas podem ser entendidas como um conjunto de ações integradas, originadas de autoridades políticas (gestores públicos), entidades privadas ou da sociedade civil, que visam atender demandas decorrentes da identificação de problemas públicos. Conforme Gonçalves (2008), as políticas públicas são instrumentos essenciais no combate à exclusão social. Por isso, os agentes responsáveis pela sua implementação necessitam de mecanismos e indicadores para coletar e analisar os resultados obtidos. Essa necessidade destaca a importância da avaliação das políticas públicas, cujos resultados orientam a tomada de decisões, influenciam investimentos ou cortes orçamentários e promovem a reformulação e realocação dos recursos aplicados.

Antes de introduzir o percurso da avaliação em profundidade proposta por esta pesquisa, é necessário situar o campo da avaliação de políticas públicas no Brasil, que é relativamente recente.

Historicamente, a avaliação era ligada a um paradigma técnico e instrumental, com forte influência das avaliações positivistas, baseando o sucesso de determinada política com base em critérios como eficiência, eficácia e efetividade. Nesse aspecto, a avaliação era entendida como um mecanismo neutro de mensuração de resultados, com centralidade nos indicadores quantitativos.

No Brasil, a avaliação das políticas públicas ganhou destaque no final da década de 1980, em um contexto marcado pela reforma do Estado e pela ascensão da agenda neoliberal na América Latina. Nesse cenário, a avaliação passou a ser incorporada como elemento constitutivo da gestão pública, impulsionada principalmente pelas exigências de organismos internacionais, como o Banco Mundial (BM) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), para a concessão de empréstimos. Embora ainda houvesse uma produção limitada de estudos sobre o tema, a dependência do país em relação a essas agências financiadoras levou à exigência de monitoramento e avaliação dos projetos financiados. Isso resultou na adoção de uma abordagem gerencialista e instrumental, voltada para a mensuração do êxito das reformas administrativas, em consonância com os princípios neoliberais (Gussi; Oliveira, 2015).

Para Gussi e Oliveira (2015), nos últimos dez anos, com a ampliação e o fortalecimento das políticas sociais promovidas pelo Estado brasileiro, a avaliação de políticas públicas passou

a ser problematizada em relação aos seus métodos, aos seus usos e às intencionalidades políticas que a orientam.

Para Lejano (2012), os modelos hegemônicos de avaliação costumam resumir as políticas públicas com um pensamento direcionado a mensuração do objeto. Isso dificulta o entendimento mais amplo, limita a participação de diversos personagens que fazem parte da política, comprometem a produção de subsídios relevantes para a tomada de decisões e o aperfeiçoamento das políticas.

A avaliação pós-construtivista, defendida por Lejano (2012), é pensada pela (inter)subjetividade adotando métodos mistos e etnográficos, de forma dialógica e participativa. Rompendo com a lógica colonial da avaliação hegemônica, utiliza a diversidade e a complexidade das experiências dos avaliados e promove uma avaliação que contribui para a melhoria das políticas públicas:

[...] entendid[a] como um modelo único e universal de avaliação, traz em si uma proposição epistemológica funcional e positivista, desconsiderando os sujeitos sociais envolvidos nas políticas, bem como os contextos sócio-políticos e culturais nacionais, regionais e locais onde essas políticas se realizam, e as contradições neles inerentes (Gussi, 2019, p. 174).

No período recente, o campo da avaliação de políticas públicas tem passado por transformações significativas, buscando superar a lógica tradicional centrada em modelos técnicos e instrumentais. Nesse processo, ganham destaque as abordagens contra-hegemônicas, que se apresentam como alternativas às práticas dominantes ao proporem avaliações mais amplas, críticas e participativas. Entre essas abordagens, a avaliação em profundidade se destaca por considerar não apenas os resultados da política, mas também seu conteúdo, o contexto de formulação, a trajetória institucional, bem como suas dimensões temporais e territoriais.

Diante dos diversos paradigmas que atravessam a natureza da avaliação (Cruz, 2019) – desde suas concepções até sua execução –, é fundamental compreender que, no processo avaliativo, tanto a pesquisa quanto o avaliador adotam um posicionamento político. Esse posicionamento é tensionado por pressupostos hegemônicos ou contra-hegemônicos e orientado pela epistemologia e metodologia adotadas no paradigma em questão (Gussi *et al.*, 2019).

Para Rodrigues (2008), diante desse contexto e das reflexões provocadas, surgiram diversas inquietações em torno da necessidade de uma abordagem avaliativa mais ampla e aprofundada, que se distanciasse dos modelos tradicionais. Ou seja, buscava-se uma avaliação

de políticas públicas capaz de elaborar respostas aos desafios impostos por fenômenos cada vez mais complexos.

2.2 Fundamentos da Avaliação em Profundidade

Esta pesquisa está ancorada na perspectiva da avaliação em profundidade, proposta por Lea Carvalho Rodrigues (2008), professora da Universidade Federal do Ceará (UFC), que fez parte da fundação do Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP) e concebe a avaliação como uma prática crítica, densa e multidimensional, contrapondo-se aos modelos positivistas que fragmentam o objeto analisado. A abordagem está fundamentada no reconhecimento da historicidade e da complexidade das políticas públicas, particularmente naquelas dirigidas a populações historicamente marginalizadas, como os Povos Indígenas.

A avaliação em profundidade se apresenta no sentido contrário das avaliações clássicas, buscando romper com os modelos hegemônicos de avaliação. Rodrigues (2008) propõe uma avaliação que vai além da descrição de metas e resultados e abarque os conflitos, as disputas e mediações que atravessam a formulação e a implementação das políticas. Considerando essas ideias, a política de vacinação contra a Covid-19 para os Povos Indígenas do Ceará é analisada a partir de quatro eixos:

1. Conteúdo da política:

Este eixo compreende a análise do conteúdo da política, investigando sua formulação, os fundamentos conceituais que a sustentam e sua coerência interna. A análise crítica do plano de vacinação revela tanto os limites do SUS em contemplar a diversidade étnica quanto a reprodução de lógicas assimilacionistas, ao priorizar apenas os indígenas “aldeados”. Isso permite problematizar o modelo biomédico dominante e o apagamento das epistemologias indígenas.

2. Contexto de formulação:

Este eixo demanda uma análise de conjuntura ampla – política, econômica, histórica e cultural – que permita compreender os interesses, conflitos e as forças sociais que incidiram sobre a construção da política. Esta foi concebida em meio a um contexto de necropolítica (Mbembe, 2011) e aprofundamento do racismo estrutural e institucional durante o governo Bolsonaro. Necropolítica é, na prática, o Estado exercendo poder soberano de decidir quem pode viver e quem deve morrer. A exclusão inicial dos indígenas urbanos revela uma política de “morte racializada”.

Nessa perspectiva, a própria política se organiza na gestão da morte de corpos racialmente marcados, tidos como descartáveis ou ameaçadores à ordem dominante. Assim, os indígenas urbanos não foram apenas negligenciados, eles foram intencionalmente posicionados à margem da proteção estatal. Isso fortalece o pensamento da necropolítica que foi estruturante na política indigenista deste período, definindo que as vidas indígenas são menos dignas de proteção.

3. Trajetória institucional:

Este eixo está relacionado à trajetória da política desde sua concepção normativa até sua implementação concreta, incorporando disputas jurídicas, pressões sociais e negociações institucionais. Desde a portaria inicial até as ações judiciais como Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº. 709, observa-se uma política instável, permeada por pressões do movimento indígena e decisões judiciais. Este percurso revela a fragilidade da institucionalidade indigenista no Brasil. Como destaca Rodrigues (2011), este eixo permite compreender os desvios, as resistências e reformulações que ocorrem no interior dos processos de formulação e execução das políticas.

4. Espectro temporal e territorial:

Por fim, este eixo analisa os deslocamentos da política no tempo e no espaço, considerando os condicionantes territoriais e contextuais que afetam sua realidade. A implementação da vacinação nos territórios varia amplamente, dependendo da capacidade de organização local, da presença de DSEIs e da articulação política das lideranças. Essa dimensão evidencia as desigualdades étnicas e a importância da territorialização das políticas. Essa dimensão dá indicativos a submissão das políticas públicas em relação a fatores externos e às forças políticas, assim como está ligado à territorialização como critério de equidade.

2.3 Perspectiva metodológica: abordagem, levantamento e análise dos dados, lócus da pesquisa e procedimentos éticos

A pesquisa adota uma abordagem qualitativa, documental e bibliográfica, fundamentada em Minayo (2017), Gil (2019) e Boccato (2006). A análise qualitativa permite captar as experiências vividas, os sentidos atribuídos pelos sujeitos e as contradições da política pública em contextos marcados por opressões interseccionais (raça-etnia, território, classe).

Ao realizar uma análise qualitativa, de acordo com Minayo (2017), é preciso tratar das singularidades, dos significados e da intensidade, aspecto crucial para uma pesquisa qualificada.

Para Gil (2019), o primeiro passo da pesquisa acadêmica começa com a pesquisa bibliográfica. Com um olhar mais analítico, Boccato (2006, p. 266) defende que:

Esse tipo de pesquisa trará subsídios para o conhecimento sobre o que foi pesquisado, como e sob que enfoque e/ou perspectivas foi tratado o assunto apresentado na literatura científica. Para tanto, é de suma importância que o pesquisador realize um planejamento sistemático do processo de pesquisa, compreendendo desde a definição temática, passando pela construção lógica do trabalho até a decisão da sua forma de comunicação e divulgação.

Nesta pesquisa bibliográfica foi realizada uma revisão da literatura dos principais estudos científicos já produzidos sobre o tema, incluindo uma variedade de fontes, como publicações diversas, livros, artigos, dissertações e teses, com base nas categorias relacionadas ao objeto de estudo, destacando-se os seguintes conceitos: Povos Indígenas e suas formas de organização, saúde indígena, racismo estrutural e institucional. Nas leituras realizadas dialogamos com seguintes autores: Ribeiro (1982), Moura (1988), Andrade (2006), Santos (2008), Oliveira (2009), Nascimento (2016), Krenak (2019), Magalhães (2021), Welper (2021), Gussi e Oliveira (2015), Selau (2021), Athila (2021), Machado e Garnelo (2021) e Barroso (2021).

A pesquisa documental foi direcionada aos marcos legais e institucionais em diferentes esferas (municipal, estadual e federal), com o objetivo de compreender os referenciais normativos e operacionais que delinearão a política de vacinação contra a Covid-19 destinada aos Povos Indígenas. Essa etapa envolveu a consulta a registros de jornais (local e nacional), assim como a coleta de dados e documentos nos portais oficiais de órgãos públicos, como a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa), a Secretaria dos Povos Indígenas do Estado do Ceará (SEPINCE), o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), além de mapas temáticos que abordam o objeto pesquisado e suas principais categorias analíticas.

A metodologia documental constituiu-se, especificamente:

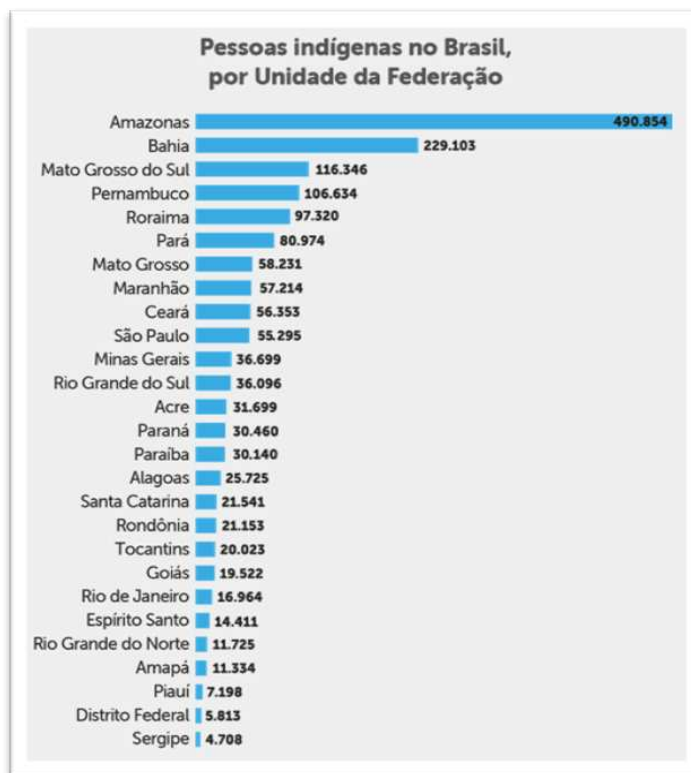
- Leitura e análise de legislações e normativas relacionadas à política de saúde indígena no Brasil, com foco nas ações emergenciais adotadas durante a pandemia de Covid-19;

- Documentos, notas técnicas, relatórios e materiais produzidos pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) e outras organizações indígenas;
- Dados secundários extraídos de bases oficiais, como os disponibilizados pelo IBGE, pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), pela Sesa e pelo Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará (DSEI Ceará).

Essa análise documental teve como interesse subsidiar a compreensão crítica do contexto político-institucional e dos mecanismos de gerenciamento da política vacinal, buscando evidenciar tanto os avanços quanto as omissões e contradições no tratamento das demandas específicas dos Povos Indígenas cearenses durante a pandemia de Covid-19.

A pesquisa jornalística foi realizada com recorte temporal, considerando as palavras-chaves: “pandemia de Covid-19”, “cobertura vacinal”, “Povos Indígenas” e “Ceará”, em jornais do Brasil. Resultado: 36 matérias jornalísticas. Isso possibilitou um desenho do cenário dos desafios da pandemia em contextos indígenas específicos do estado.

No que diz respeito ao lócus desta pesquisa, o enfoque está nos Povos Indígenas do estado do Ceará. De acordo com o Censo Demográfico do IBGE de 2022, o Brasil tem 1.693.535 pessoas indígenas, o que corresponde a 0,83% da população total do país. O Estado do Ceará ocupa a 9ª colocação (Figura 1) com maior número de povos de origem reconhecidamente indígena, registrando 56.353 indígenas e representa 0,64% de toda a população residente no Estado, registrando quase um triplo do número comparado do Censo registrado em 2010, quando 20.697 pessoas se autodeclararam indígenas no Estado.

Figura 1 – Pessoas indígenas no Brasil por Unidade Federativa

Fonte: IBGE – Censo (2022).

Segundo Marta Antunes (2023), responsável pelo projeto de Povos e Comunidades Tradicionais do IBGE, o aumento do número de indígenas é explicado principalmente devido às mudanças metodológicas realizadas para melhorar a captação dessa população (IBGE):

Só com os dados por sexo, idade e etnia e os quesitos de mortalidade, fecundidade e migração será possível compreender melhor a dimensão demográfica do aumento do total de pessoas indígenas entre 2010 e 2022, nos diferentes recortes. Além disso, existe o fato de termos ampliado a pergunta ‘você se considera indígena?’ para fora das terras indígenas. Em 2010, vimos que 15,3% da população que respondeu dentro das Terras Indígenas que era indígena vieram por esse quesito de declaração (n. p.).

Esse crescimento expressivo indica o ajuste metodológico na execução do Censo e aponta um processo de fortalecimento na auto-organização e no autorreconhecimento dos Povos Indígenas cearenses.

No Ceará esse movimento se destaca por seu simbolismo e sua relevância histórica singular, considerando que o próprio nome do Estado tem origem no tupi – “ciará” ou “siará”, que significa “canto da jandaia” –, remetendo à uma presença ancestral e à resistência cultural dos povos originários no território. Com isso, os dados demográficos atualizados reforçam a

necessidade de políticas públicas voltadas à diversidade desses povos, pensando desde a garantia de saúde ao asseguramento de terras demarcadas.

Vale ressaltar que a pesquisa foi planejada com base nos preceitos éticos da Resolução nº. 466/2012 e nº. 510/2016 do CNS, considerando as especificidades dos Povos Indígenas e as diretrizes da Resolução nº. 304/2000. Foi submetida à Plataforma Brasil e, inicialmente, previa a realização de entrevistas com representantes indígenas e instituições relacionadas à política pública analisada.

No entanto, em virtude das exigências da Resolução nº. 304, de 2000 – que regulamenta pesquisas com Povos Indígenas –, tornou-se necessário obter autorizações formais de cada território a ser visitado para a realização das entrevistas. Diante disso, foram feitos contatos com os territórios, mas, considerando o tempo necessário para a conclusão do mestrado, a ausência de retorno das instituições responsáveis por facilitar a mobilização local conduziu à decisão de não realizar as entrevistas previstas. Em substituição, foi realizada uma análise aprofundada de fontes primárias e secundárias.

2.4 Lócus pessoal e político da pesquisa

Esta pesquisa é atravessada por uma experiência profissional e política situada, desde quando trabalhei na Coordenadoria Especial de Políticas Públicas de Promoção da Igualdade Racial (CEPPIR) ligada à Secretaria da Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos (SPS) e na Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa) durante o período da pandemia de Covid-19. Com isso vivenciei os limites e as possibilidades da política indigenista em tempo real, particularmente no que diz respeito à garantia da vacinação dos Povos Indígenas.

Minha condição de mulher negra e militante feminista antirracista informa a leitura interseccional adotada ao longo da dissertação, entendendo os Povos Indígenas não como beneficiários passivos, mas como sujeitos coletivos em permanente resistência, cujas práticas de resistência desafiam cotidianamente as estruturas de exclusão e opressão racial, étnica e de classe.

3 TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: DA LEI AROUCA À POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

Este capítulo tem como objetivo analisar a trajetória institucional das políticas públicas de saúde voltadas aos Povos Indígenas no Brasil, com ênfase na construção do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), instituído a partir da Lei nº. 9.836/1999, conhecida como Lei Arouca, e consolidado na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), formalizada pela Portaria nº. 254/2002. Esta análise será com base no primeiro objetivo específico desta pesquisa, que é recompor a trajetória institucional da política de saúde indígena no Brasil, analisando o papel desempenhado pela referida população no planejamento e monitoramento da política pública de vacinação contra a Covid-19 no contexto cearense.

3.1 Entre o extermínio e a tutela: a colonialidade da saúde indígena

Pesquisar sobre as políticas de saúde voltadas aos Povos Indígenas no Brasil exige uma análise crítica dos processos históricos de colonização, principalmente das formas de dominação sobre seus corpos e territórios. A partir de uma perspectiva decolonial, torna-se possível compreender as violências estruturais e simbólicas que historicamente marcaram as relações entre o Estado e os Povos Indígenas.

Colonialidade, conceito adotado por Quijano (1989), está ligado diretamente ao colonialismo. Enquanto o colonialismo se refere ao sistema histórico de dominação e exploração imposto pelas metrópoles às colônias, a colonialidade diz respeito à continuidade dessas formas de poder mesmo após as independências formais. Ela, a colonialidade, se manifesta em formas estruturais de controle e discriminação. No caso dos Povos Indígenas, como afirmam Heck e Prezia (2012, p. 10), “continuamos colonizadores, achando-nos ‘bons, superiores e civilizados’. E os indígenas que se parecem conosco, isto é, os que usam roupas e falam português, são considerados melhores – civilizados, portanto – que aqueles que não adotaram tais hábitos”. Esse pensamento colonial ainda ressoa, moldando atitudes e percepções – muitas vezes de forma inconsciente – e se revela como um elemento estrutural da sociedade.

Segundo Quijano (2005), a colonialidade do poder faz parte de um modelo hegemônico global, estabelecido a partir das invasões coloniais, que estão interligadas nas categorias de raça, trabalho e território de acordo com as necessidades do capital e para o benefício eurocêntrico. Uma consequência central da noção de colonialidade de poder é que a

descolonização não foi totalmente realizada, entendendo que a descolonização vivida durante os séculos XIX e XX foi apenas para o âmbito da independência jurídico-política, deixando na íntegra sua hierarquização de relações étnico-raciais, de gênero, epistêmicas e econômicas como formas de dominação. Com isso, a raça é um instrumento mais eficiente para prática da dominação social inventada. Mesmo o racismo não sendo a única forma de manifestação da colonialidade do poder, é, sem dúvida, a forma mais perceptível e onipresente.

É fundamental, nesse debate, fazer uma divisão entre colonialismo e colonialidade. Como destacam Oliveira e Lucini (2021), o colonialismo refere-se ao sistema formal de dominação e exploração econômica e territorial, enquanto a colonialidade diz respeito à persistência das lógicas coloniais mesmo após o fim do domínio político-colonial. Mignolo (apud Oliveira; Lucine, 2021) reforça essa distinção ao apontar a dificuldade conceitual em separar colonialismo de imperialismo, destacando que, enquanto o termo “colonialismo” tem origem no latim *colonus* (fazendeiro), “imperialismo” deriva de *imperium* (comando), refletindo distintas formas de poder.

Discutir a colonialidade permite mostrar como o mundo moderno foi construído sob a ótica dos princípios raciais, na perspectiva de uma consciência eurocêntrica masculina, ligada a ideia do capital e amparada pelo Estado; delineando ideias da ordem e razão que, por sua modernidade e colonialidade, são apresentadas como base para a igualdade e a liberdade, viabilizadas pela linguagem dos direitos. Refletir sobre a modernidade e colonialidade faz parte do percurso do decolonial e, a partir disso, tratar as hierarquias da colonialidade, que vem desde a sua origem da modernidade a partir da Conquista da América e no controle do Atlântico após 1492, em divergência com marcos eurocêntricos como o Iluminismo ou o final do século XVIII.

A história do decolonial atravessa o colonialismo e a construção do sistema capitalista mundial como elementos constitutivos da modernidade. Para Escobar (2007), a modernidade é inseparável da colonialidade, sendo esta última seu lado oculto, responsável pela naturalização de sistemas de opressão desde a Conquista da América e o controle do Atlântico a partir de 1492. A crítica decolonial, portanto, desloca o foco dos marcos europeus – como o Iluminismo e a Revolução Francesa – para reconhecer os efeitos devastadores da modernidade sobre os povos racializados e colonizados.

