

## **MORTALIDADE INFANTIL INDÍGENA E CRISE DE SAÚDE – DESNUTRIÇÃO, DOENÇAS INFECCIOSAS E A DESPROTEÇÃO DA PRIMEIRA INFÂNCIA**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n5-310>

**Data de submissão:** 21/04/2025

**Data de publicação:** 21/05/2025

### **Antonio Nacilio Sousa dos Santos**

Doutorando em Ciências Sociais

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Endereço: Horizonte, Ceará – Brasil.

E-mail: naciliostodos23@gmail.com

### **José Maria Nogueira Neto**

Mestre em Geografia

Instituição: Faculdade Luciano Feijão (FLF)

Endereço: Sobral, Ceará – Brasil.

E-mail: jmnogneto@gmail.com

### **Alex de Mesquita