Para Quijano (2005), a ideia de raça é intrínseca à colonialidade do poder, sendo fundante do processo colonizador, ao naturalizar a inferiorização dos Povos Indígenas que foram historicamente dizimados, explorados, oprimidos e expropriados de suas terras pela força

colonial e inseridos na vulnerabilidade e na negação de direitos pelo poder institucional. Com isso, a colonialidade do poder continua operando nos marcos institucionais contemporâneos, inclusive nas políticas públicas de saúde, perpetuando práticas tuteladoras e excludentes. Segundo Quijano (2005) o conceito de raça foi aproveitado para justificar uma exploração econômica para uma consolidação do poder dos colonizadores para com os colonizados.

Para os autores e autoras pós-coloniais, trata-se de um sistema dominante que atua a partir das mais variadas vertentes na sociedade. Com base teoria da colonialidade do poder, desenvolvida por Aníbal Quijano, diversos estudos críticos tornaram-se fundamentais, especialmente para os pesquisadores latino-americanos. Entre os mais influentes nas Américas estão Walter Mignolo e Catherine Walsh, integrantes do grupo de estudo Modernidade/Colonialidade/Decolonialidade (MCD).

A partir das contribuições de Quijano, Mignolo (2017) aprofundou a análise da colonialidade como o lado obscuro da modernidade. Para ele, a colonialidade está ligada a modernidade: “não há modernidade sem colonialidade [...] se não pode haver modernidade sem colonialidade, não pode também haver modernidades globais sem colonialidades globais” (p. 2).

Na França, Françoise Vergès (2020) propõe perspectiva alternativa em sua obra *Um feminismo decolonial*. Segundo a autora, o termo decolonial, no contexto francês, refere-se à resistência à persistência da colonialidade do poder, que permanece mesmo após as independências formais, sustentando estruturas herdadas da modernidade, do racismo e do capitalismo (p. 13).

Walsh (2009, p. 27), tendo como base o conceito do Quijano, defende uma pedagogia decolonial que busca questionar e desestabilizar as negações ontológicas, epistêmicas e espirituais impostas pela lógica colonial. Para ela, trata-se de confrontar as estratégias históricas e contemporâneas do poder colonial: “uma pedagogia que se esforce por transgredir, deslocar e incidir na negação ontológica, epistêmica e cosmogônico-espiritual que foi – e é – estratégia, fim e resultado do poder da colonialidade”.

Na mesma perspectiva, Gonzaga (2021, p. 126) reflete sobre o levante decolonial que não se limita apenas a superar o passado colonial ou a descolonizar territórios marcados por esse processo, mas a realizar um movimento contínuo de resistência e afirmação, na busca por inscrever uma nova narrativa histórica – em que os colonizados aparecem como sujeitos sociais ativos, e não como figuras passivas, subjugadas ou moldadas pela dominação. A

decolonialidade, nesse sentido, propõe-se como estratégia histórica de superação da colonialidade, assumindo compromisso profundo com a ruptura do modelo de poder colonial ainda vigente, com os olhos voltados para a construção de um futuro mais justo.

Para Krenak (2019), a historiografia tradicional negligenciou o protagonismo da resistência indígena à colonização, omitindo as violências sofridas pelo sistema de exploração da força de trabalho e o genocídio que perpassa até os dias de hoje. Spivak (2010, p. 14) explica que “[...] as camadas mais baixas da sociedade[,] constituídas pelos modos específicos de exclusão dos mercados, da representação política e legal e [pela] possibilidade de se tornarem membros plenos do estrato dominante”, fazendo referência ao subalterno, aquele cuja voz não pode ser ouvida. Essa reflexão se estende sobre a realidade cultural e política latino-americana, trazendo o conhecimento de grupos socialmente oprimidos, possibilitando o desenvolvimento de uma nova forma de pensamento, com uma abordagem que se contrapõe às grandes narrativas modernistas, como o Cristianismo, o Liberalismo e o Marxismo.

Partimos para uma análise como base para uma crítica decolonial às políticas públicas de saúde indígena, considerando que a colonialidade se apresenta na negativa de direitos ou na precarização da execução das políticas públicas. A colonialidade trabalha com a ideia de apagar as diferenças, com a ideia de subsistência com a violência estrutural, subsumindo-as à lógica da homogeneização racial e cultural, ligada a um modelo eurocêntrico de dominação.

Dessa forma, compreender a política de saúde indígena no Brasil requer mais do que uma análise normativa ou técnico-institucional: exige o enfrentamento das estruturas coloniais que continuam informando os modos de produção, gestão e controle da vida dos Povos Indígenas. Isso implica afirmar que os indígenas não são sujeitos passivos ou meros beneficiários, mas protagonistas de lutas históricas e detentores dos saberes que desafiam a colonialidade do poder, do saber e do ser.

3.2 O SUS e a criação da Política Nacional de atenção à Saúde Indígena (PNASPI)

Com a Constituição de 1988 e a criação do SUS, abriu-se um novo marco legal que reconhece a saúde como direito universal. No entanto, os Povos Indígenas continuam enfrentando dificuldades estruturais para a efetivação deste direito. A luta dos movimentos indígenas organizados culminou na criação da Política Nacional de atenção à Saúde Indígena (PNASPI), em 2002, após intensa mobilização desde a década de 1990.

O PNASPI representa um avanço formal importante ao prever o respeito à interculturalidade, ao controle social e à organização descentralizada por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). No entanto, diversos autores apontam que a PNASPI foi capturada por uma lógica tecnocrática e verticalizada, que limita a autonomia indígena e fragmenta o diálogo com os saberes tradicionais (Langdon; Dias-Silva, 2018).

A partir da chegada da República, deu-se uma reconfiguração das fronteiras nacionais. Obras como ferrovias e linhas telegráficas foram utilizadas tanto no desenvolvimento quanto na integração compulsória dos Povos Indígenas. Em 1910, foi criado o Serviço de Proteção aos Índios (SPI), ligado ao então Ministério da Agricultura, com o objetivo de proteger os Povos Indígenas das violências associadas ao processo de colonização, promovendo, de forma gradativa, sua integração à sociedade nacional e a incorporação de seus territórios ao sistema produtivo brasileiro. A lógica positivista e sertanista visava “pacificar” e transformar os indígenas em trabalhadores, subordinada à ideia de que eram seres em transição para a modernidade. Essa proposta, no entanto, conecta-se com os interesses colonizatórios, regularmente desconsiderando os direitos originários dos Povos Indígenas sobre seus territórios e modos de vida.

Segundo Darcy Ribeiro (1982, p. 130), a criação do SPI refletia a tentativa de implantação de uma ordem jurídica estatal nas regiões mais remotas do país, “o que se propunha era nada menos que a criação de uma instituição da imposição da lei, exatamente nos sertões mais ermos, onde ela jamais pudera imperar”, o que, por si só, já evidenciava os enormes desafios institucionais e socioculturais do período. Ribeiro (1982) destaca ainda que, nos primeiros anos, o SPI funcionou com condições básicas para o desenvolvimento da política indigenista nacional, seguindo:

três condições [...] indispensáveis à plena aplicação desta política indigenista: verbas suficientemente avultadas para financiá-la; pessoal altamente qualificado para tarefa tão delicada, seja a de controlar um processo social complexo, como a aculturação e a assimilação; [e] suficiente autoridade e poder para se impor aos régulos locais (p. 142).

A atuação do SPI esteve diretamente associada à expansão das frentes econômicas, sobretudo no Centro-Oeste brasileiro, região que, na década de 1910, vivenciou um processo acelerado de integração territorial com a construção de linhas telegráficas e ferrovias.

É importante destacar que, naquele período histórico, havia grande dificuldade em encontrar registros confiáveis sobre os conflitos envolvendo Povos Indígenas. Conforme observou Stauffer (1959), os relatos de testemunhas raramente eram escritos com imparcialidade. Mais do que informar com precisão os acontecimentos, esses documentos frequentemente refletiam interesses políticos e ideológicos da época, sendo utilizados para construir narrativas que oscilavam entre a defesa da proteção e a legitimação do extermínio dos Povos Indígenas, de acordo com os objetivos de quem os difundia.

A partir desse acontecido, uma política indigenista positivista começa a ser desenhada sem uma prestação de serviços sistemática, restringindo a ações emergenciais ou até mesmo um sistema de “pacificação”. Para Costa (1987):

De fato, a discussão sobre o programa indígena se polarizava entre aqueles que viam os índios como indivíduos hostis que obstruíam o desenvolvimento e que deviam ser exterminados; os que se horrorizavam com os massacres das tribos indígenas, combatendo as teorias racistas que sugeriam como solução para o conflito o extermínio dos Povos Indígenas (p. 389).

Ao longo da década de 1950, o Ministério da Saúde criou o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), uma iniciativa não vinculada ao SPI, mas, sim, ao Serviço Nacional de Tuberculose do Ministério da Saúde. A finalidade era ampliar o acesso das populações indígenas em áreas isoladas, com foco em vacinação, atendimento odontológico e controle de doenças transmissíveis, especialmente a tuberculose. Essa ação representou uma tentativa inicial de descentralização da assistência sanitária.

Em pleno contexto de Ditadura Civil-Militar, denúncias de genocídio, corrupção e abuso geraram a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) conhecida como Relatório Figueiredo, documento que marcou a transição política do Brasil. Em 1967, sob esse contexto político instável, o SPI foi extinto e a Funai (Fundação Nacional dos Povos Indígenas) criada – sinalizando uma ruptura institucional ainda dentro da lógica assimilacionista do regime. Com a extinção do SPI, conforme descrito anteriormente, cria-se a Funai, com influência do formato da atenção do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA). Nesse contexto, desenvolve-se Equipes Volantes de Saúde (EVS) em cada Delegacia Regional da Funai. As EVS realizavam visitas esporadicamente nos territórios indígenas, oferecendo serviços de assistência médica, aplicação de vacinas e supervisão ao trabalho dos profissionais de saúde locais – com equipe composta de um médico, uma enfermeira, um bioquímico e um dentista. No entanto, sua

atuação era limitada pela irregularidade das visitas e pela ausência de um modelo contínuo de atenção à saúde indígena.

Essa conjuntura promoveu o contato forçado com diversos grupos indígenas, resultando, em grande parte, em situações de extrema violência. Relatos históricos registram uma série de massacres, deslocamentos compulsórios e surtos epidêmicos decorrentes da introdução de doenças para as quais os Povos Indígenas não possuíam defesa imunológica. Como aponta Dina Czeresnia Costa (1987, p. 389), “os jornais do início do século registraram impressionantes relatos sobre massacres e assassinatos decorrentes do conflito entre índios e colonos”, evidenciando a brutalidade com que se deu a consolidação da política indigenista nesse período.

No ano de 1968, o SUSA foi reformulado e passou a se chamar Unidade de Atendimento Especial (UAE), com foco exclusivo no combate à tuberculose, deixando as outras ações para a divisão de saúde da Funai. Essa fragmentação institucional refletia a ausência de uma política integrada e contínua para os Povos Indígenas, ainda tratados sob uma lógica assistencialista e desarticulada das diretrizes mais amplas do sistema público de saúde.

Durante a década de 1970, a partir das denúncias registradas nas declarações de Barbados,¹ vieram à tona uma série de documentos que expunham violações cometidas contra os Povos Indígenas, tanto por agentes estatais quanto por segmentos da sociedade civil e instituições religiosas. Nesse contexto, o Centro Ecumênico de Documentação e Informação (Cedi), atuante desde os anos 1960, redirecionou suas atividades para a defesa dos direitos indígenas, contribuindo para a organização de acervos, estudos e denúncias relacionadas à situação sanitária e demográfica desses povos.

No quadro a seguir, a autora elaborou uma síntese dessas ideias, considerando saúde, sociedade e política no indigenismo brasileiro.

¹ Os antropólogos participantes do Simpósio sobre fricção interétnica na América do Sul, reunidos em Barbados entre os dias 25 e 30 de janeiro de 1971, depois de analisar os relatórios apresentados sobre a situação dos povos indígenas dos vários países da região, decidiram elaborar este documento e apresentá-lo à opinião pública, esperando que contribua para esclarecer este grave problema continental e para a luta de libertação dos Povos Indígenas.

Quadro 1 – Sistematização da trajetória da Política Indigenista no Brasil

| Periodização | Formação Social | Conjuntura Política | Incidência na Saúde Indígena |
|----------------------------------|--|---|--|
| 1910–1967 (SPI) | Construção republicana, expansão territorial | Integração sob lógica tutelar | Violência sanitária, epidemias, massacres |
| 1967–1970s (Funai/SUSA/EVS) | Ditadura e militarização | Crise institucional, relatórios e denúncias | Ações pontuais e desarticuladas |
| 1970s (CIMI, movimento indígena) | Intensificação social e mobilização | Reformas na sociedade, articulação indígena | Emergência de cuidado autônomo e críticas à integração |
| 1910–1967 (SPI) | Construção republicana, expansão territorial | Integração sob lógica tutelar | Violência sanitária, epidemias, massacres |

Fonte: Elaboração da autora (2025).

Preocupados com o avanço do processo de invisibilização dos povos originários, pesquisadores e profissionais de saúde montaram uma estratégia e passaram a produzir diagnósticos que evidenciam o quadro alarmante da saúde indígena no Brasil. Esses estudos, ainda incipientes, denunciaram as altas taxas de mortalidade, as epidemias negligenciadas e a ausência de assistência regular e qualificada, fortalecendo a articulação entre o movimento indígena e setores da saúde comprometidos com a justiça social, a luta indígena ganhou mais parceiros contra o apagamento da sua história, através dos profissionais da saúde.

Simultaneamente, o Brasil enfrentava uma severa crise econômica, decorrente da desregulamentação do sistema monetário internacional e dos choques do petróleo (1973, 1979), desemprego e miséria. Esses fatores impactam diretamente as políticas de saúde para os indígenas: escassez de insumos, a limitada capacidade financeira, a precarização das estruturas físicas, a ausência de planejamento estratégico e o déficit de qualificação das equipes técnicas, que comprometeram o funcionamento das ações voltadas às populações indígenas, desestruturando as iniciativas emergentes de atenção sanitária.

A década de 1970 testemunhou o fortalecimento da sociedade civil e cristã na crítica às políticas indigenistas, considerando as violências sofridas pelos povos originários: uma articulação ligada ao lado mais progressista da Igreja Católica cria, em 1972, o Conselho Indigenista Missionário (Cimi), durante o III Encontro de Estudos Sobre a Pastoral Indigenista, em Brasília (DF), se constituindo como apoio fundamental para realizar a comunicação direta

com o Estado. Com o intuito de defender a existência desses povos, o evento desenvolveu críticas na participação da igreja, conforme registrado por Magalhães (2021):

As avaliações realizadas nesses eventos apontaram para uma crítica à atuação da Igreja e para o reconhecimento das realidades socioculturais e das desigualdades econômicas e sociais do mundo como condição do trabalho de evangelização. A leitura de alguns setores católicos, sobretudo latino-americanos, partia de uma percepção da desigualdade global entre os povos e da avaliação de que a libertação espiritual estava condicionada à superação das desigualdades econômicas. Era necessário, portanto, contribuir para a salvação dos pobres, excluídos e marginalizados em todos os sentidos. Assim como Deus encarnou na realidade humana por intermédio de Jesus Cristo, os missionários deveriam, norteados pelo objetivo da evangelização nesse sentido universal e holístico, ‘encarnar na realidade indígena, encarnando a si próprios na vida e no cotidiano daqueles a quem a Boa-Nova é destinada’ (p. 44).

As atividades missionárias nos anos 1970 incorporaram práticas de convivência e respeito cultural. Segundo Matos (1997), as atividades missionárias desenvolvidas nesse período tinham como objetivo de aproximar às comunidades, com o propósito de “encarnar entre os índios, de conviver com eles, investigar, descobrir, valorizar e adotar a cultura indígena, assumindo a sua causa e todas as suas consequências políticas” (p. 47). Tal abordagem, embora centrada em princípios de aproximação cultural, também refletia o complexo tensionamento entre práticas evangelizadoras e o reconhecimento da autonomia dos povos originários.

Em 1973, foi promulgada a Lei nº. 6.001, mais conhecida como Estatuto do Índio, que estabelece as relações jurídicas entre o Estado e os Povos Indígenas. Embora o dispositivo legal seja considerado um marco no ordenamento jurídico brasileiro, ao reconhecer os direitos territoriais, culturais e sociais das populações indígenas, sua perspectiva é fortemente marcada por uma lógica integracionista. O texto da Lei contempla as políticas de assistência à saúde, educação e ao desenvolvimento econômico; estabelece ainda a proteção dos costumes, de línguas e crenças, ao mesmo tempo em que propõe a integração dos Povos Indígenas à “sociedade não indígena”, que revela uma contradição de fundo: o reconhecimento da diferença é condicionado à sua superação progressiva. Essa abordagem, contestada por lideranças indígenas e pesquisadores do campo antropológico e jurídico, ignora o direito à autodeterminação e à manutenção de modos de vida distintos, conforme assegurado posteriormente pela Constituição de 1988.

No campo da mobilização social, destaca-se, a partir de 1974, o início da atuação do Cimi na organização das primeiras Assembleias Indígenas. De acordo com a obra *Políticas antes da Política de Saúde Indígena* (2021), essas assembleias foram fundamentais para a organização da articulação política dos Povos Indígenas, possibilitando o surgimento de novas

lideranças e promovendo o debate coletivo sobre os direitos territoriais, culturais e de acesso a políticas públicas. Para Magalhães (2021), ao descrever a dinâmica desses encontros, ressalta que tais espaços se constituíram como arenas de formação política e de resistência coletiva, sendo protagonistas na construção de um movimento indígena autônomo e articulado nacionalmente, destacando que,

durante as assembleias, dedicava-se um tempo significativo, que poderia ser um dia inteiro ou momentos intercalados durante todos os dias, às apresentações de todos os participantes. Essas apresentações consistiam em descrições sintéticas ou minuciosas sobre a realidade regional e comunitária daquele que falava. Tratava-se de momentos em que todas as dificuldades e virtudes de ser e viver como indígena no Brasil eram colocadas e articuladas na mesma fala. Qualificava-se, de antemão, a fertilidade da terra, assim como os gêneros alimentícios mais e menos agricultáveis em cada caso. Preponderava, de modo geral, o assunto terra, seguido, por sua vez, da necessidade de reivindicar a demarcação territorial (p. 49).

A partir da publicização das violações e repressões sofridas pelas populações indígenas durante a Ditadura Civil-Militar, a década de 1970 foi marcada pelo surgimento de várias organizações da sociedade civil engajadas com a defesa dos direitos dos povos originários. Entre essas, destacam-se a criação da Comissão pela Criação do Parque Yanomami (CCPY), em 1978, e, na sequência, da Associação Nacional de Ação Indigenista (ANAI), em 1979, bem como da Comissão Pró-Índio (CPI). Essas organizações foram cruciais na articulação de denúncias, da elaboração das propostas e do apoio direto às comunidades indígenas em seus territórios.

Em abril de 1978, foi realizado o I Encontro Nacional de Saúde, organizado pelos membros do Conselho Indigenista Missionário (Cimi) e demais parceiros. O evento teve como ponto de partida a análise da “situação atual da saúde dos Povos Indígenas” nas áreas acompanhadas pela organização, tendo como objetivo principal pensar sobre os atendimentos de saúde nas áreas atendidas pelo Cimi, desde a precariedade da assistência pública, do papel das práticas tradicionais de cura, à necessidade de capacitação de agentes de saúde indígenas vinculados à atuação da Operação Amazônia Nativa (OPAN) e do próprio Cimi, resultando em debates importantes. De acordo com Schwade e Schwade (2009), a iniciativa contou com a participação de Dom Tomás Balduino, missionários atuantes nas regiões de Mato Grosso e Goiás, e profissionais de saúde vinculados ao Hospital São Pio X, em Goiás.

Partindo do pressuposto de que as epidemias que atingiam os Povos Indígenas eram, em grande parte, resultantes de contatos forçados e da introdução de doenças por não indígenas, os participantes confirmaram a importância de ações estruturadas da saúde pública, como, por exemplo, das vacinas. Foi observado que os territórios com maior regularidade de

acompanhamento sanitário e acesso contínuo a serviços de saúde apresentavam não apenas maior estabilidade social, mas também avanços concretos, como a demarcação de terra e um crescimento significativo da população. A partir de então foram traçadas algumas linhas de ação, sendo elas:

1) manter e aperfeiçoar a assistência médica existente (incentivando o uso da medicina indígena e otimizando a parte técnica); 2) implementar e reforçar o trabalho em outras áreas determinantes da saúde, tais como posse de terras, alimentação, escoamento de produção artesanal; 3) buscar a “conscientização do índio e dos missionários”; 4) considerar e atender a população envolvente sempre que possível, tendo “em vista a saúde do índio”; 5) veicular informações sobre questões de saúde; 6) buscar entrosamento entre órgãos e missões (Cimi, 1978, p. 77).

A implementação dessas diretrizes deu origem à formação de equipes temáticas, equipes regionais de apoio e instâncias nacionais de assessoria em saúde (Cimi, 1983), criando uma rede de apoio organizada para atender às necessidades que surgem nas comunidades indígenas. Nesse cenário, foram criados projetos para conseguir recursos públicos que colaborassem com a assistência médica, especialmente na vacinação contra doenças como o sarampo. Além disso, também foi gerado um alerta sobre o despreparo das equipes que atendiam os Povos Indígenas na saúde na época.

Os progressos dessa mobilização resultaram na realização, respectivamente nos anos de 1986 e 1993, da I e II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. Esses encontros estabeleceram marcos fundamentais para a formulação de políticas públicas mais articuladas e culturalmente sensíveis. A partir dos encaminhamentos das conferências, estabeleceu-se a proposta de criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), estrutura criada para garantir o direito ao acesso universal e integral à saúde, considerando as características socioculturais dos Povos Indígenas e possibilitando a participação efetiva em todas as etapas do ciclo das políticas públicas — planejamento, implementação e avaliação das ações.

Com isso, o Ministério da Saúde formalizou e instituiu, por meio da Portaria Funasa nº. 852, de 30 de setembro de 1999, a estrutura e organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), estabelecendo as competências para os DSEI e os reconhecendo como estrutura oficial da atenção à saúde indígena. Estabeleceu também diretrizes para a atuação das equipes de saúde, incluindo a valorização dos saberes tradicionais, a formação de profissionais com competência intercultural e a articulação intersetorial com outras políticas públicas, como saneamento básico, segurança alimentar e educação.

Segundo Welper (2021), as mobilizações ao longo da década de 1970 culminaram nas assembleias e nos encontros indígenas realizados pelas entidades da sociedade civil. A partir

disso, foi criada, em 1980, a primeira organização nacional representativa dos Povos Indígenas: a União das Nações Indígenas (UNI). A UNI teve papel fundamental na comunicação com o Governo Federal, assumindo como pauta principal a defesa da demarcação e da preservação dos territórios tradicionais indígenas.

No contexto da redemocratização do país e da elaboração para a Assembleia Nacional Constituinte, a partir da segunda metade da década de 1980, intensificou-se o protagonismo das articulações do movimento indígena e seus parceiros no Congresso Nacional. Como relata Bicalho (2010), cerca de 400 indígenas se mobilizaram em Brasília, com apoio de organizações aliadas, para pressionar parlamentares pela inclusão dos direitos indígenas no texto constitucional. Estes estavam mobilizados em lutas coletivas e centralizados especialmente na proposição e aprovação da emenda que garantiria o reconhecimento dos direitos sobre os territórios tradicionalmente ocupados. Isso representa uma descontinuidade básica com os dispositivos coloniais de subalternização e silenciamento compulsório aos Povos Indígenas (Quijano, 2005).

O processo de exigir o reconhecimento das suas culturas e manifestar sobre as violências institucionais sofridas, muitas vezes camufladas na morosidade e nas negativas dos processos institucionais, provoca, por parte dos Povos Indígenas, a lógica da colonialidade do poder (Quijano, 2005). Esta é uma resistência nítida à obrigação de um modelo eurocêntrico de organização social, que marginaliza saberes e práticas não ocidentais. Assim, ao tensionar, cobrar seus direitos, a estrutura dos poderes ajusta o debate sobre direitos a partir de uma perspectiva decolonial.

Ainda no ano de 1980, mais um passo na organização dos Povos Indígenas: no cenário em que se consolida a criação da UNI, destaca-se a realização do Seminário de Estudos Indígenas de Mato Grosso do Sul, realizado pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), em cooperação com a Fundação Nacional do Índio (Funai) e o governo estadual. Realizado em abril daquele ano, o evento reuniu representantes de 15 etnias, predominantemente das regiões Centro-Oeste e Sul do país. Os debates foram conduzidos com base nas denúncias sobre o abandono dos territórios, destacando o descompasso entre as propostas institucionais das necessidades e as dificuldades em cada território.

Outro evento crucial para a criação da UNI foi realizado pela Comissão Pró-Índio de São Paulo (CPI-SP). Este encontro contou com a participação de representantes de 32 Povos Indígenas – designados como “nações indígenas” nos registros do evento – e de cerca de 30

entidades aliadas. Durante os debates, foi desenhada a estrutura organizacional da UNI, com a eleição de presidentes e diretores. Entretanto, o processo eleitoral foi marcado por disputas em torno da unificação com a União Indígena (Unind), o que invalidou a primeira eleição. Uma nova votação foi realizada, elegendo outro representante para a presidência da entidade, o que expõe os desafios particulares à definição de um representante para a política indígena nacional unificada.

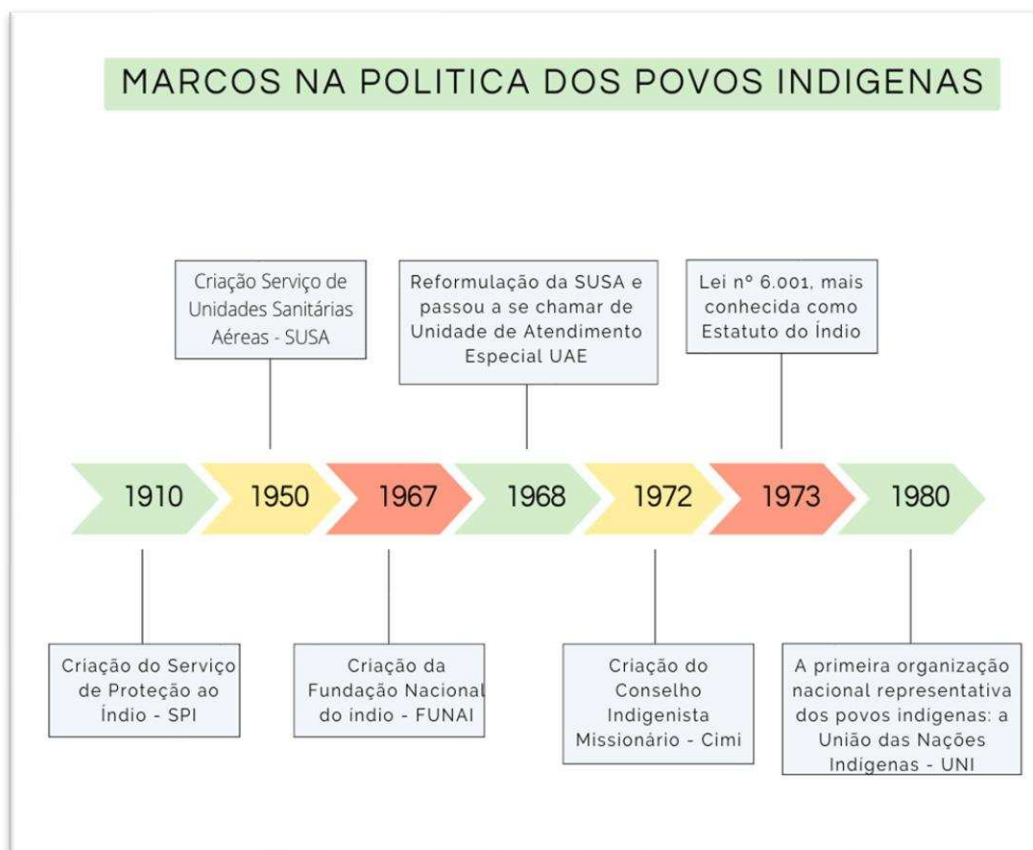
Apesar da relevância dessas mobilizações, o movimento indígena ainda se deparava no processo inicial da organização dos Povos Indígenas. Daniel Munduruku (s. d.) observa que, durante o período de elaboração da Constituição, as ações do movimento indígena no Congresso Nacional se fortaleceram e ficaram mais intensas o movimento indígena era identificado mais como um conjunto de “índios em movimento” do que como um coletivo estruturado. A expressão já dava indício de uma auto-organização política dos Povos Indígenas. Mas, no campo das ciências sociais, Magalhães (2021) afirma que,

em contrapartida, o campo das ciências sociais dedicado a essa temática optou por manter, ainda que endossado retroativamente pela ênfase empírica e teórica aos chamados ‘novos movimentos sociais’ (Laclau, 1986; Scherer-Warren & Krischke, 1987; Touraine, 1989; Melucci, 2001; Scherer-Warren, 2005; Gohn, 2006; Honneth, 2009) que ganhou força a partir dos anos 1990,4 o termo ‘movimento indígena’ ou ‘movimento pan-indígena’ (Matos, 1997; Deparis, 2007; Bicalho, 2010; Belleau, 2014; Barbosa & Fagundes, 2018) como potencialmente explicativo do que ocorre não apenas contemporaneamente como também naquele período, com distintos matizes. A utilização da expressão ‘movimento indígena’ nessa literatura era endossada ainda pela própria autodesignação, pelos indígenas, a respeito de sua organização política, coetaneamente a essa produção (p. 41).

Magalhães (2021, n. p.) destaca que os autores ligados à sociedade, além da Funai, são: “o Cimi e a União das Nações Indígenas (UNI). Ao longo dos anos 1970 e 1980, o Cimi, criado em 1972, foi uma das instituições não governamentais indigenistas que mais influenciou a pauta de direitos dos Povos Indígenas do Brasil, inclusive à terra”.

A trajetória dos marcos dos Povos Indígenas no Brasil é marcada por avanços institucionais, legislativos e organizativos da sociedade civil que refletem avanços e desafios no reconhecimento de sua diversidade étnica e sociocultural. Entre 1910 e 1980, reúne eventos importantes. Para contribuir com a compreensão, elaboramos uma linha do tempo que trata do contexto histórico das políticas voltadas aos Povos Indígenas no país, sistematizado e apresentado na sequência.

Quadro 2 – Marcos na política dos Povos Indígenas no Brasil (1910 a 1980)



Fonte: Elaboração da autora (2025).

Ainda na década de 1980, registra as políticas voltadas aos Povos Indígenas, sinalizadas por um processo político de redemocratização, pela consolidação dos movimentos sociais e pela circunstância de uma nova consciência indigenista no cenário brasileiro. O processo de construção da Constituição Federal de 1988 (CF/1988) representou um marco na abertura de espaços institucionais para a escuta ativa das necessidades dos Povos Indígenas, que passaram a ocupar um papel mais central nos debates sobre direitos sociais, territoriais, culturais e direito à vida digna.

A CF/88 foi um marco na garantia de direitos assegurados pelo Estado, primeiramente na garantia das terras tradicionalmente ocupadas, determinando que estas pudessem ser demarcadas e protegidas pelo Estado. Há o reconhecimento da diversidade, desde a sua cultura, suas tradições, línguas e formas de organização social, bem como a garantia processual dos Povos Indígenas. Isso quer dizer quem, a partir de então, podiam exercer seus direitos de acordo com suas tradições e especificidades culturais, além do direito à assistência jurídica para sua

defesa. A Constituição de 1988 representou, assim, avanço significativo ao reconhecer os Povos Indígenas como sujeitos de direitos. A União se faz, então, responsável por demarcar, proteger e fazer respeitar os bens indígenas.

No âmbito da saúde, o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) se dá de forma gratuita, o que até então não ocorria, levando em consideração suas tradições sócio-culturais. Foi neste momento que começaram a surgir debates sobre a criação de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), orientado por princípios de equidade e respeito aos saberes tradicionais. A saúde passa a dispor do interesse do direito fundamental.

Essa nova estrutura jurídica e institucional gerou debates sobre a criação de um subsistema de saúde direcionado para os Povos Indígenas, que assegure o respeito sobre seus saberes tradicionais, as formas de organização comunitária e suas necessidades específicas. No contexto da década de 1980, foram organizados eventos que desempenharam papel fundamental, como o I Encontro Nacional de Saúde Indígena (1986), que reuniu lideranças, profissionais de saúde e representantes do Estado para debater um modelo de atenção à saúde desenhado com equidade e interculturalidade.

As articulações institucionais e sociais empreendidas ao longo da década de 1990 resultaram, nos anos subsequentes, na elaboração da proposta de criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), concebido como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa proposta foi formalizada com a sanção da Lei nº. 9.836, de 23 de setembro de 1999 – conhecida como Lei Arouca – de autoria do então deputado federal e sanitarista Sérgio Arouca. A referida legislação representou um marco jurídico importante na estruturação da política pública de saúde voltada aos Povos Indígenas, levando em consideração a diversidade étnica e cultural das populações indígenas no interior do Sistema Único de Saúde, estabelecendo diretrizes específicas para a organização dos serviços de saúde em territórios indígenas.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi pensado a partir da lógica dos sistemas locais de saúde, articulados com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, respeitando as especificidades culturais, territoriais e epidemiológicas das populações atendidas. O detalhamento normativo e operacional do modelo foi posteriormente apresentado por meio da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, instituída pela Portaria nº. 254/2002, do Ministério da Saúde. A PNASPI consolidou os princípios, objetivos e as estratégias de implementação do SasiSUS, reforçando a necessidade de uma abordagem

intercultural na formulação, execução e avaliação das ações em saúde voltadas aos Povos Indígenas.

Garnelo e Maquiné (2015) fazem uma análise sobre os primeiros anos da criação do Subsistema de Saúde indígena:

Apesar dos percalços institucionais que caracterizaram os primeiros dez anos de criação do Subsistema de Saúde indígena, este foi bem-sucedido na obtenção de recursos financeiros para o custeio de suas ações. A análise das leis orçamentárias anuais (LOA), que dispõe sobre a distribuição do orçamento público para suas diversas atividades-fim, no país, demonstra uma nítida tendência de crescimento do financiamento no setor, conforme se poderá ver na seção seguinte (p. 34).

É possível observar, nesse contexto, que os debates em volta da formulação de uma nova política de saúde indígena demonstram importantes confluências entre os princípios da Reforma Sanitária e os fundamentos da chamada “nova política indigenista”. O discurso realizado por Sérgio Arouca na mesa de abertura da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (I CNPSI) demonstra, de maneira representativa, o diálogo e a aproximação entre agendas. Durante sua fala, Arouca retomou os eixos centrais do discurso apresentado na abertura da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), reiterando a inerência entre os avanços sociais e o processo de democratização do Estado.

A VIII Conferência Nacional da Saúde (CNS), presidida por Sérgio Arouca, autor da lei e liderança dos movimentos da Reforma Sanitária, articulou uma grande mobilização dos movimentos sociais, com uma média cinco mil pessoas, composta por 50% da sociedade civil (Welper, 2021).

Ainda sobre a VIII CNS, a fala de Sérgio Arouca ressalta que a melhoria desse cenário da saúde da população necessita da superação de um modelo econômico acumulador de riquezas e de um regime político autoritário, a partir da afirmação de que “a política de saúde no país começa na política econômica e na política social, que são resultantes da política de afirmação de um povo” (1986, p. 1-2). Ele destaca ainda que a cidadania gera o reconhecimento e o respeito à história e à cultura desses povos, declarando que, “na democracia que queremos[,] é fundamental tratar de questões como a dos índios com toda a dimensão social, técnica e científica” (ibidem).

Vale considerar as reflexões de Pontes, Machado e Santos (2019) sobre os diálogos entre discursos indigenistas e a Reforma Sanitária, a partir do pensamento de que determinadas agendas históricas, ligadas aos direitos dos povos originários, foram incorporadas – mesmo de forma tensionada – no debate mais amplo sobre a construção de um projeto democrático de país. Nesse cenário, destaca-se a figura de Sérgio Arouca, com uma atuação fundamental para

a consolidação dos ideais que orientaram o Sistema Único de Saúde (SUS). Defende-se, assim, que a superação das desigualdades estruturais brasileiras dependeria de uma articulação de três eixos: democracia, política social e política econômica. Com esse pensamento, revela-se uma ideia mais ampla sobre saúde, no sentido da justiça social e da transformação das estruturas do Estado. Tendo isso em vista, temas como a reforma agrária e a demarcação de terras indígenas surgem como assuntos centrais do momento político do período, indicando que o debate sobre saúde perpassa a concepção da medicina tradicional, ou até mesmo da ideia de assistência.

Conforme Pontes, Machado, Santos e Brito (2019), que têm trabalhado o tema da saúde indígena no Brasil, é possível traçar uma linha do tempo direcionada para os avanços normativos e institucionais, chegando até a criação do Subsistema de Saúde Indígena (SASI), no final da década de 1990. Esse processo apresenta a trajetória de disputas e lutas por reconhecimento na elaboração e execução de políticas públicas, atendendo às especificidades dos Povos Indígenas. Exemplo disso são as conferências nacionais, a implantação de comissões específicas e a transição de responsabilidades entre órgãos federais, evidenciando o caráter processual e conflituoso da construção desse subsistema.

Diante dessa conjuntura, torna-se fundamental utilizar abordagens avaliativas que transcendam a análise formal dos marcos legais e institucionais, utilizando uma perspectiva crítica sobre os modos como tais políticas se materializam nas práticas do dia a dia, especialmente em contextos de crise, como o enfrentamento da pandemia de Covid-19. É nesse horizonte que a avaliação em profundidade se configura como um referencial teórico-metodológico fundamental, fazendo-se diferente das abordagens tradicionais, centradas na mensuração de resultados e indicadores de desempenho: a avaliação em profundidade propõe uma análise que valoriza os processos, os contextos sociopolíticos e os sujeitos envolvidos nas políticas públicas.

É também nesse cenário que se entende a importância de abordagens avaliativas que transcendam os marcos legais e institucionais, que problematizem a efetivação das políticas, destacadamente em situações de emergência, como no caso da pandemia de Covid-19, de uma forma crítica sobre como essas políticas são colocadas em prática.

As análises referentes à formulação da política de saúde indígena, geralmente, tendem a resumir a diversidade de atores e as disputas envolvidas no processo, até mesmo deixando entender um falso consenso. Neste estudo, realiza uma perspectiva analítica inspirada nas formulações de Stephen Ball, conforme apropriadas por Rezende e Baptista, a fim de mostrar

o caráter dinâmico, conflituoso e não direto das políticas públicas, compreendendo a política de saúde indígena como resultado de diferentes disputas, sendo elas: políticas, discursivas, econômicas e de valores – e não como fruto de um percurso homogêneo ou previamente definido (Pontes *et al.*, 2019).

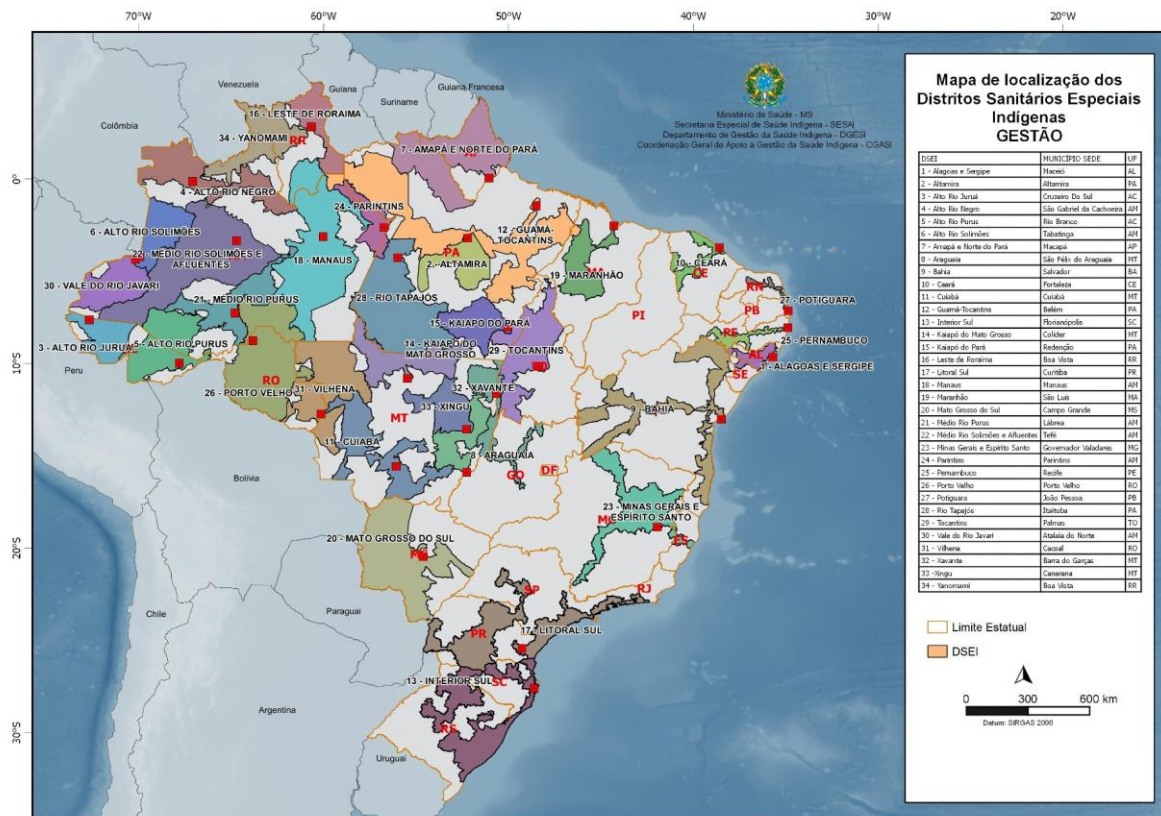
Anterior à regulação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, em 1991, é implementado o primeiro Distrito Sanitário Indígena, localizado no estado de Roraima e na fronteira com a Venezuela, nas terras do povo Yanomami. Esta ação revela um marco que, considerando a avaliação em profundidade, indica não apenas a dimensão técnica do Estado, mas também os desafios e conflitos históricos de um processo que antecedeu a institucionalização de diretrizes específicas para a saúde indígena. É possível problematizar como decisões políticas e sanitárias afetaram diretamente os modos de vida e os direitos territoriais dos Povos Indígenas.

O SasiSUS foi desenvolvido para atender a população indígena aldeada que tem a estrutura do Sistema Único de Saúde, que são os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), levando em conta as especificidades linguísticas, socioculturais e territoriais para a realização das ações de atenção primária a partir do trabalho com as equipes multidisciplinares de saúde, compostas por agentes indígenas de saúde, médicos, enfermeiros, odontologistas, técnico em enfermagem e saúde bucal. Cada DSEI deve ser executado no Conselho Distrital de Saúde Indígena, com o objetivo de propor e monitorar a política, sempre com indígenas participando da equipe, planejando e executando as ações.

A criação dos DSEIs adotou uma perspectiva territorializada e participativa, buscando superar a dinâmica assistencialista e fragmentada. Cada DSEI passou a dispor de instâncias de controle social, a exemplo dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISIs), formados por representantes dos Povos Indígenas e do poder público, com o objetivo de conduzir e fiscalizar a realização das políticas e a aplicação dos recursos públicos garantindo a participação social no processo de gestão.

No Brasil, o Serviço está estruturado em 34 DSEIs, precisamente com o objetivo de abranger a diversidade geográfica e respeitar as especificidades socioculturais de cada comunidade, que abrigam 361 polos-base, divididos em duas categorias: Polo-Base Tipo I, que é caracterizado por sua localização em Terras Indígenas, e o Polo-Base Tipo II, localizado no município de referência. Na Figura 2, a seguir, está ilustrada as divisões dos 34 DSEIs.

Figura 2 – Distribuição territorial dos 34 Distritos Sanitários de Saúde Indígena no Brasil



Fonte: Ministério da Saúde (2021).

Os princípios da universalidade, equidade e integralidade fazem parte da estruturação do SasiSUS, em consonância com os fundamentos do SUS, todavia, no cenário do SasiSUS, esses princípios são operacionalizados a partir de uma perspectiva intercultural, imputando-se um papel transversal no processo da formulação e implementação das políticas. Essa abordagem considera, para além dos saberes biomédicos, os saberes tradicionais dos Povos Indígenas e a participação ativa das comunidades na definição das prioridades e estratégias de cuidado em saúde.

A proteção dos direitos dos Povos Indígenas no campo do Direito Internacional é consequência de um processo histórico marcado pela invisibilização e alguns avanços. Em 2007, foi aprovada a Resolução 61/295 da Assembleia Geral, que é a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas. Isso aconteceu 72 anos após a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), representando um marco jurídico e político. Este é um fruto das articulações e negociações dentro das organizações internacionais, com raízes nas discussões que começaram na antiga Comissão de Direitos Humanos da ONU, lá em 1980,

quando já se mostrava nitidamente que os direitos dos Povos Indígenas estavam sendo frequentemente violados em várias regiões do mundo.

Esta declaração é direcionada para a proteção dos grupos historicamente vulnerabilizados. A importância do documento consiste, entre outros aspectos, no fato de resguardar os direitos de aproximadamente 6% da população mundial, presente em todos os continentes, e proteger as culturas ancestrais.

Segundo Roweder (2010), com base no pensamento de Accioly (2004), embora as resoluções da Assembleia Geral da ONU não tenham caráter juridicamente vinculante, a Declaração dos Direitos dos Povos Indígenas possui legitimidade reforçada por sua origem no foro mais representativo das nações e pela participação ativa de representantes indígenas em sua elaboração. Além disso, sua ampla divulgação é fundamental para que os próprios Povos Indígenas reconheçam sua condição de titulares desses direitos e possam reivindicar sua efetivação. Diante disso, é possível antever que a Declaração venha a integrar o direito consuetudinário internacional – este, sim, dotado de força vinculante no âmbito do direito internacional público.

Diante da abordagem qualitativa, com o apoio da avaliação em profundidade (Rodrigues, 2011), é possível observar que o processo de formulação e reconhecimento para a garantia dos direitos indígenas em nível internacional mostra os progressos legislativos e institucionais para a efetivação desses direitos. Analisando atenciosamente a trajetória institucional e as dinâmicas de participação dos Povos Indígenas nos espaços multilaterais, possibilita compreender que essa declaração internacional foi fundamental na apropriação da luta desses povos, mesmo com o contexto marcado pelas desigualdades sociais.

Nesse contexto, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é criada em 2010, com a responsabilidade de coordenar e executar a política de atenção à saúde indígena nas Terras Indígenas, no âmbito do Ministério da Saúde. Sua estrutura institucional tem sido mantida por sucessivas gestões do Poder Executivo Federal, assumindo as atribuições anteriormente exercidas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Considerando a análise de Santos (2024), que faz uma análise sobre os cenários da Saúde Indígena e desafios para as Políticas Públicas,

a configuração atual da saúde dos povos indígenas no Brasil reflete os impactos de uma história de cinco séculos de violência do processo colonial, que produziu depopulação, discriminação e vulnerabilidade social. Racismos e violências das mais diversas ordens, perda de territórios e degradação ambiental fazem parte do cotidiano dos povos indígenas (p. 12).

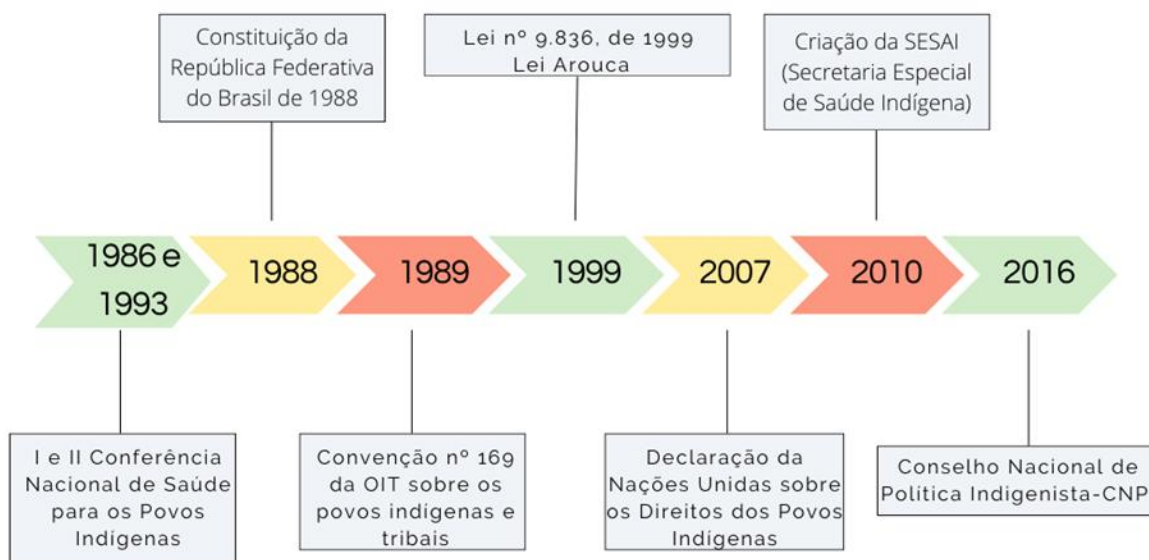
É possível observar que o histórico da Saúde Pública no Brasil foi marcado por sucessivas reorganizações administrativas e edições de muitas normas. A democratização na saúde desenvolveu uma articulação pela Reforma Sanitária, avançando e organizando as propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde.

Por fim, há a criação do Conselho Nacional de Política Indigenista (CNPI). O Decreto nº. 8593º o institui com o objetivo de acompanhar, elaborar e implementar políticas públicas indigenistas, com a participação de 45 (quarenta e cinco) membros (todos com direito a votos), sendo 15 (quinze) do Poder Executivo Federal; 28 (vinte e oito) representantes de organizações e Povos Indígenas (somente 13 com direito a voto); e 02 (dois) de entidades indígenas (com direito a voto). Vale considerar os avanços formais no reconhecimento da representação indígena – por meio da inclusão de organizações, povos e entidades no colegiado –, a distribuição do poder decisório ainda revela uma ausência de igualdade significativa.

A análise do cenário deixa em evidência que a participação indígena nos processos deliberativos sobre as políticas públicas continua limitada, mesmo após a criação do Conselho Nacional de Política Indigenista. Do total de votos, 30 são atribuídos a representantes indígenas, com poder de voto de 15 representantes, enquanto 15 permanecem sob controle dos representantes do Poder Executivo Federal. Com essa pesquisa, à luz de uma abordagem qualitativa, permite problematizar os limites da participação social enquanto mecanismo de democratização das políticas públicas, destacadamente no que se refere ao reconhecimento pleno da autodeterminação e da diversidade étnico-cultural.

Quadro 3 – Marcos na política dos Povos Indígenas no Brasil (1986 a 2016)

MARCOS NA POLÍTICA DOS POVOS INDÍGENAS



Fonte: Elaboração da autora (2025).

Em relação a essas ideias, o Quadro 3, trazido anteriormente, desenha e apresenta uma linha do tempo com marcos nacionais e internacionais que contribuíram para o reconhecimento dos direitos indígenas e para a estruturação de políticas públicas.

Dando continuidade ao processo histórico, a formação do movimento indígena no Brasil surge com a perspectiva de um sujeito coletivo, na cobrança dos seus direitos básicos, que confronta o modelo de herança do colonialismo. Mesmo sendo usuários da política de ponta, os Povos Indígenas seguem como sujeitos que tocam a luta por garantias – como a de serem considerados sujeitos – começando com a implementação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), a articulação do direito à terra demarca, ao sistema de saúde, até chegar aos espaços deliberativos para a construção da política, com a participação nas conferências de saúde, nos conselhos; e isso é um contraponto que questiona a estrutura herdada desde a colonização, tensionando a lógica do Estado (Quijano, 2005).

A década de 1980 e os marcos institucionais subsequentes – Constituição de 1988, conferências, Lei Arouca, criação de SESAI – deram forma a uma política indigenista com perspectiva emancipatória e decolonial. O processo foi atravessado por tensões entre sistemas,

saberes e modelos de controle. A saúde indígena, atualmente, expressa tanto conquistas quanto desafios, especialmente no equilíbrio entre autonomia, interculturalidade e participação efetiva.

Para finalizar este capítulo, Garnelo (2012) nos apoia ao sintetizar de forma certa os contornos da política indigenista brasileira. Historicamente, essa política – conduzida pelo Estado, muitas vezes em articulação com entidades religiosas e civis – foi marcada por uma forte intervenção com o objetivo de assimilar os Povos Indígenas à sociedade nacional. Partia-se do pressuposto de que, com o tempo, os indígenas deixariam de existir como grupos culturalmente distintos. No entanto, a realidade mostrou-se distinta: longe de desaparecer, as populações indígenas não apenas cresceram demograficamente, como também reafirmaram sua vitalidade cultural e ampliaram suas reivindicações por direitos baseados na diversidade étnica.

A política de saúde indígena, particularmente no contexto de Covid-19, opera sob múltiplas tensões. Dentre elas:

- A medicina ocidental e os sistemas tradicionais de cura, frequentemente deslegitimados nas práticas institucionais;
- A gestão centralizada da SESAI e o controle social comunitário, em contraste com o protagonismo das comunidades no controle social;
- O discurso da interculturalidade e a prática da homogeneização cultural e epistemológica.

Além disso, as desigualdades territoriais, a ausência de dados desagregados por etnia e localidade e a falta de participação efetiva dos indígenas na formulação das estratégias evidenciam que a política permanece marcada por contradições estruturais.

3.3 O Racismo Estrutural na pandemia de Covid-19

A pandemia de Covid-19 revelou, de forma explícita, as desigualdades raciais e territoriais que atravessam a política de saúde no Brasil. A exclusão inicial dos indígenas urbanos do plano de vacinação nacional evidencia a atuação da necropolítica (Mbembe, 2011), em que o Estado define quem pode viver e quem será exposto à morte. O governo Bolsonaro, ao recusar-se a dialogar com lideranças indígenas e ao vetar dispositivos da Lei nº. 14.021/2020, aprofunda o racismo institucional. A atuação da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) e a ADPF nº. 709 no Supremo Tribunal Federal (STF) revelam a centralidade da luta indígena na conquista de direitos negados pelo Estado.

A história da política de saúde indígena no Brasil está intrinsecamente ligada aos processos de colonização, extermínio e assimilação forçada dos povos originários. Desde o período colonial, a assistência à saúde dos indígenas foi pensada a partir de uma lógica tutelar e higienista, que não reconhecia os saberes tradicionais nem a autonomia destes povos.

Ao longo do século XX, essa política se consolidou sob a égide da Fundação Nacional do Índio (Funai), hoje Fundação Nacional dos Povos Indígenas, cuja atuação reforçava a tutela do Estado sobre os Povos Indígenas. A lógica da integração compulsória e a medicalização da existência indígena configuraram uma política de “domesticação” dos corpos e territórios (Almeida, 2002; Ricardo, 2000).

Segundo a antropóloga Edir Pina Barros (2003), até meados do século passado, não houve qualquer planejamento impactante de políticas públicas de saúde para os Povos Indígenas. Essa negligência demonstra uma omissão histórica das autoridades no Brasil, traduzida em práticas que anulam a existência desses sujeitos. É nessa conjuntura que o racismo estrutural se apresenta como ponto central, considerando que estrutura, sistematiza e legitima os processos institucionais que produzem desigualdades. Trata-se de um sistema que estrutura o Estado e suas políticas públicas, passando todos os níveis de gestão e atingindo diretamente o acesso aos direitos fundamentais, como saúde, educação e direito à terra.

Dentro dessa perspectiva, o racismo institucional e o racismo ambiental se manifestam como expressões diretas do racismo estrutural na vida dos Povos Indígenas. Ambos produzem barreiras reais e simbólicas no acesso aos direitos, aprofundando a vulnerabilidade desses povos. Como afirma Moura (1988), o racismo estrutural está na base da reprodução das hierarquias raciais no Brasil e na manutenção de uma ordem social que privilegia determinados grupos em detrimento de outros. Ao dialogar com esse conceito, Quijano (1997) propõe o termo “colonialidade do poder” para designar a permanência de estruturas de dominação colonial nos âmbitos econômico, político, social e epistêmico. A colonialidade, segundo o autor, impõe uma hierarquia global da vida que posiciona os Povos Indígenas como subalternos, negando-lhes protagonismo e autonomia.

Além disso, o racismo ambiental corresponde a um campo pouco explorado e visibilizado, mas central para entender a violação de direitos dos Povos Indígenas. Esses grupos são historicamente afetados por políticas públicas e práticas privadas que comprometem seus territórios, seu modo de vida e sua relação com a natureza. A invasão, o não reconhecimento e a não demarcação de terras indígenas, mesmo diante de sua contribuição essencial para a

conservação da biodiversidade, refletem a persistência de uma lógica excludente. Nesse sentido, Alfredo Seguel (2013, p. 1) define o racismo ambiental como:

[...] uma forma de discriminação causada por governos e políticas do setor privado, práticas, ações ou inações, que intencionalmente ou não, agridem o ambiente, a saúde, a biodiversidade, a economia local, a qualidade de vida e a segurança em comunidades, trabalhadores, grupos e indivíduos baseados em raça, classe, cor, gênero, casta, etnicidade e/ou sua origem nacional.

Essa forma de opressão deve ser entendida no campo da ecologia política, pois evidencia os conflitos socioambientais e a desigualdade estrutural que atingem diretamente os Povos Indígenas, impactando seus direitos básicos: à vida, à saúde, à terra.

A partir desse cenário, torna-se ainda mais necessário entender, a partir de uma abordagem qualitativa e avaliativa, como as políticas públicas de saúde destinadas às populações indígenas foram (ou não) efetivadas durante a pandemia de Covid-19 no Ceará.

Esta pesquisa se propõe a identificar lacunas, limitações e avanços no planejamento, execução e monitoramento dessas políticas, valorizando as vozes indígenas e reconhecendo seus saberes como fundamentais para a construção de estratégias mais justas, eficazes e culturalmente apropriadas.

4 ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA PANDEMIA DE COVID-19 NOS POVOS INDÍGENAS DO CEARÁ: INCIDÊNCIA DE CASOS, ACESSO À VACINA E ÓBITOS

Este capítulo tem como objetivo descrever e analisar, sob uma ótica qualitativa, o perfil epidemiológico da pandemia de Covid-19 para a população indígena do estado do Ceará. A análise será conduzida a partir dos dados epidemiológicos, relacionando a incidência dos casos positivos e do número de óbitos por Covid-19; identificando os marcadores iniciais, desde as primeiras aparições dos casos e suas gravidades, o número de indígenas vacinados, as testagens realizadas, os óbitos e o acesso à vacinação durante o período de 2020 a 2023. Para tanto, este capítulo atende ao segundo objetivo específico da pesquisa, que é avaliar o acesso da população indígena à vacinação contra a Covid-19 no Ceará, com base nos dados epidemiológicos, mapeando a incidência de casos, vacinação e óbitos.

4.1 Epidemiologia da Contagem

Em resposta à negligência do Estado em quantificar a pandemia entre os Povos Indígenas, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil assumiu um papel fundamental no monitoramento e na denúncia da realidade vivida por essas populações. Através da criação do Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena, a APIB passou a produzir boletins semanais com informações sistematizadas sobre casos de contaminação e óbitos por Covid-19 nos territórios indígenas, construindo uma base de dados própria a partir de articulações com organizações regionais e lideranças locais. Essa iniciativa emerge como um instrumento de resistência, visibilização e exigência de direitos, ao mesmo tempo em que denuncia o racismo institucional refletido na invisibilidade estatística dos Povos Indígenas nas plataformas oficiais de saúde pública.

Considerando o boletim nº. 1, publicado 12 de maio de 2020, com periodicidade semanal pela APIB sobre o novo coronavírus entre os Povos Indígenas Brasil, verifica-se uma distorção dos dados apresentados. Essa divergência evidencia a fragilidade dos sistemas estatais de vigilância epidemiológica no que se refere às populações indígenas, resultando em uma contagem insuficiente dos casos de contaminação e óbitos, conforme a Tabela 1, apresentada a seguir e elaborada pela autora para ilustrar a situação.

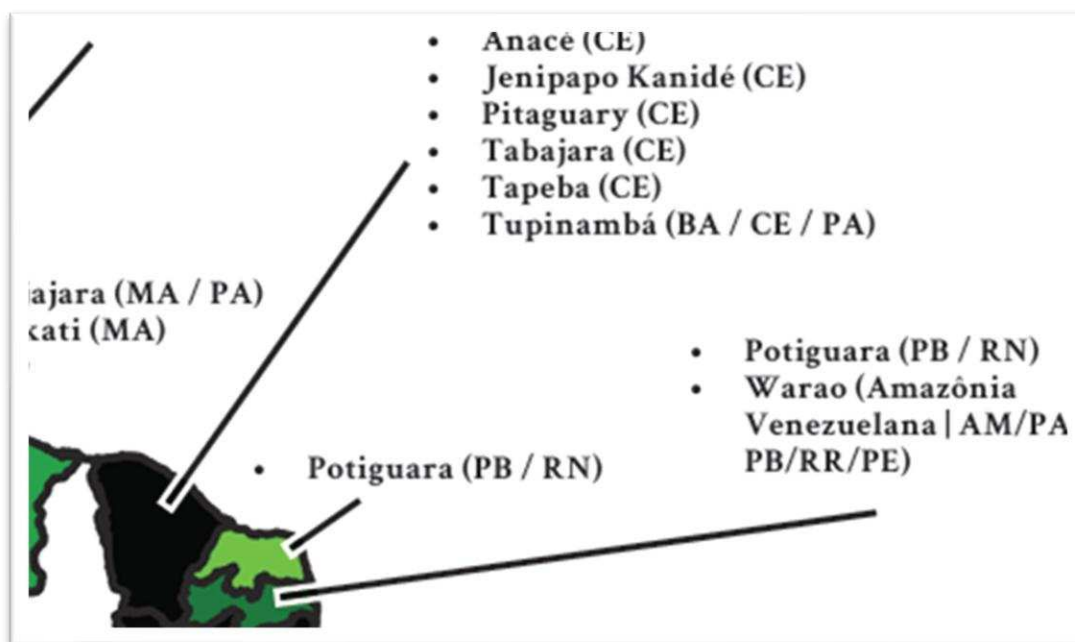
Tabela 1 – Comparativo de casos de indígenas mortos e contaminados por Covid-19 segundo o Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena e a SESAI (atualizado em 11/05/2020)

| INDÍGENAS MORTOS: | |
|---|-----|
| Casos registrados pelo Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena | 77 |
| Casos registrados pela SESAI | 19 |
| INDÍGENAS CONTAMINADOS: | |
| Casos registrados pelo Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena | 308 |
| Casos registrados pela SESAI | 222 |
| Dados atualizados no dia 11/05/2020 | |

Fonte: Elaboração da autora (2025).

No boletim nº. 2 da APIB, sobre Vidas indígenas e a Covid-19 e com data de 25 de maio de 2020, os dados coletados demonstram os Casos de Covid-19 dos Estados com indígenas mortos por coronavírus no Brasil, e se evidencia o aumento de 70% de mortes entre indígenas em duas semanas: de 77 óbitos para 131 entre 10 de maio – 23 de maio de 2020, contando o total número de óbitos: 131, e com estimativa de contaminados: 1140 Povos Indígenas, com uma taxa de letalidade entre eles de 11.4%, um número bem discrepante sobre a população geral que foi registrado acerca da taxa de letalidade da população geral: 6.3%. O boletim seguinte traz o número de 61 Povos Indígenas diretamente atingidos pela Covid-19 no Brasil e, na Figura 3, a seguir, identificamos a área correspondente ao Ceará, que totaliza seis Povos Indígenas.

Figura 3 – Povos Indígenas do Ceará diretamente atingidos pela Covid-19



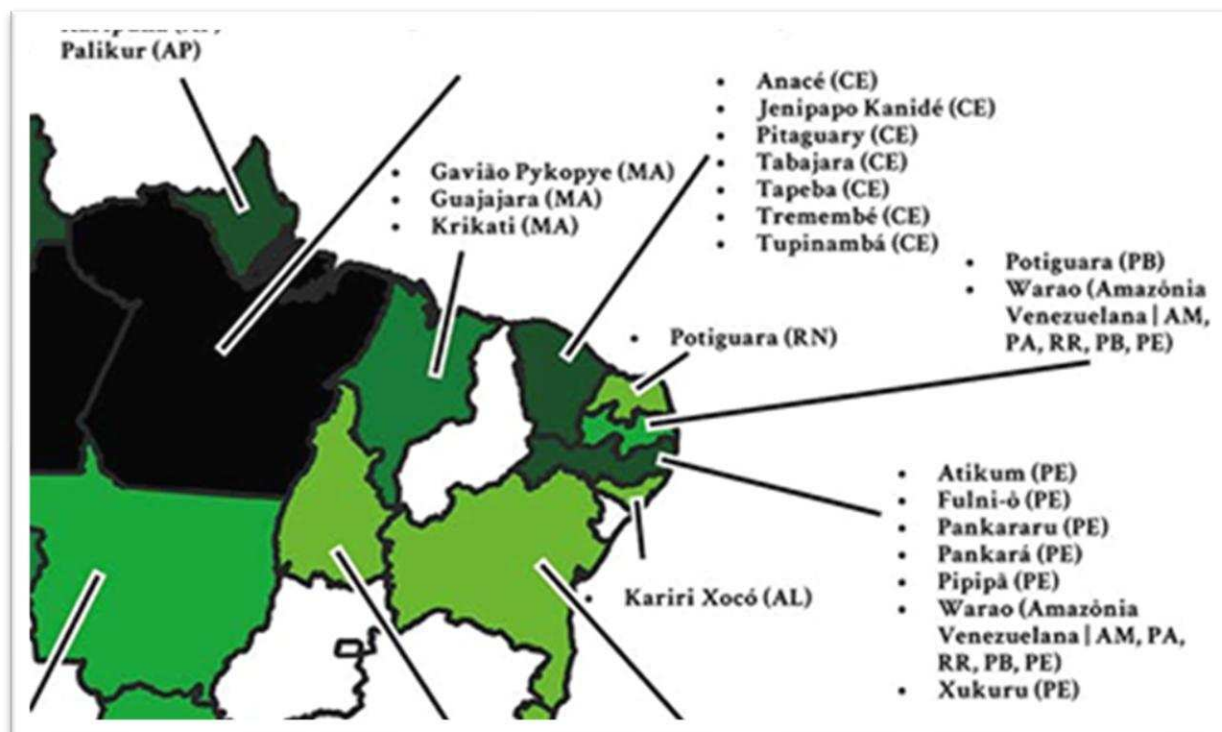
Fonte: APIB (2020).

O 3º boletim da APIB, emitido dia 02 de junho de 2020, revela uma disparidade alarmante nos impactos da Covid-19 entre os povos indígenas. Em apenas um mês (de 30 de abril a 2 de junho de 2020), o número de óbitos saltou de 28 para 182 – um aumento de 550%. No mesmo período, o boletim registrou 1.868 indígenas contaminados no Brasil, com uma taxa de letalidade de 9,7% – quase o dobro da taxa geral da população brasileira (5,7%). O Ceará, por exemplo, aparecia como o 5º estado no ranking de mortes, com 8 óbitos indígenas confirmados.

Analisando o 4º boletim, lançado no dia 10 de junho de 2020, verifica-se que o número de óbitos por Covid-19 entre indígenas triplicou em comparação a abril do mesmo ano: saltou de 28 mortes registradas em abril para 89 em 08 de junho, totalizando 256 mortes no Brasil até aquela data. O documento também apontou 2.886 indígenas infectados no país. No Ceará, o somatório de óbitos chegou a 9 – confirmando a gravidade da situação.

Na Figura 4, apresentada na sequência, é possível visualizar quais Povos Indígenas foram diretamente atingidos pela Covid-19 no Ceará até abril de 2020.

Figura 4 – Povos Indígenas atingidos diretamente pela Covid-19 no Ceará até abril de 2020



Fonte: APIB (2020).

Em seguida, será apresentada uma análise sobre a cobertura vacinal indígena no estado, com base em dados epidemiológicos enviadas pelo DSEI Ceará através do Ofício nº. 246/2025/CE/DIASI/CE/DSEI/SESAI/MS e marcos temporais da campanha de vacinação entre os anos de 2020 e 2023.

A análise dos dados referentes ao ano de 2020 revela variações significativas na incidência de Síndrome Gripal (SG)², Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)³, casos confirmados de Covid-19 e óbitos entre os municípios atendidos pelos serviços de atenção à saúde indígena no Ceará. Vale destacar que a vacina contra a Covid-19 ainda não estava disponível, o que reflete um cenário epidemiológico não influenciado pela imunização coletiva.

² **Síndrome Gripal (SG)** - Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos (em casos de Covid-19 e das Unidades Sentinelas).

³ **Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)** - Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão ou dor persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 94% em ar ambiente OU coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto.

Essa ausência de proteção vacinal confere especial relevância aos indicadores analisados, pois evidenciam a maior vulnerabilidade dessas populações aos desfechos graves da doença (DSEI Ceará).

Ressalta-se ainda que, entre 2020 e agosto de 2023, a população indígena localizada no território do Polo-Base Anacé estava vinculada administrativamente ao Polo-Base Potyrô Tapeba. Isso explica a ausência de registros específicos ao Polo-Base Anacé no conjunto de dados analisados, uma vez que os atendimentos e as notificações relativos a essa população eram computados sob a responsabilidade do Polo-Base Potyrô (DSEI Ceará).

A Tabela 2, a seguir, evidencia disparidades marcantes nos indicadores de Covid-19 entre os municípios cearenses com população indígena. Caucaia destacou-se pelo maior número absoluto de óbitos (4), resultando em uma letalidade de 1,72%, e liderou as notificações: 286 casos de SG (20% do total), 113 de SRAG (39,5%) e 232 casos confirmados de COVID-19 (81,1%). Em Maracanaú, observou-se a maior taxa de letalidade (2,5%), com 3 óbitos para 120 casos confirmados (43,2%), além de 278 notificações de SG e 18,3% de SRAG. Crateús, por sua vez, registrou 328 casos de SG (23% do total), mas com menor letalidade (1%) – 2 óbitos para 200 casos confirmados (61%). Municípios como Aratuba e Monsenhor Tabosa apresentaram baixos índices de letalidade mesmo com números expressivos de casos, sugerindo eficiência na gestão clínica. Itarema chamou atenção pela ausência de óbitos, indicando possível efetividade na resposta local. Por fim, São Benedito, Poranga e Aquiraz tiveram os menores volumes absolutos de casos, o que pode refletir menor incidência ou subnotificação (conforme Tabela 1).

Tabela 2 – Número de casos de Síndrome Gripal (SG), Síndrome Respiratória Aguda Grave, casos confirmados de Covid-19 e óbitos, polos-base e municípios, DSEI Ceará (2020)

| 2020 | | | | | |
|------------------------|--|--------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-------|
| Polo Base | Município | Nº. Síndrome Gripal (SG) | Nº. Síndrome Respiratória Aguda Grave | Casos confirmados de Covid-19 | Óbito |
| Potyrô Tapeba Anacé | Caucaia | 286 | 113 | 232 | 4 |
| Maracanaú | Maracanaú Pacatuba | 278 | 51 | 120 | 3 |
| Crateús | Crateús Novo Oriente Quiterianópolis | 328 | 50 | 200 | 2 |

| | | | | | |
|------------------|--|-----|----|-----|---|
| Monsenhor Tabosa | Monsenhor Tabosa Boa Viagem Tamboril | 118 | 25 | 102 | 2 |
| Aquiraz | Aquiraz | 1 | 4 | 1 | 0 |
| Aratuba | Aratuba | 85 | 8 | 22 | 0 |
| Itarema | Itarema Itapipoca Acarauá | 271 | 18 | 217 | 0 |
| Poranga | Poranga | 29 | 4 | 7 | 0 |
| São Benedito | São Benedito | 17 | 3 | 11 | 0 |

Fonte: Elaboração da autora (2025).

A discrepância entre os dados da APIB e da SESAI reflete falha sistêmica na vigilância epidemiológica indígena, agravando a invisibilização por falta de coleta e divulgação adequadas. A escalada rápida de mortes e contágios mostra o risco de extermínio de comunidades indígenas, demonstrando um movimento genocida sanitário negligente. As diferenças regionais demonstram a vulnerabilidade de indígenas urbanos ou que vivem fora de Terras Indígenas homologadas, frequentemente não contabilizados nos dados oficiais.

A análise qualitativa dos dados de 2021, marcada pelo início da imunização nos territórios indígenas, revela variações consideráveis nos registros entre os municípios, representando uma nova fase no enfrentamento da pandemia.

É possível observar o município de Caucaia pela concentração do maior número de notificações, tanto de SG quanto de SRAG e casos confirmados de Covid-19, refletindo possivelmente sua maior densidade populacional indígena, além de maior capacidade de vigilância epidemiológica. Vale considerar que mesmo registrando um número de notificações elevadas a taxa de letalidade foi proporcionalmente baixa (2,02%), o que tem relação com sua alta cobertura vacinal (713 pessoas vacinadas com 1ª e 2ª dose), evidenciando o papel da imunização na contenção da evolução grave da doença e na redução dos óbitos.

As cidades de Itarema e São Benedito apresentaram taxas de letalidade elevadas (6,06% e 6,25%, respectivamente), apesar do baixo número absoluto de casos. A baixa cobertura vacinal (179 primeiras doses e 29 segundas doses) reforça a hipótese de que a imunização foi crucial para reduzir os impactos da pandemia. Esses dados evidenciam desigualdades no acesso à vacina, possivelmente agravadas pela distância da capital e pelas dificuldades logísticas em áreas isoladas.

Já a cidade de Poranga registrou alta confirmação de casos (95,6%) sem óbitos por COVID-19, possivelmente refletindo a eficácia da atenção básica, já que 90 pessoas receberam ambas as doses da vacina.

Os dados anteriormente analisados demonstram o quanto é complexa a resposta à pandemia nos territórios indígenas, mas, é importante destacar os marcadores sociais e institucionais que determinam as articulações e distribuições nas efetividades das políticas públicas, desde o funcionamento dos polos-base à equidade na distribuição das vacinas e de suprimentos.

A análise dos dados de 2021 demonstra que uma vacinação eficaz – considerando acesso equitativo, distribuição adequada e gestão competente nos polos-base/DSEI – foi determinante para preservar vidas nas comunidades indígenas. Esses fatores permanecem como desafios centrais para as atuais políticas públicas de saúde indígena.

Tabela 3 – Número de casos de Síndrome Gripal (SG), Síndrome Respiratória Aguda Grave, casos confirmados de Covid-19 e óbitos, polos-base e municípios, DSEI Ceará (2021)

| 2021 | | | | | | | |
|---------------------------|--|--------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-------|------------------|------------------|
| Polo-Base | Município | Nº. Síndrome Gripal (SG) | Nº. Síndrome Respiratória Aguda Grave | Casos confirmados de Covid-19 | Óbito | 1ª dose covid 19 | 2ª dose covid 19 |
| Crateús | Crateús Novo Oriente Quiterianópolis | 547 | 80 | 198 | 4 | 713 | 713 |
| Aquiraz | Aquiraz | 140 | 11 | 66 | 4 | 179 | 179 |
| Aratuba | Aratuba | 371 | 39 | 316 | 3 | 610 | 610 |
| Itarema | Itarema Itapipoca Acarau | 99 | 55 | 83 | 3 | 151 | 151 |
| Monsenhor Tabosa | Monsenhor Tabosa Boa Viagem Tamboril | 192 | 23 | 141 | 2 | 305 | 305 |
| Potyrô Tapeba Anacé | Caucaia | 9 | 1 | 10 | 1 | 14 | 14 |
| Maracanaú | Maracanaú Pacatuba | 95 | 4 | 37 | 1 | 114 | 114 |
| São Benedito | São Benedito | 25 | 3 | 16 | 1 | 29 | 0 |
| Poranga | Poranga | 68 | 3 | 65 | 0 | 90 | 90 |

Fonte: Elaboração da autora (2025).

Analisando os dados de 2022, é possível observar o registro das incidências de SG consideravelmente elevadas. Considerando os polos-base de Caucaia (253 casos de SG) e Maracanaú (795 casos de SG): há registros de uma circulação viral alta, cabendo aqui destacar que esses dois polos-bases ficam localizados na região metropolitana da capital Fortaleza, que possui influência nessa circulação viral, e que Caucaia tem a maior concentração populacional indígena. Porém, ambos registraram apenas um óbito em cada município.

Acerca da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), os dados de 2022 demonstram significativamente menor número de casos graves em comparação aos casos de SG em todas as outras regiões. Há municípios em que não houve registro, como Aquiraz, Aratuba, Crateús, São

Benedito e Poranga, indicando que poucas infecções se desenvolveram de forma mais complexa.

É possível, ainda, inferir que a ampla vacinação e as medidas tomadas na atenção básica influenciaram no combate à progressão para a SRAG. Essa combinação de vacinação e atenção primária presente indicaram um cenário em que a gravidade de Covid-19 entre indígenas do Ceará foi bem controlada em 2022.

Tabela 4 – Número de casos de Síndrome Gripal (SG), Síndrome Respiratória Aguda Grave, casos confirmados de Covid-19 e óbitos, polos-base e municípios, DSEI Ceará (2022)

| 2022 | | | | | | | |
|---------------------|--|--------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-------|------------------|------------------|
| Polo Base | Município | Nº. Síndrome Gripal (SG) | Nº. Síndrome Respiratória Aguda Grave | Casos confirmados de Covid-19 | Óbito | 1ª dose covid 19 | 2ª dose covid 19 |
| Crateús | Crateús Novo Oriente Quiterianópolis | 83 | 6 | 50 | 0 | 221 | 221 |
| Aquiraz | Aquiraz | 46 | 0 | 17 | 0 | 67 | 67 |
| Aratuba | Aratuba | 115 | 1 | 52 | 0 | 187 | 187 |
| São Benedito | São Benedito | 18 | 0 | 8 | 0 | 25 | 25 |
| Poranga | Poranga | 72 | 0 | 43 | 0 | 81 | 81 |
| Itarema | Itarema Itapipoca Acará | 109 | 10 | 62 | 1 | 152 | 152 |
| Monsenhor Tabosa | Monsenhor Tabosa Boa Viagem Tamboril | 187 | 3 | 117 | 1 | 340 | 340 |
| Potyrô Tapeba Anacé | Caucaia | 253 | 11 | 124 | 1 | 323 | 323 |
| Maracanaú | Maracanaú Pacatuba | 795 | 62 | 279 | 1 | 1047 | 1047 |

Fonte: Elaboração da autora (2025).

Os dados de 2023 revelam uma conjuntura epidemiológica favorável para os Povos Indígenas cearenses. Os números demonstram uma redução significativa nos registros da SG, SRAG, casos e óbitos de Covid-19. Em Aquiraz, Caucaia, Poranga e São Benedito, não houve

registro de casos, sugerindo uma estabilização desta pandemia, marcando mais uma vez a importância da vacinação para esses povos. Esse cenário revela avanços no controle da pandemia, desde as campanhas de vacinação à auto-organização dos povos, temas que vamos aprofundar no próximo capítulo.

De modo geral, os dados de 2023 (vide Tabela 5, na sequência) demonstram que uma campanha de vacinação adequada – com garantia da vacina, logística com eficiência, atuação das equipes territoriais – pode garantir proteção mínima para a população indígena. Ressalta-se que esses povos necessitam de acesso contínuo à saúde de qualidade, com atenção básica fortalecida e territorializada.

Tabela 5 – Número de casos de Síndrome Gripal (SG), Síndrome Respiratória Aguda Grave, casos confirmados de Covid-19 e óbitos, polos-base e municípios, DSEI Ceará (2023)

| 2023 | | | | | | | |
|---------------------------|--|--------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-------|------------------|------------------|
| Polo Base | Município | Nº. Síndrome Gripal (SG) | Nº. Síndrome Respiratória Aguda Grave | Casos confirmados de Covid-19 | Óbito | 1ª dose covid 19 | 2ª dose covid 19 |
| Aquiraz | Aquiraz | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Aratuba | Aratuba | 15 | 2 | 7 | 0 | 22 | 22 |
| Potyrô Tapeba Anacé | Caucaia | 10 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Crateús | Crateús Novo Oriente Quiterianópolis | 0 | 4 | 11 | 0 | 18 | 18 |
| Itarema | Itarema Itapipoca Acará | 0 | 0 | 0 | 0 | 35 | 35 |
| Maracanaú | Maracanaú Pacatuba | 90 | 11 | 22 | 0 | 120 | 120 |
| Monsenhor Tabosa | Monsenhor Tabosa Boa Viagem Tamboril | 12 | 0 | 16 | 0 | 17 | 17 |
| Poranga | Poranga | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| São Benedito | São Benedito | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Fonte: Elaboração da autora (2025).

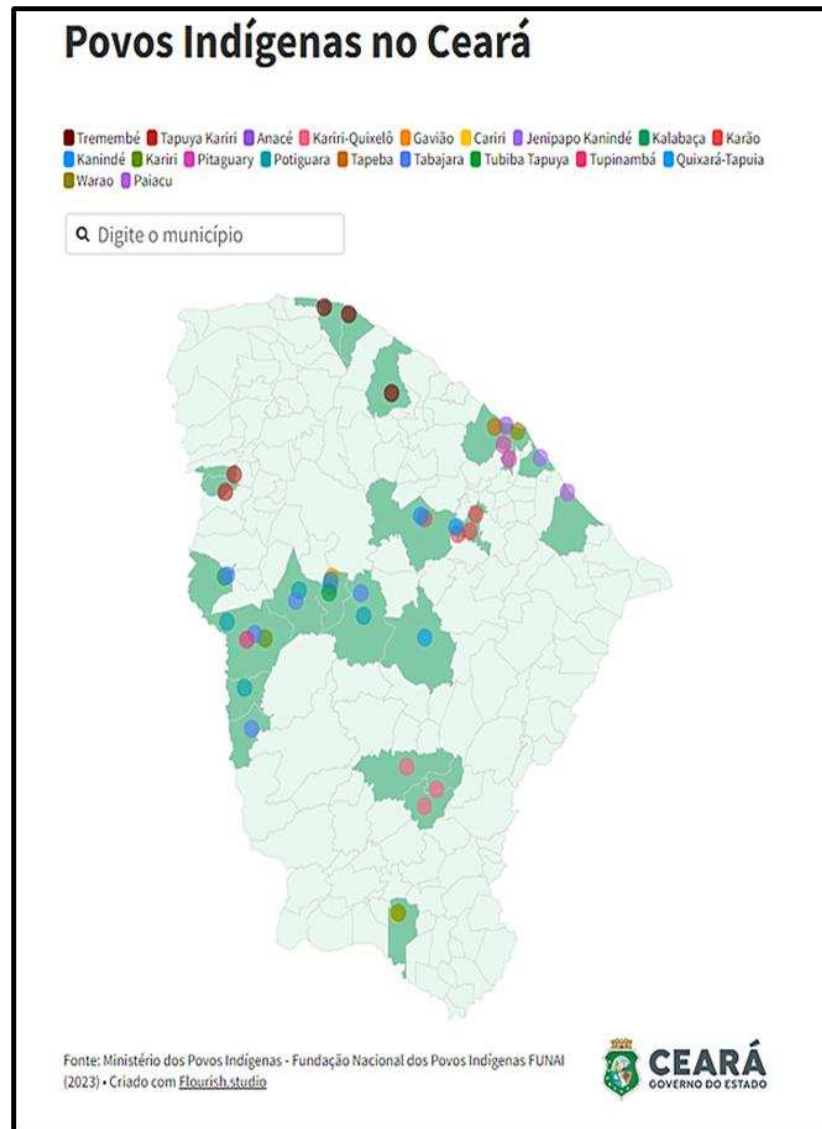
A partir dos dados analisados, é possível observar a redução dos registros sobre a incidência de Síndrome Gripal (SG), Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), casos confirmados e óbitos de Covid-19 dentro da população indígena atendida pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Ceará. Esse resultado da cobertura vacinal, com destaque a partir do ano de 2021, foi fundamental para a garantia da vida da população indígena.

A construção desses dados pela APIB foi decisiva para visibilizar o real impacto de Covid-19 entre os Povos Indígenas. A divergência entre dados divulgados pela ABIP e os oficiais evidenciam a omissão institucional e a urgência de vigilância epidemiológica específica. Esses dados formam base crítica para as análises seguintes sobre testagem, cobertura vacinal e desigualdades territoriais entre os Povos Indígenas do Ceará – que serão melhor detalhadas nos próximos itens deste capítulo.

4.2 Covid-19 entre os Povos Indígenas no Ceará: Panorama Geral

No Ceará são catalogadas 20 etnias no estado, sendo elas: Anacés, Cariris, Gavião, Jenipapos-Kanindés, Kalabaça-Jandaíras, Kariris, Kanindés, Kariri-Quixelôs, Karão-Jaguaribaras, Payacus, Pitaguarys, Potyguaras, Quixará-Tapuias, Tapebas, Tabajaras, Tapuya-Kariris, Tremembés, Tubiba-Tapuia, Tupinambás e os Waraos, de origem venezuelana. Além destes, existe o povo Isú-Kariri, que também luta por reconhecimento e demarcação de terras no estado. Na continuação, ilustra-se, na Figura 5, o mapa com a localização desses povos, a partir de dados da Funai.

Figura 5 – Vinte etnias indígenas catalogadas no Estado do Ceará



Fonte: Governo do Estado do Ceará (2023).

No contexto das etnias indígenas presentes no estado do Ceará, segundo o com o Censo de 2022 do IBGE, o Ceará tem 56.353 indígenas de diversas etnias, destacam-se, em termos populacionais sendo os Tapebas, que constituem o maior grupo, somando 7.038 indivíduos, concentrados no município de Caucaia. Em seguida os Tremembés, com 3.837 pessoas, distribuídas em Itarema, Acaraú e Itapipoca, sendo relevante notar sua presença também no Maranhão, resultante de migrações. O terceiro maior grupo são os Pitaguarys, totalizando 3.623 indivíduos nos municípios de Maracanaú e Pacatuba. Os Anacés também possuem uma representação significativa, com 2.018 membros em Caucaia e São Gonçalo do Amarante. Além destes, há os Kariris e Cariris (duas etnias distintas consideradas em conjunto no censo),

que somam 787 pessoas em diversos municípios como Crateús, Juazeiro do Norte, Lavras da Mangabeira, Aurora, Missão Velha, Caririaçu, Barro, Milagres e Crato, possuindo também população no Piauí. Grupos menores incluem os Kanindé, com 385 indivíduos em Aratuba e Canindé, e os Kalabaças-Jandaíras, com 150 pessoas em Poranga, Ipaporanga, Ararendá e Crateús. Abaixo segue o quadro para visualizar os quantitativos por municípios.

Cinco Municípios com Maior Quantidade de Pessoas Indígenas no Ceará

| Município | Quantidade de Pessoas Indígenas |
|------------------|--|
| Caucaia | 17.628 |
| Itarema | 5.115 |
| Maracanaú | 5.111 |
| Fortaleza | 4.948 |
| Monsenhor Tabosa | 4.861 |

A partir desse reconhecimento étnico e territorial, é importante analisar como foi o processo de acesso às políticas públicas de saúde durante a pandemia de Covid-19, especialmente no contexto da vacinação. A imunização tornou-se a solução para combater o vírus e a crise da saúde.

No campo da política pública da saúde, é importante falar sobre o Programa Nacional de Imunizações (PNI), considerado um dos principais marcos da política pública de saúde no Brasil, criado após uma experiência bem-sucedida de erradicação da varíola no Brasil. Desde então, esse programa tem liderado os esforços para proteger a população brasileira contra doenças infecciosas, com o objetivo de controlar e eliminar essas patologias. Sabemos que a vacinação é uma ação de grande valor social e que oferece um excelente custo-benefício dentro do sistema de saúde. Vale destacar que o Brasil é o país que mais oferece vacinas gratuitamente para a população no mundo (Fernandes, 2021).

O PNI segue uma lógica ampliada de equidade e é respeitado não só pela ampliação da oferta de vacinas, mas também por estratégias e campanhas de vacinação que vão além das fronteiras territoriais e do público-alvo. Essa iniciativa consegue, há décadas, garantir a

imunização da população brasileira. Para os Povos Indígenas, o programa dispõe de um calendário de vacinação específico e de recursos diferenciados para a distribuição das vacinas (Fernandes, 2021).

Apesar de todos os avanços históricos citados acima e da cobertura do PNI, sobretudo no que se refere a vacinas gratuitas e estratégias de vacinação, existem desigualdades na efetivação dessas políticas em um cenário marcado pelas vulnerabilidades estruturais. Para os Povos Indígenas, essas desigualdades na execução da política demonstraram de forma crítica durante a pandemia de Covid-19, revelando falhas na comunicação, na logística e na implementação de ações direcionadas à prevenção e ao cuidado. Apesar da existência de um calendário vacinal específico para essas populações, a ausência de estratégias articuladas com a realidade vivida comprometeu o alcance das metas de cobertura, refletindo-se em maiores taxas de incidência e mortalidade por Covid-19 em diversas comunidades indígenas do país (ABRASCO, 2021).

Para as comunidades indígenas, a ausência de uma estratégia coordenada para reforçar a importância da vacinação e outros métodos de prevenção, além de garantir acesso a informações confiáveis e disponibilizar os recursos necessários em situações críticas, resultou em uma cobertura vacinal menor contra a Covid-19. Como consequência, houve maiores taxas de incidência da doença e mortes evitáveis entre esses povos no Brasil, conforme dados epidemiológicos divulgados pelo Governo Federal durante a pandemia (ABRASCO, 2021).

Para a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), existiu uma ineficiência na logística da distribuição das vacinas, assim como a exclusão de metade do quantitativo da população indígena, já que inicialmente foram incluídos nos grupos prioritários para a vacinação apenas os indígenas aldeados com mais de 18 anos, retirando do grupo prioritário os que estavam em territórios não homologados e no contexto urbano. Somente depois do aditamento da ADPF 709 e disputas das mobilizações indígenas dessa parte da população, estes últimos foram incluídos na prioridade da vacina, ainda que de forma tardia. Mesmo com essa decisão legal, algumas comunidades precisaram enfrentar disputas para a garantia dos direitos (APIB, 2020).

Vale ainda destacar que a APIB desempenhou uma atuação fundamental junto à ação no Supremo Tribunal Federal (STF), a já mencionada ADPF 709, que indagou os direitos e a proteção aos Povos Indígenas no combate à Covid-19 e na garantia da vacinação para todos os Povos Indígenas (ABRASCO, 2021).

Considerando que os dados são essenciais para guiar o planejamento das ações de prevenção de Covid-19, é possível observar que existiu uma divergência quanto ao quantitativo populacional que seria incluído na campanha de vacinação contra a Covid-19. Isso revelou uma fragilidade na informação que deveria subsidiar a tomada de decisão, já que estimativas confiáveis sobre a população-alvo são dados essenciais para guiar o planejamento das ações de prevenção de Covid-19 (BRASIL, 2021).

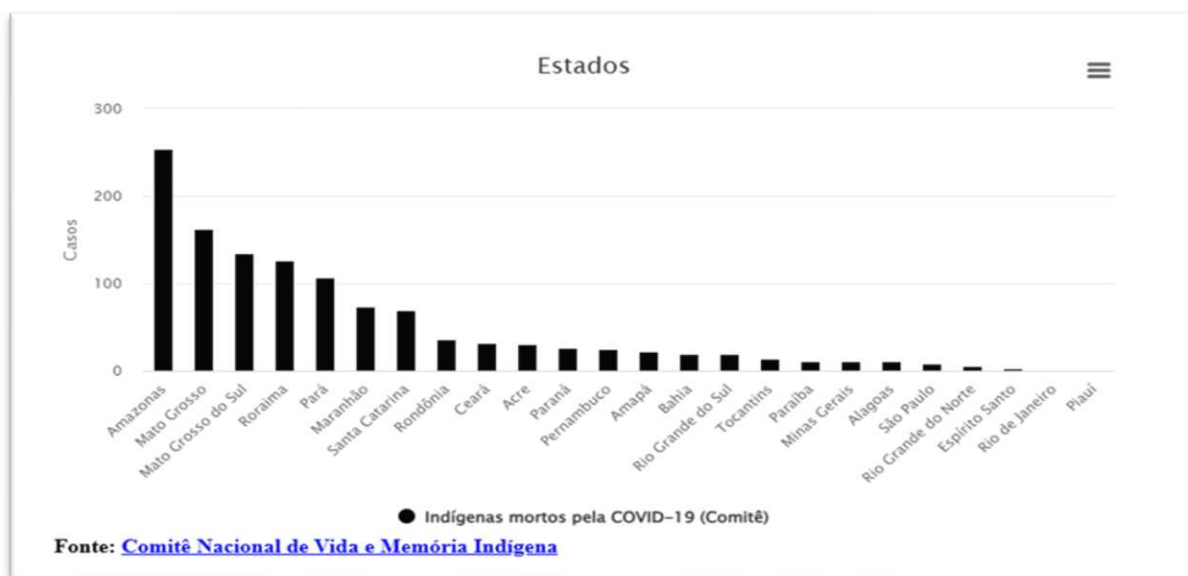
Durante a 12ª edição da live do Comitê de Acompanhamento à Covid-19 do CNS, debateu-se sobre os números de infecções e óbitos por Covid-19 na população indígena brasileira, que apresentaram divergências entre os dados apresentados pelo Governo Federal e por entidades representantes dos povos. De acordo com o levantamento da SESAI do Ministério da Saúde, havia, naquele momento, quase 24 mil infectados e 398 óbitos, enquanto os dados da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) apontavam quase 30 mil infectados e 785 mortes.

Na percepção dos participantes da APIB, as divergências nos dados populacionais impactam diretamente as medidas de prevenção e proteção dos territórios indígenas. Essa fragilidade implica na elaboração das estratégias direcionadas na alocação de recursos. Além do mais, foi citado que as invasões aos territórios por garimpeiros e madeireiros colaboraram para uma exposição das comunidades aos riscos sanitários, atrapalhando significativamente o controle da propagação de Covid-19 nos territórios indígenas. Esses fatores expõem a dificuldade nos contextos territoriais e a demanda de ações intersetoriais e transversais que não considerem apenas os pontos epidemiológicos, mas principalmente as causas estruturais que implicam no direito à saúde para essa população.

O acompanhamento do aumento do novo coronavírus entre as populações indígenas representou um grande desafio para o poder público para a garantia de acesso ao serviço e para as organizações indígenas. Segundo Davi Kopenawa Yanomami (2020a, 2020b), embora os registros oficiais permitam acompanhar parcialmente a dinâmica de notificação dos casos, eles não traduzem, de maneira fidedigna, a amplitude e o impacto da pandemia sobre essas populações. A insuficiente desagregação dos dados por etnia e território compromete a identificação precisa das regiões e dos grupos étnicos mais atingidos. Ademais, destaca-se a omissão de informações referentes às populações indígenas que vivem fora de Terras Indígenas homologadas, incluindo aquelas residentes em áreas urbanas e aquelas cujos territórios ainda se encontram em processo de demarcação, o que evidencia uma lacuna crítica no sistema de vigilância epidemiológica.

O Gráfico 1, a seguir, apresenta o detalhamento da Distribuição Geográfica por Estado e Município do Brasil. De acordo com dados da APIB, o estado do Amazonas foi o primeiro a registrar casos confirmados de infecção por Covid-19 entre Povos Indígenas e concentrou o maior número de óbitos no período analisado. O estado do Ceará ficou na 9ª colocação.

Gráfico 1 – Indígenas mortos por Covid-19



Fonte: APIB (2020).

Existia uma preocupação com o papel desempenhado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) como possível vetor de disseminação do vírus nos territórios indígenas, inclusive na região do Vale do Javari – área que abriga a maior concentração de povos isolados do mundo.

Segundo Davi Kopenawa (2020), houve falta de transparência dos dados da SESAI, o que impediu a identificação de óbitos. Os dados com a sigla SI (Sem Informação) representaram esses casos. Houve ainda relatos e denúncias sobre a falta de transparência e sobre o racismo institucional da SESAI, bem como um pedido de respeito aos direitos dos Povos Indígenas. Essa falta de gestão da informação e transparência resulta na subnotificação dos números de óbitos em todo o território nacional. Para Fernanda Campagnucci, diretora-executiva da Open Knowledge Brasil (OKBR):

É grave porque você deixa de conhecer dados importantes, de direcionar as políticas públicas. Além disso, prejudica o trabalho dos pesquisadores que estão buscando sobre o comportamento da doença, se impacta de uma maneira diferente em quem tem características diferentes. Se tivéssemos uma base melhor, daria para ter mais estudos sobre (n. p.).

Segundo o Panorama Geral de Covid-19 da APIB, entre 2019 e 2021, o Brasil registrou 1.193 óbitos indígenas por Covid-19, sendo 34 casos específicos no Ceará no período de 20 de maio de 2020 a 24 de setembro de 2021.

Para Fleury e Fava (2022), é indispensável a análise da conjuntura política do momento vivido, especialmente sobre a crise política da vacinação de Covid-19. Uma crise política foi gerada com proporções na geopolítica desde o governo Bolsonaro no Brasil ao governo de Donald Trump, nos Estados Unidos, em que ambos reproduziam críticas a OMS, com teorias de conspiração contra a China, com insinuações sobre a responsabilidade do vírus e a negação da gravidade da pandemia. Em seguida, após a declaração da OMS em março de 2020 sobre a pandemia de Covid-19, os Estados passaram a aderir o isolamento social como umas das medidas de prevenção para conter o vírus, porém, o Governo Federal tinha orientações contrárias e desdenhava das medidas de isolamento social. Enquanto agia imprudentemente, o Brasil registrava, no final de março de 2020, 5,7 mil casos e computava 20 óbitos.

O Governo Federal defendia apenas o isolamento vertical para as pessoas idosas e com comorbidades. Mas provocava aglomerações e dava recomendações sem fundamentos científicos. Em junho de 2020, o então presidente do Brasil mobilizou seus seguidores nas redes sociais para invadir hospitais com devaneios que existiam leitos vagos com o objetivo de desmentir a superlotação dos ambientes hospitalares (Fleury; Fava, 2022).

Nos meses de julho, setembro e outubro de 2020, o Instituto Butantan enviou ao Ministério da Saúde ofertas de milhões de vacinas. Porém, não foi dada resposta. Em agosto de 2020, a empresa Pfizer também fez a oferta da vacina, mas não obteve retorno.

Os fóruns dos governantes, a exemplo do Consórcio Nordeste e a Frente Nacional dos Prefeitos, começaram a pressionar o MS para compra das vacinas ofertadas pelo Instituto Butantan. Após essa pressão política, o então ministro fez um contrato de compra da vacina, porém, ao anunciar em suas redes, o presidente afirma que não será comprada. Em seguida, há a primeira troca de ministro da saúde diante dessa crise sanitária.

O Segundo ministro nomeado, Marcelo Queiroga, possuía entendimento contrário ao *lockdown* como medida sanitária, mas já estava defendendo a vacina. Com algumas preferências, ignorava totalmente a CoronaVac, e apostava todas as fichas na Oxford/AstraZeneca, que gerou uma mobilização dos secretários estaduais via Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), exigindo que o programa de imunização tivesse todas as vacinas.

4.3 Vacinação: a luta política

A campanha de vacinação contra a Covid-19 no Brasil deu início em 17 de janeiro de 2021 em São Paulo (SP), após aprovação do uso emergencial da vacina CoronaVac pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). No entanto, Fleury e Fava (2022) defendem que desde o início foi marcado por restrições operacionais, especialmente relacionadas à estratégia de compra dos imunizantes adotada pelo Governo Federal, que, inicialmente, dedicou-se unicamente a vacina AstraZeneca/Oxford. Essa decisão contribuiu para a limitação do acesso a outras vacinas disponíveis e impactou negativamente no ritmo inicial da campanha de imunização. Vale destacar, que até o mês de abril, a campanha encarou sucessivas interrupções na distribuição e na produção de vacinas, o que agravou ainda mais o ritmo da imunização em todo o país.

No decorrer do primeiro ano da campanha de vacinação contra a Covid-19 (2021), aconteceram dificuldades e divergências, principalmente no que se relaciona ao atingimento das metas de vacinação entre os Povos Indígenas. De acordo com relatório emitido pela SESAI, até março de 2021, a cobertura da primeira dose era de 73%, no momento em que apenas 55% tinham recebido a segunda dose, com base no quantitativo populacional estimado (SESAI, 2021). A partir desses dados é possível observar uma cobertura vacinal inferior à capacidade previamente instalada nos DSEIs, deixando em evidência um desalinhamento entre o planejamento técnico e a efetivação das ações em campo.

No Ceará, em fevereiro de 2021, 80,4% da população indígena (16,4 mil pessoas) havia recebido a primeira dose e 14,5% (2.968 pessoas) a segunda. Esses índices colocavam o estado acima da média nacional no que se refere à segunda dose. Em abril do mesmo ano, o estado intensificou suas ações e alcançou 92,2% da população indígena com a primeira dose e 86,4% com a segunda (18,8 mil e 17,6 mil pessoas, respectivamente), o que refletiu diretamente na redução dos casos confirmados e óbitos. Essa ampliação da cobertura vacinal deveu-se à adesão às diretrizes do Programa Nacional de Imunização (PNI) e às estratégias territorializadas implementadas em parceria com lideranças locais.

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa), em 19 de abril de 2021, divulgou uma publicação em seu *site* que mais de 90% da população indígena do estado havia sido vacinada. O destaque foi dado aos municípios com maior concentração de Povos Indígenas: Caucaia, Maracanaú, Poranga, São Benedito, Itarema e Monsenhor Tabosa. A secretária executiva da Sesa, Magda Almeida, ressaltou a boa adesão da população indígena à vacinação. Rosa

Pitaguary, liderança da aldeia Monguba (Maracanaú), concedeu entrevista para Sesa destacando a importância das campanhas de conscientização e do fortalecimento das alianças comunitárias no processo de imunização. Em suas palavras:

Aqui na nossa aldeia fizemos uma campanha muito grande, explicando todos os cuidados e a importância de se vacinar. Hoje estamos com quase 100% da comunidade vacinada e isso representa muito para nós. Sabemos que é resultado direto de muita conversa e esclarecimentos para que todos entendessem que este é um momento de confiar na ciência e seguir todas as recomendações das autoridades sanitárias para preservar a vida, que é o nosso bem mais precioso (2021, n. p.).

Durante a pandemia, ações intersetoriais também contribuíram para a efetividade da campanha, como a atuação da Secretaria da Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos, que realizou doações de alimentos aos territórios indígenas. Em depoimento, na entrevista registrada pela Sesa no dia 19 de abril de 2021, Socorro França, então titular da pasta, ressaltou a importância da resposta rápida e coordenada para a proteção das comunidades tradicionais e fez um destaque:

A pandemia é um grande desafio para todos nós, mas estamos conseguindo vencer. É muito gratificante ver que as comunidades tradicionais e Povos Indígenas vêm sendo imunizados com rapidez e que, mesmo enfrentando uma segunda onda, nós seguimos lutando para que todos sejam vacinados e fiquem protegidos (2021, n. p.).

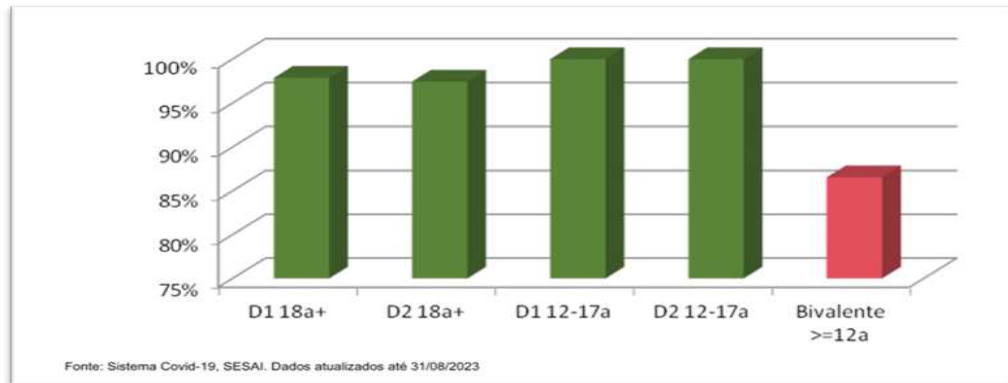
Em janeiro de 2022, a vacinação foi estendida às crianças indígenas de 5 a 11 anos. Mais de mil crianças foram imunizadas em 20 territórios e 16 etnias do Ceará. Esse avanço contribuiu para a consolidação da imunização infantil, reduzindo a transmissão viral entre os mais vulneráveis e reforçando uma política de saúde com reconhecimento intercultural.

A campanha de vacinação entre Povos Indígenas no Ceará deve ser analisada para além dos números de cobertura: ela expressa a complexidade das mediações institucionais, comunitárias e territoriais envolvidas. A mobilização de lideranças, agentes indígenas de saúde e estruturas do DSEI/SESAI foi decisiva para a efetivação da vacinação nos territórios.

Com base no boletim epidemiológico divulgado pela Sesa de abril de 2024, observa-se os desdobramentos da cobertura vacinal entre a população indígena. No SasiSUS, em 2023, foram notificados 2.069 casos confirmados de Covid-19 nos 34 DSEIs, com taxa de incidência de 335,66 por 100.000 habitantes e nove óbitos, resultando em taxa de letalidade de 0,43%. Destaca-se, neste cenário, o aumento do número de casos confirmados.

O DSEI Ceará alcançou, em 2023, a maior cobertura nacional da dose de reforço bivalente para a faixa etária de 12 anos ou mais, com 87% de cobertura, conforme dados do Sistema Covid-19/SESAI.

Gráfico 2 – Cobertura Vacinal contra a Covid-19 na população indígena do Ceará (2021-2023)



Fonte: Sistema Covid-19/SESAI (2023).

No mesmo ano, houve avanço significativo na vacinação de crianças, mulheres em idade fértil e idosos, conforme dados do esquema vacinal completo dos Povos Indígenas do Ceará.

Figura 6 – Esquema vacinal completo dos Povos Indígenas do Ceará (2021-2023)

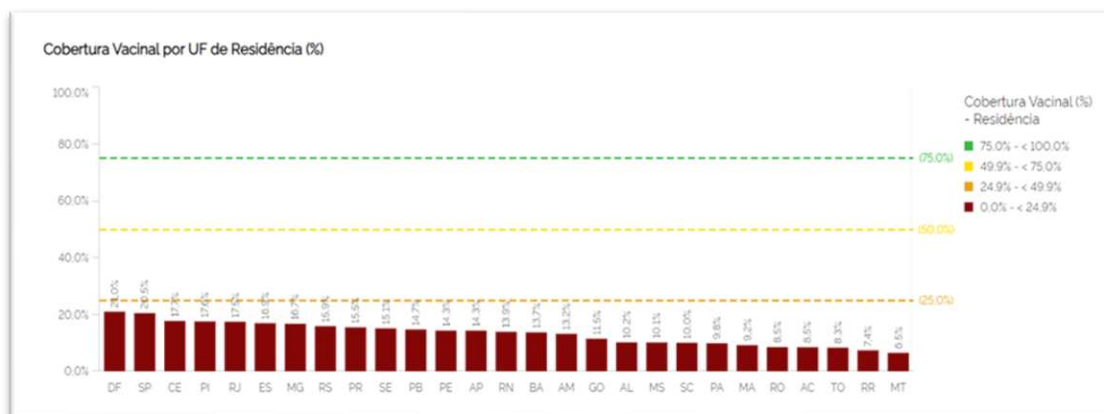


Fonte: Sistema Covid-19/SESAI (2023).

No entanto, a partir da análise dos boletins epidemiológicos, observou-se uma lacuna em relação aos óbitos por Covid-19: tentativas de acesso ao portal de transparência não tiveram êxito devido a falhas técnicas. A vacinação, como fenômeno global, enfrentou desafios como a desinformação e a resistência à adesão, especialmente em contextos de acesso desigual à informação e negligência institucional. Esse quadro contribuiu para explicar as dificuldades em atingir a cobertura vacinal planejada (ABRASCO, 2021).

Em 2023, conforme divulgado pela Sesa, o Ceará destacou-se como o primeiro estado do Nordeste em cobertura vacinal bivalente, com 17,72% de cobertura e 1.544.216 doses aplicadas. Também obteve índices elevados na vacinação contra varicela (89,09%) e na segunda dose de tríplice viral (81,52%).

Gráfico 3 – Cobertura Vacinal por UF de Residência



Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (2023).

Considerando a publicação no *site* da Sesa sobre ampliação da cobertura vacinal contra a Covid-19 e gripe, foi realizada a campanha do dia “D” em parceria com 71 municípios do Estado, em que se promoveu campanha de vacinação contra a influenza, além da aplicação de doses bivalentes contra a Covid-19. Um total de 977 pessoas foram atendidas nas salas de vacinação dos Vapt Vupts⁴ localizados em Fortaleza (bairros Antônio Bezerra e Messejana) e Juazeiro do Norte. Segundo coordenadora de imunização da Sesa, esse resultado decorreu de uma ampla mobilização, com estratégias como “Dia D” de vacinação, buscas ativas e campanhas personalizadas por território.

A avaliação em profundidade evidencia que o alcance efetivo do PNI no Ceará se relacionou não apenas à cobertura alcançada, mas também à articulação entre esforços estatais, municipais e comunitários. As diferenças observadas nas datas de aplicação das doses refletem fragilidades logísticas, porém ainda tensões entre diretrizes nacionais e realidades locais. Essas variações ressaltam a importância do monitoramento sensível e da adaptação das políticas

⁴ O Vapt Vupt no Ceará é uma rede de postos de atendimento multifuncionais do governo do estado, que oferece serviços públicos integrados de forma ágil e descentralizada. O nome (que remete à ideia de “rápido e prático”) reflete seu objetivo: facilitar o acesso da população a documentos e serviços essenciais, reduzindo burocracia e filas.

públicas às especificidades territoriais, reforçando a relevância da abordagem qualitativa na avaliação de políticas de saúde para os Povos Indígenas.

5 EXPERIÊNCIAS E DESAFIOS VIVENCIADOS PELOS POVOS INDÍGENAS CEARENSES NO ENFRENTAMENTO AO GENOCÍDIO APROFUNDADO PELA PANDEMIA DE COVID-19

Este capítulo tem como objetivo analisar qualitativamente os sentidos, discursos, as experiências e os desafios vivenciados pelos Povos Indígenas cearenses durante a pandemia de Covid-19. A análise utilizará fontes bibliográficas, documentos institucionais, registros das organizações indígenas e jornais, em busca de mapear a vivência desta gente durante o período de 2020 a 2023. Essa análise se alinha ao terceiro objetivo específico da pesquisa, que é investigar as experiências e os desafios vivenciados no processo de organização e resistência sociopolítica das comunidades indígenas cearenses na busca pelo direito à cobertura vacinal durante a pandemia.

5.1 A política em disputa: entre o planejamento institucional e a realidade dos territórios

A política de vacinação contra a Covid-19 foi marcada por uma profunda desconexão entre o planejamento técnico-normativo das instâncias federais (SESAI, Ministério da Saúde) e a realidade vivida pelas comunidades indígenas. Em muitos territórios, a ausência de infraestrutura, a rotatividade de profissionais e a demora na entrega de insumos comprometeram a efetividade da vacinação.

Esse descompasso evidencia o conflito entre o “conteúdo da política” e a sua operacionalização, como aponta Rodrigues (2008), revelando que uma política desenhada de forma homogênea tende a falhar quando implementada em territórios marcados por desigualdades históricas e invisibilização. Ao realizar uma pesquisa nos jornais, foi encontrada uma publicação do G1 publicada no dia 08 de abril de 2020, expondo a preocupação com o primeiro desafio a ser enfrentado pelos territórios, a insegurança alimentar⁵, retratando a preocupação durante a quarentena dos Povos Indígenas e falando da mobilização das lideranças em organização por campanhas de arrecadação de alimentos nas redes sociais, como alternativa pensada para garantir a sobrevivência da comunidade.

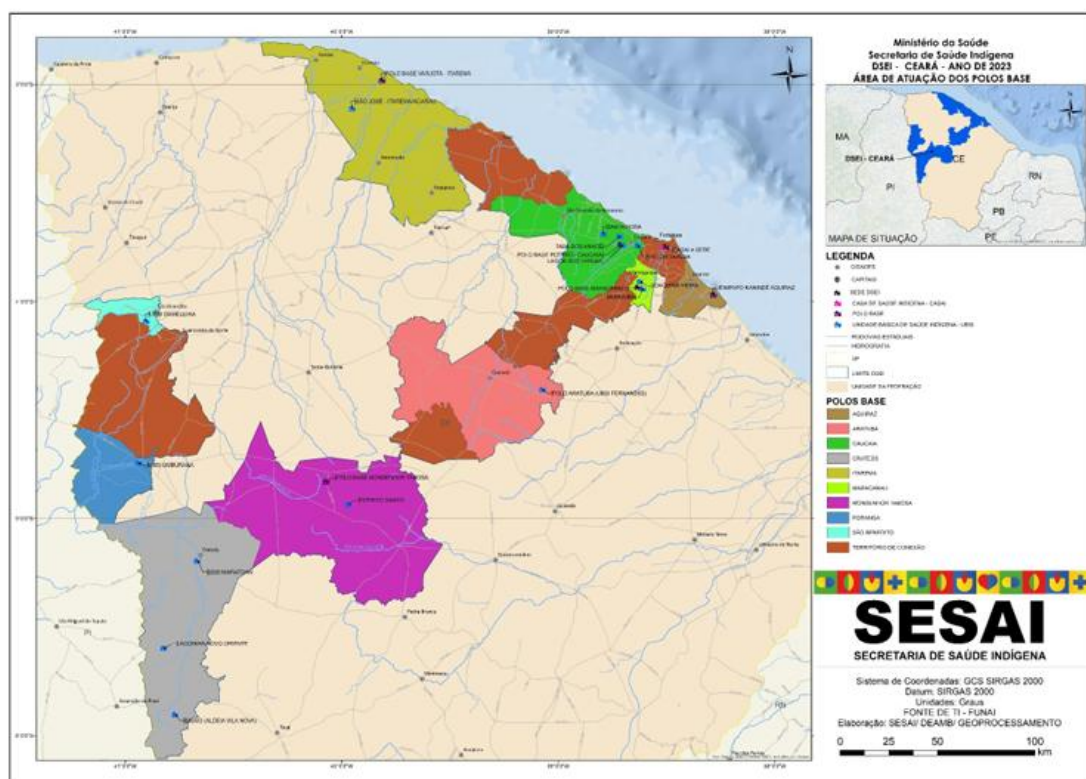
A reportagem aborda a preocupação das lideranças indígenas em garantir segurança alimentar, visto que a renda dessas comunidades foi afetada com a pandemia. Organizou-se,

⁵ Portal de notícias brasileiro mantido pelo Grupo Globo, focado em jornalismo digital. Disponível em: <https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2020/04/08/inseguranca-alimentar-preocupa-povos-indigenas-durante-quarentena-no-ceara.ghtml>. Acesso em: 01 maio 2024.

então, uma ação de Distribuição de Alimentos a Grupos Populacionais Tradicionais Específicos, realizada pela Companhia Nacional de Abastecimento (Conab), em que se entregou cerca de 9.222 cestas de alimentos ao Estado, divididas em duas etapas de distribuição (cada família recebeu duas cestas) – 3.650 famílias indígenas da Grande Fortaleza e 1.546 da região dos Sertões de Crateús, totalizando 4.611 grupos familiares beneficiados.

Os territórios indígenas enfrentam um segundo desafio, serviços de saúde limitados, que revelam uma estrutura precária de atendimento às populações tradicionais. No Ceará, o DSEI conta com apenas 26 Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSIs) e nove Polos-Base para prestar atenção primária a 104 aldeias - uma cobertura insuficiente para a demanda existente. A distribuição geográfica dessas unidades pode ser visualizada no mapa de abrangência do DSEI por polos-base (Figura 7).

Figura 7 – Mapa do território de abrangência do DSEI Ceará por polos-base



Fonte: COAEP/SESAI/MS (2023).

Em matéria publicada no G1, no dia 08 de abril de 2020, o advogado Weibe Tapeba concede entrevista ressaltando que o número é insuficiente para atender a demanda, e destaca: “é necessário termos a construção de mais unidades de atendimento, além da ampliação da frota de veículos para as equipes e valorização da medicina tradicional” (n. p.). Até abril de 2019, o

Instituto que gerenciava as contratações dos profissionais atuantes na UBSI operava com 292 profissionais de saúde. Para Neto Pitaguary, presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CE), há existência de uma limitação na força de trabalho. O MS informou que as 24 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena que atuam no DSEI Ceará contavam com 482 contratados atualmente, número superior ao de 2019, que era de 476. É possível observar uma divergência entre os dados repassados pelo MS e as informações das lideranças indígenas. Na entrevista Weibe, registra que existiu um esvaziamento da execução da política, desde 2019, e que “acabou gerando, ao meu ver, uma certa descontinuidade nos serviços e prejudicando algumas áreas” (n. p.).

Há destaque na entrevista sobre a situação do município de Iguatu, em que cerca de 15 famílias do Povo Kariri-Quixelô – que vivem na comunidade de Retiro – são atendidas por profissionais cedido pelo município. O Cacique Eduardo Kariri-Quixelô afirma a existência de uma precarização no serviço ofertado, considerando que o médico se desloca ao local uma vez por mês. Diante da ausência da UBSI nas proximidades dos territórios, as famílias eram obrigadas a se deslocar ao centro urbano mais próximo, a cerca de 19 km de distância. Levando em consideração as recomendações da OMS, tornou-se inviável e dificultou ainda mais o acesso aos serviços básicos da saúde desta população.

A reportagem evidenciou a situação do Cariri, que não foi diferente. O povo Kariri, com aproximadamente 60 famílias, não tinha médico disponível, precisando se deslocar para o distrito vizinho. A presidente da Associação dos Índios Kariris, Vanda Lúcia Batista Kariri, relata que não existe na comunidade equipamentos de saúde, seja a nível federal ou municipal, e destaca a situação com as pessoas idosas da comunidade.

A partir da entrevista publicada pelo G1-CE no dia 01 de maio de 2020, observa-se as questões mencionadas anteriormente. O terceiro desafio enfrentado foi o das visitas às aldeias, em que a solução encontrada foi criar barreiras sanitárias para impedir a entrada de visitantes. A aldeia que protagonizou esse episódio foi a Tremembé da Barra do Mundaú, que espalhou faixas com avisos de que não estava recebendo visitantes. Este é um território localizado em Itapipoca, com acesso a praias que foram pontos de aglomerações⁶.

⁶ Povo indígena cria barreira sanitária para impedir entrada de visitantes em aldeia no interior o Ceará. Observação: o G1 Ceará é a versão local do portal de notícias G1, focado em informações sobre o estado do Ceará. Notícia disponível em: <https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2020/05/01/povo-indigena-cria-barreira-sanitaria-para-impedir-entrada-de-visitantes-em-aldeia-no-interior-o-ceara.ghtml>. Acesso em: 10 maio 2024.

Diante da pandemia, o Povo Tremembé da Barra do Mundaú organizou-se para proteger seu território, emitindo uma nota pública que expressava sua preocupação com a segurança comunitária. Como medida concreta, implantaram uma barreira sanitária com monitoramento contínuo (24 horas), alinhada às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), solicitando o respeito às normas de prevenção.

Figura 8 – Povo Tremembé da Barra do Mundaú cria barreira sanitária para impedir entrada de visitantes em aldeia



Fonte: Samuel Tremembé (2020). Divulgação G1-CE.

Segundo a liderança indígena do território, Mateus Tremembé, que concedeu entrevista ao G1-CE, a medida se tornou necessária devido à alta incidência dos casos confirmados de Covid-19 em Itapipoca. Após a implementação das barreiras sanitárias, os indígenas aldeados passaram a receber ameaças dos não aldeados que tentaram entrar no território. Nesse sentido, conforme afirmou a liderança Adriana Tremembé na entrevista do G1, a aldeia enfrentou “resistência por parte de pessoas que se recusam a usar equipamentos de proteção pessoal [e recebeu] ameaças e agressões verbais” (n. p.).

Em seguida, de acordo com matéria do G1-CE publicada dia 15 de abril de 2020, o MPCE recomendou a elaboração de um plano de contingência contra a Covid-19 em comunidades indígenas de Itapipoca, com o objetivo de proteger territórios no litoral oeste do

estado contra o contágio do novo coronavírus e a aplicação das vacinas obrigatórias em todos os integrantes das comunidades⁷.

A matéria do G1-CE de 08 de maio de 2020 revelou o quarto desafio: o Ceará liderava os casos de Covid-19 entre indígenas no Nordeste (nove registros), ocupando o 5º lugar no Brasil. Lideranças indígenas, porém, denunciavam subnotificação: segundo a Federação dos Povos Indígenas, apenas entre os Tapeba (Grande Fortaleza), já havia oito casos confirmados. Weibe Tapeba, assessor jurídico, explicou: “há uma divergência de informações entre os polos-bases com a sede no distrito, em Fortaleza. E existe também uma falha de comunicação neste registro com a base do Ministério da Saúde”⁸.

Outro agravante foi a contaminação de profissionais da atenção básica em Caucaia, expondo ainda mais a vulnerabilidade indígena. Lideranças denunciaram o colapso do sistema de saúde em diversos territórios cearenses e alertaram: “Temos presenciado uma verdadeira omissão por parte do Governo Federal. Há limitação de máscaras, álcool em gel, luvas para os profissionais de saúde” (n. p.).

O DSEI Ceará informou que os profissionais com teste positivo cumpriram 14 dias de quarentena para evitar transmissão, afirmando que “após esse período, o profissional está apto a retomar suas atividades sem risco para os pacientes”. Entretanto, o líder indígena Tapeba e vereador de Caucaia, Weber Tapeba, contestou: “antes da Covid-19 as equipes já eram limitadas, e agora com a pandemia, os profissionais infectados não estão sendo substituídos” (n. p.).

Outro elemento crítico foi a disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e insumos para as equipes de trabalho: os testes rápidos para detecção do vírus eram bastante restritos. O Governo do Ceará disponibilizou parte do material para tentar manter o funcionamento mínimo da estrutura. Segundo as lideranças indígenas, profissionais de saúde reclamavam da falta de EPIs.

O levantamento do Instituto Socioambiental (de maio de 2020) sobre vulnerabilidade indígena à Covid-19, baseado em dados das Secretarias Estaduais de Saúde e da SESAI, classificou o povo Tapeba entre os dez mais vulneráveis do Brasil, com índice de 0.51 – sendo

⁷ MPCE recomenda medidas de prevenção contra a Covid-19 em comunidades indígenas de Itapipoca, no Ceará. Disponível em: <https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2020/04/15/mpce-recomenda-medidas-de-prevencao-contra-a-covid-19-em-comunidades-indigenas-de-itapipoca-no-ceara.ghtml>. Acesso em: 10 maio 2024.

⁸ Ceará é o estado do Nordeste com mais casos de Covid-19 em indígenas; lideranças denunciam negligências. Disponível em: <https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2020/05/08/ceara-e-o-estado-do-nordeste-com-mais-casos-de-covid-19-em-indigenas-liderancas-denunciam-negligencias.ghtml>. Acesso em: 10 maio 2024.

que valores próximos a 1 indicam maior risco. O estudo considerou: disponibilidade de leitos hospitalares; números de casos e óbitos por município; perfil etário das comunidades; e capacidade de atendimento médico⁹.

Na reportagem divulgada pelo G1 em 30 de maio 2020, é possível observar mais uma condição desfavorável no enfrentamento ao vírus de Covid-19: o protocolo adotado para testagem nos territórios. Nas palavras de Weibe Tapeba, em entrevista¹⁰:

A SESAI, através do DSEI Ceará (Distrito Especial de Saúde Indígena), adotou a estratégia de fazer os testes somente em pacientes com sintomas e que apresentam alguma comorbidade. Quem apresentar os sintomas e não tiver uma doença pré-existente não é testado. Vai ter uma subnotificação muito grande por conta disso. O pior é que, caso os sintomas evoluam, esses pacientes perdem a chance de serem tratados ainda no começo (n. p.).

A partir dos dados levantados na reportagem, Weibe Tapeba cobra ações mais firmes no enfrentamento à propagação do vírus e destaca que, no Amazonas, há um setor destinado aos indígenas no hospital de campanha: “aqui eles querem esconder a existência dos casos. Pelo que temos escutado das lideranças indígenas, tem casos de comunidades onde a infecção é generalizada” (n. p.).

Outro aspecto que intensificou a vulnerabilidade foram as questões dos óbitos e os processos dos funerais. Na reportagem do G1, no final de maio de 2020, a SESAI confirmou dois óbitos em consequência de Covid-19. Uma vítima foi a agente indígena de saúde, da etnia Tabajara, em Monsenhor Tabosa. Já o outro é um Pitaguary, de 53 anos, que faleceu em 2 de maio, em Maracanaú.

A Fepoince relatou ao G1 a existência de mais seis óbitos indígenas em investigação. Entre os casos confirmados, destacam-se o de Cleilson Anacé (50 anos), que faleceu por insuficiência respiratória após quatro dias de internação no Hospital Municipal de Caucaia, e o de Zeza Pitaguary (72 anos), que morreu em sua residência em Maracanaú, também vítima de insuficiência respiratória. Outros dois indígenas (69 e 92 anos) faleceram e suas famílias precisaram arcar integralmente com os custos funerários. Sobre essa situação, Weibe Tapeba denunciou ao G1-CE: “[estão] pagando taxas altíssimas, sendo que esse tipo de serviço faz parte da Política Nacional e deve ser um serviço gratuito prestado pelos municípios” (n. p.). Em

⁹ Povo Tapeba do Ceará está entre as 10 comunidades indígenas com maior vulnerabilidade à Covid-19 no país. Disponível em: <https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2020/05/18/povo-tapeba-do-ceara-esta-entre-as-10-comunidades-indigenas-com-maior-vulnerabilidade-a-covid-19-no-pais.ghtml>. Acesso em: 05 maio 2024.

¹⁰ Ceará concentra quase 10% dos casos de Covid-19 em indígenas no Brasil. Disponível em: <https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2020/05/30/ceara-concentra-quase-10percent-dos-casos-de-covid-19-em-indigenas-no-brasil.ghtml>. Acesso em: 05 maio 2024.

resposta, a Prefeitura de Caucaia esclareceu em nota que o indígena de 69 anos (falecido no hospital) não possuía plano funerário particular, informando que “o Departamento de Serviço Social do Hospital acionou a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SDS) para fazer a remoção do corpo por meio da empresa funerária que possui convênio com o Município” (n. p.). A Prefeitura acrescentou que, em casos de óbitos domiciliares por causas naturais durante finais de semana, as famílias devem contatar o Serviço Social do Hospital Municipal.

Neste sentido, é possível observar a falta de cuidado com a população indígena em meio à crise sanitária. Um direito que está garantido pela Política Nacional é banalizado e não efetivado como política pública.

5.2 Racismo Institucional e Deslegitimação dos Saberes Indígenas

As comunidades relataram que muitos profissionais de saúde não reconheciam a legitimidade das lideranças indígenas no processo de decisão, tratando os indígenas como objetos de intervenção. Essa postura é reflexo direto do racismo institucional, que se manifesta quando as instituições públicas – como o sistema de saúde – operam segundo normas e práticas que deslegitimam as epistemologias indígenas e reforçam a hierarquia entre os saberes. A negação da autoridade das lideranças e da validade dos conhecimentos tradicionais configura-se como um mecanismo de reprodução da colonialidade do saber, conceito amplamente discutido por autores como Frantz Fanon (2008), ao denunciar o apagamento das subjetividades dos povos colonizados, e Ailton Krenak (2019), ao refletir sobre a contínua tentativa de apagar os modos de vida indígenas sob o pretexto da modernidade e do progresso.

Essa lógica reforça a separação entre “saberes técnicos” e “saberes tradicionais”, invisibilizando as práticas de cuidado próprias de cada povo, perpetuando uma lógica dicotômica em que a ciência ocidental é vista como única fonte de verdade e solução, enquanto os conhecimentos ancestrais são tratados como místicos, ultrapassados ou ineficazes. Essa separação compromete não apenas a efetividade das ações de saúde, mas também fere a dignidade dos Povos Indígenas, uma vez que nega o reconhecimento de suas práticas de cuidado como legítimas e eficazes dentro de seus próprios contextos culturais.

Isso tudo é um obstáculo para a interculturalidade efetiva prevista pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que prevê a adoção de uma abordagem intercultural, integrando práticas da medicina tradicional indígena aos serviços de saúde ofertados pelo Estado. Na prática a interculturalidade é frequentemente negligenciada, e o

atendimento se dá de maneira verticalizada, centralizando as decisões dos agentes externos à comunidade.

A ausência de diálogo e de escuta ativa, somadas à desvalorização dos saberes indígenas, constituem um grave entrave à construção de políticas públicas de saúde culturalmente sensíveis e eficazes. Denunciar essa dinâmica é fundamental para repensar os modelos de atenção à saúde indígena e fortalecer processos de cuidado baseados no respeito à autonomia, à diversidade e à autodeterminação dos povos originários.

Por fim, em sintonia com a concepção de Rodrigues (2008), esse processo da vacinação para os povos indígenas emergiu como uma prática crítica e multidimensional: não apenas imunizou, mas também ampliou a articulação política das comunidades, fortaleceu redes de cuidado interculturais e viabilizou o protagonismo das populações indígenas de planejar e implementar estratégias coletivas de saúde, em contraponto à abordagem fragmentada do Estado.

5.3 Contexto político e fragilidade das garantias legais

A implementação da política de vacinação ocorreu em um contexto de desmonte das políticas públicas e de avanço da necropolítica estatal. A omissão do Governo Federal e os vetos à Lei nº. 14.021/2020 aprofundaram a exclusão dos Povos Indígenas, especialmente os que vivem em contexto urbano.

A ADPF 709, acionada pelo movimento indígena, obrigou o Estado brasileiro a incluir os Povos Indígenas no plano nacional de imunização. Este fato revela como o “contexto de formulação” da política, como propõe Rodrigues (2008), foi atravessado por disputas judiciais e resistência ativa dos sujeitos coletivos indígenas. Apesar das fragilidades institucionais, muitas comunidades organizaram estratégias próprias de proteção: fechamento dos territórios, campanhas de informação em língua materna, uso de plantas medicinais, articulação com universidades e ONGs.

Essas ações reafirmam o protagonismo indígena na luta pelo direito à vida, desafiando uma lógica de tutela que insiste em retratar esses povos apenas como vítimas. A partir de uma avaliação em profundidade, percebe-se que a vacinação indígena ultrapassa a lógica centralizadora do Estado, possibilitando um processo dialógico entre saberes tradicionais, instituições públicas e atores coletivos.

A fragilidade das garantias legais fica evidente nos vetos à Lei nº. 14.021/2020, que excluíram itens essenciais como acesso à água potável, leitos hospitalares, ventiladores, internet nas aldeias e materiais informativos em línguas indígenas. A justificativa oficial – baseada na alegada “ausência de impacto orçamentário” – revela a prioridade do Estado em preservar a economia em detrimento da vida, expressão nítida de uma racionalidade necropolítica.

As estratégias locais demonstram como a resiliência comunitária e o protagonismo político do povo indígena se interconectam com o fortalecimento dos sistemas locais de saúde, contrapondo os limites do Estado centralizado e oferecendo práticas mais equitativas e culturalmente sensíveis de cuidado.

Diante disso, a ADPF 709, movida pela APIB e suas alianças, representou uma disputa jurídica fundamental no “contexto de formulação” da política nacional de imunização. A decisão proferida no STF, pelo ministro Luís Roberto Barroso, impôs a necessidade de elaboração de um plano nacional de vacinação indígena com metas, indicadores e barreiras sanitárias — reconhecendo judicialmente a urgência da proteção dos Povos Indígenas frente à pandemia, representando um marco jurídico que reconheceu. No entanto, mais do que o reconhecimento judicial, foi o protagonismo indígena que garantiu, na prática, a efetividade das ações de proteção.

Contudo, o protagonismo indígena foi fundamental na garantia das medidas adotadas localmente – realizado em medidas locais como instalação das barreiras sanitárias nas entradas dos territórios, campanhas informativas, uso da medicina tradicional, articulação com universidades e as associações do terceiro setor – que realmente assegurou a implementação dessas políticas onde o Estado se absteve. Sob o olhar da avaliação em profundidade, tais práticas trazem como elementos constitutivos da política vacinal a base operacional e a política, que deram viabilidade prática às garantias legais pendentes. Essas práticas não são apenas complementares, mas elementos estruturantes da política de vacinação indígena, revelando como o protagonismo político e a auto-organização nos territórios atuam como formas legítimas e eficazes de produção de cuidado.

Resumidamente, a fragilidade das garantias legais, resultado das omissões do Governo Federal, os vetos legislativos e da institucionalização da necropolítica, não foi suprida pelas instâncias burocráticas do Estado, mas, sim, pela mobilização indígena – atuando como um verdadeiro sistema de monitoramento político-epidemiológico – que assegurou o acesso às vacinas e viabilizou a construção de uma proteção coletiva sustentável. Com isso, a política de

vacinação indígena no Ceará não pode ser compreendida como um programa estatal verticalizado, mas como uma prática dialógica de soberania sanitária, forjada por mediações, resistências e protagonismos que desafiam profundamente a lógica da tutela colonial.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa avaliou o processo de vacinação contra a Covid-19 entre os Povos Indígenas do Ceará, no período de 2020 a 2023, a partir da abordagem metodológica qualitativa e da perspectiva da avaliação em profundidade desenvolvida por Rodrigues (2008). A análise permitiu compreender como a política pública de imunização foi tensionada, ressignificada e, por vezes, viabilizada pelas ações protagonizadas pelos próprios Povos Indígenas, diante de um cenário de exclusão, racismo estrutural e institucional e omissão estatal.

A análise demonstra que as políticas de saúde indígena no Brasil – da Lei Arouca à PNASPI – mantêm heranças coloniais, expressas na tutela estatal e na exclusão dos povos originários. A pandemia de Covid-19 escancarou essas fragilidades, revelando como a colonialidade do poder persiste nas práticas do Estado. Um exemplo nítido foi a restrição inicial da vacinação apenas aos indígenas “aldeados” reconhecidos pela Funai, excluindo grupos que não se enquadravam nessa categoria. Além disso, os vetos à Lei nº. 14.021/2020, a falta de planejamento intercultural e a negligência com especificidades linguísticas e territoriais evidenciaram o descaso governamental com a equidade sanitária indígena.

Em compensação, o estudo também revelou um protagonismo e resistência indígena. A organização das mobilizações políticas, as ações de prevenção e cuidado nos territórios, a articulação com as organizações sociais especialmente por meio de entidades como a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) e órgãos de fiscalização, bem como a produção de saberes próprios, foram fundamentais para a efetivação da política de vacinação. Esses aspectos foram cruciais para reconstruir o percurso da imunização e garantir, ainda que parcialmente, o direito à saúde para as populações indígenas cearenses.

Considerando os eixos de conteúdo, contexto, trajetória institucional, temporalidade e territorialidade, foi possível demonstrar que a política vacinal não se deu de forma linear ou homogênea, mas como um processo permeado por disputas, tensões, invisibilizações e práticas de resistência. A trajetória da vacinação indígena no Ceará reflete, assim, uma política forjada não apenas por diretrizes estatais, mas, sobretudo, pela organização dos Povos Indígenas que se recusam à tutela e à necropolítica.

O estudo evidenciou que, apesar da vacinação ter sido determinante para reduzir casos graves, hospitalizações e óbitos entre os povos indígenas cearenses, seu acesso foi comprometido por desigualdades estruturais e pela persistência de práticas coloniais e racismo institucional nas políticas de saúde.

Os Povos Indígenas devem ser reconhecidos como agentes políticos ativos e protagonistas na construção de alternativas de cuidado que desafiam o modelo biomédico hegemônico. Suas estratégias durante a pandemia foram decisivas para proteger milhares de vidas e devem servir como referência para um SUS verdadeiramente democrático, antirracista e intercultural. Essas experiências comprovam a urgência de políticas públicas territorializadas que, ao incorporar saberes tradicionais, confrontem os modelos coloniais de gestão em saúde.

Este trabalho revela a urgência de um SUS efetivamente antirracista desde o planejamento à execução e ao monitoramento, com a garantia do direito à saúde de forma universal e equitativa. Com isso, é fundamental que o Estado considere e incorpore os saberes tradicionais indígenas como componentes legítimos e essenciais nas políticas públicas de saúde. O desafio consiste em elaborar uma política indigenista que vá além do reconhecimento dos direitos, com base fundamentada a partir da autonomia, aos territórios e a cosmovisão dos povos originários.

Por fim, recomenda-se, para garantir efetivamente o direito à saúde dos Povos Indígenas, três ações essenciais: 1) reconhecer sua autonomia decisória; 2) enfrentar o racismo estrutural e institucional no sistema de saúde; e 3) construir políticas públicas que incorporem – de forma participativa – suas diversidades culturais e territoriais.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **O enfrentamento da pandemia no contexto dos povos indígenas: aspectos da resposta governamental**. 2021. Disponível em: https://abrasco.org.br/wp-content/uploads/sites/12/2021/12/FINAL_notatecnica-GT-saude-indigena-CPI-31-08.pdf. Acesso em: 20 mar. 2025.
- ACCIOLY, Hildebrando. **Manual de direito internacional público**. São Paulo: Saraiva, 2004.
- ALBERT, Bruce. **Associações indígenas e Desenvolvimento Sustentável na Amazônia brasileira**. In: RICARDO, Carlos Alberto (org.). Povos Indígenas no Brasil, 1996-2000. São Paulo, Instituto Socioambiental, 2000.
- ALMEIDA, Alfredo Wagner Berno de. **Direitos e povos indígenas no Brasil: reflexões sobre os direitos sociais e territoriais**. Brasília: CEDI, 2002.
- ALVES, M. E. R. **Vidas privadas em espaços públicos: uma análise da violência contra a mulher moradora de rua em Fortaleza**. 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) — Universidade do Estado do Ceará, Fortaleza, 2013.
- ANDRADE, Lúcia. **A Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- AROUCA, S. **Discurso de Sergio Arouca**. Presidente da 8ª. Conferência Nacional de Saúde (do Índio). Brasília, DF: MS; 1986.
- ATHILA, A.; KLEIN, T.; MORAIS, O.; PIMENTEL, S. K.; HORTA, A.; MARQUES, B.; OLIVERA, J. M.; PRATES, M. P. **Análise situacional da pesquisa Respostas Indígenas à COVID-19: arranjos sociais e saúde global**. Plataforma de Antropologia e Respostas Indígenas à COVID-19, [S. l.], v. 1, n. 6, 2021.
- BARROSO, Maria Macedo. **Dos organismos às organizações: a estruturação do DSEI Leste Roraima e as mobilizações em torno da saúde indígena**. In: PONTES, Ana Lucia de Moura; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). Políticas Antes da Política de Saúde Indígena. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.
- BOCCATO, V. R. C. **Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação**. Rev. Odontol. Univ. Cidade São Paulo, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 265-274, 2006.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988.
- BRASIL. **Lei nº. 9.836**, de 23 de setembro de 1999. Institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 set. 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 254/GM, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 fev. 2002.

CAMPAGNUCCI, F. **Transparência e dados abertos na pandemia**. Open Knowledge Brasil, 2021.

CCS SAÚDE. **1ª Conferência Nacional de Saúde**. 1941. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/1conferencia/1confna_ed.pdf. Acesso em: 15 maio 2025.

CNS. **Divergência de dados sobre Covid-19 na população indígena dificulta medidas efetivas de proteção**. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/setembro/divergencia-de-dados-sobre-covid-19-na-populacao-indigena-dificulta-medidas-efetivas-de-protecao>. Acesso em: 17 maio 2025.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). **Saúde: especificidades do direito dos povos indígenas no contexto das conclusões da 8ª CNS**. Saúde em Debate, (ed. esp.): 10-11, jan. 1988. A Saúde do Índio.

COSTA, D. C. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 3, n. 4, p. 388–401, out. 1987.

COSTA, Dina Czeresnia. **Política Indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas**. Disponível em: REVISTA DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS (UNIFAFIBE) DIS PONÍVEL EM: WWW.UNIFAFIBE.COM.BR/REVISTA/INDEX.PHP/DIREITOS-SOCIAIS-POLITICAS-PUB/INDEX I SSN 2318-5732 – VOL. 11, N. 2, 2023 308 . Acesso em: 27 mai. 2025

CRUZ, D. M. **Enfoques contra-hegemônicos e pesquisa qualitativa: desafios da avaliação em profundidade em políticas públicas**. Aval – Revista de Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, v. 1, n. 15, p. 160-173, 2019.

CUNHA, Eduardo Leal. **O que aprender com as transidentidades: psicanálise, gênero e política**. Porto Alegre: Criação Humana. 2021.

DE SOUZA OLIVEIRA, Elizabeth; LUCINI, Marizete. O Pensamento Decolonial: Conceitos para Pensar uma Prática de Pesquisa de Resistência. **Boletim Historiar**, [S. l.], v. 8, n. 01, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufs.br/historiar/article/view/15456>. Acesso em: 17 abr. 2025.

DÉCLARATION DE BARBADOS. **Déclaration de Barbados I**: pour la libération de l'indien. Barbados, 1971.

DIVE. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)**. 2020. Disponível em: <https://dive.sc.gov.br/index.php/sindrome-respiratoria-aguda-grave-srag#:~:text=A%20S%C3%ADndrome%20Respirat%C3%B3ria%20Aguda%20Grave,19%2C%20entre%20outros%20v%C3%ADrus%20respirat%C3%B3rios>. Acesso em: 20 maio 2025.

ESCOBAR, A. Worlds and knowledges otherwise. The Latin American modernity/coloniality research program. **Cultural Studies**, n. 21: 179–210, 2007, p.182-184.

ESCOREL, S. Sergio Arouca. **Democracia e Reforma Sanitária**. In: HOCHMAN, G. & LIMA, N. T. (Orgs.). *Médicos Intérpretes do Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2015.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas** Salvador: EdUfba, 2008.

FERNANDES, C. M. & MONTUORI, C. A rede de desinformação e a saúde em risco: uma análise das fake news contidas em ‘As 10 razões pelas quais você não deve vacinar seu filho’. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Universidade Paulista. São Paulo 2020. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1975>. Acesso em: 17 maio 2025.

FERNANDES, Florestan. **O negro no mundo dos brancos**. 2a ed. rev. São Paulo: Global, 2007 [1972].

FERNANDES, Florestan. **A integração do negro na sociedade de classes**. São Paulo: Editora Globo, 2008.
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4482634/mod_resource/content/1/Florestan. Acesso em: 20 fev. 2024.

FLEURY, S.; FAVA, V. M. D. Vacina contra Covid-19: arena da disputa federativa brasileira. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe1, p. 248–264, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hwxmcr3jKnc3vvrLhXZtYb>. Acesso em: 17 maio 2025.

FUNASA. **Cronologia Histórica da Saúde Pública** – Uma Visão Histórica da Saúde Brasileira. 2017. Disponível em: <https://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 14 maio 2025.

GARNELO, Luiza (Org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Luiza Garnelo; Ana Lúcia Pontes (Org.). Brasília: MEC-SECADI, 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 7. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2019.

GONÇALVES, Alícia Ferreira. Políticas públicas, etnografia e a construção dos Indicadores socioculturais. **AVAL Revista Avaliação de Políticas Públicas**, ano I, vol.1, n.1, jan-jun, 2008.

GONZAGA, Alvaro de Azevedo. **Decolonialismo Indígena**. São Paulo: Matrioska Editora, 2021.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, Anpocs, p. 223-244, 1984. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5509709/mod_resource/content/0/06%20-%20GONZALES%2C%20L%2C%A9lia%20-%20Racismo_e_Sexismo_na_Cultura_Brasileira%20%281%29.pdf. Acesso em: 10 mar. 2025.

GUSSI, A. F. Políticas públicas e outra perspectiva de avaliação: uma abordagem antropológica. **Desenvolvimento em Debate**, v. 4, n. 1, p. 83-101, 2016.

GUSSI, A. F. **Outras epistemologias e metodologias: a experiência do Mestrado de Avaliação de Políticas Públicas.** REVISTA AVAL, julho/dezembro, Vol. 2 , Nº 16, . p. 168-183, 2019.

GUSSI, Alcides Fernando; OLIVEIRA, Breyner Ricardo de. **Discutindo paradigmas contra-hegemônicos de avaliação de políticas públicas.** In: ENCONTRO NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA DO CAMPO DE PÚBLICAS, 1, 2015, Brasília. **Anais...** Brasília: Associação Nacional de Ensino e Pesquisa do Campo de Públicas, 2015.

GUSSI, Alcides Fernando; OLIVEIRA, Breyner Ricardo de. **Políticas públicas e outra perspectiva de avaliação: uma abordagem antropológica.** **Desenvolvimento em Debate.** v.4, n.1, p.83-101, 2016.

HECK, Egon; PREZIA, Benedito. **Povos indígenas: terra é vida.** – 7. ed. – São Paulo: Atual, 2012.

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo.** 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

KRENAK, Ailton. **O movimento indígena e a Constituição de 1988.** Entrevista concedida a Marcos Sávio, junho de 2013; A União das Nações Indígenas. Lua Nova, junho de 1984. In: COHN, S. (Org.). **Encontros: Ailton Krenak.** Rio de Janeiro: Azougue, 2015.

KRENAK, Ailton. **Futuro ancestral.** 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

LEJANO, R. **Parâmetros para a análise de políticas: a fusão de texto e contexto.** Campinas, SP: Ed. Arte Escrita, 2012.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; GARNELO, Luiza. A Longa Reforma Sanitária Indígena. In: PONTES, Ana Lucia de Moura; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.) **Políticas Antes da Política de Saúde Indígena.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

MAGALHÃES, A. M. O direito à terra, o direito de ir e vir: saúde e movimento indígena a partir da década de 1970. In: PONTES, A. L. M., MACHADO, F. R. S., and SANTOS, R. V., eds. **Políticas Antes da Política de Saúde Indígena** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2021, pp. 37-66. Saúde dos povos indígenas collection. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557081228.0003>. Acesso em: 05 mar. 2025.

MAGALHÃES, E. **Políticas antes da Política de Saúde Indígena.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

MATOS, M. H. O. **O Processo de Criação e Consolidação do Movimento Pan-Indígena no Brasil,** 1997. Dissertação de Mestrado, Brasília: Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte.** São Paulo: N-1 edições, 2018, 80p.

MIGNOLO, W. **Colonialidade: o lado mais escuro da modernidade.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, 32(94), e329402, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

MOURA, Clóvis. **Cem anos de abolição do escravismo no Brasil**. Princípios, São Paulo, 15, p. 3-8. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/moura/1988/05/escravismo.htm> 1988. Acesso em: 01 jun. 2025.

MOURA, Clóvis. **História do negro brasileiro**. Ática, São Paulo, 1989.

MOURA, Clóvis. **Escravidão, colonialismo, imperialismo e racismo**. Afro-Ásia, Bahia, n.14, p. 124-137, 1983. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/afroasia/article/view/20824/13425>. Acesso em: 01 jun. 2025.

MOURA, Clovis. **O racismo como arma ideológica de dominação**, 1988. Disponível em: https://www.escolapcdob.org.br/file.php/1/materiais/pagina_inicial/Biblioteca/70_O_racismo_como_arma_ideologica_de_dominacao_Clovis_Moura_.pd. Acesso em: 01 jun. 2025.

NASCIMENTO, Abdias do. **O Genocídio do Negro Brasileiro**. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2016.

OLIVEIRA, Almir Leal de. A COVID-19 no Ceará. **Revista HCSM**, jun. [s.l.], 2020. Disponível em: <https://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/a-COVID-19-no-ceara/>. Acesso em: 24 fev. 2025.

OLIVEIRA, Marcia A. M. de; outros. **Saúde Indígena: Políticas e Práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, [2009].

PIB. Povos Indígenas no Brasil. **Mura**. 2008. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Mura>. Acesso em: 15 maio 2025.

PONTES, A. et al. Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe8, p. 146–159, 2019.

PONTES, A. L. M., MACHADO, F. R. S., SANTOS, R. V., eds. **Políticas Antes da Política de Saúde Indígena** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2021.

POTIGUARA, Eliane. **Metade cara, metade máscara**. São Paulo: Global Editora, 2005.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina. **Anuario Mariateguiano**, 9(9), 113-121, 1997.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LADNER, Edgardo (Org.) **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais**. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: Colección Sur Sur, CLACSO, p. 117-138, set. 2005.

QUIJANO, Aníbal. **Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder**. CLACSO, 2016.

RIBEIRO, Darcy. **Os índios e a Civilização**, Petrópolis Vozes, 1982.

RIBEIRO, Darcy. **Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno**. 4. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

RODRIGUES, L.C. **Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais**. AVAL Revista Avaliação de Políticas Públicas, ano I, vol.1, n.1, jan-jun, 2008, p. 07-15.

RODRIGUES, L.C. **Análises de conteúdo e trajetórias institucionais na avaliação de políticas públicas sociais: perspectivas, limites e desafios**. CAOS – Revista Eletrônica de Ciências Sociais, nº 16, mar. 2011a, p. 55-73.

ROWEDER, Rainer Jerônimo. **A proteção do direito dos povos indígenas no Brasil: Uma relação necessária com os direitos humanos internacionais**. Revista do CAAP, Belo Horizonte, jan.-jun. 2010.

SANTOS, R. V. et al. **Políticas públicas de saúde para os povos indígenas**. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

SCHWADE, Egydio. **População indígena em alguns momentos da história do Brasil**. Brasília, 1978. (Anotações do autor)

SEGUEL, A. Racismo ambiental: una forma de discriminación causada por gobiernos y políticas del sector privado. **Revista de Derecho Ambiental**, 1(1), 1-15, 2013.

SELAU, Maria Gorete Gonçalves. **A política indigenista governamental: aspectos ideológicos e administrativos da Ação Médico-Sanitária (1967-1988)**. [S.l.], jul., 1991. 34 p.

SPIVAK, G. C. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

STAUFFER, David Hall. **Origem e Fundação do Serviço de Proteção aos Índios (1889-1910)**. trad. de J. Philipson. Revista de História, USP, São Paulo, 37, 1959, p. 86.

VERGÈS, Françoise. **Um feminismo decolonial**. Tradução de Dias, Jamille Pinheiro; Camargo, Raquel. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

WALSH, C. **Interculturalidad, Estado, sociedad: luchas (de)coloniales de nuestra época**. Universidad Andina Simón Bolívar, 2009.

WELPER, Elena Monteiro. **Cinco Encontros e a Oitava: as ações de saúde do Conselho Indigenista Missionário (CIMI) no contexto pré-Constituinte**. In: PONTES, Ana Lúcia de Moura; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; SANTOS, Ricardo Ventura. **Políticas antes da política de saúde indígena**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

YANOMAMI, D. K. **A queda do céu: palavras de um xamã yanomami**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020a.

YANOMAMI, D. K. **Covid-19 e os Povos Indígenas**. 2020. Disponível em: <https://covid19.socioambiental.org/>. Acesso em: 20 mar. 2025.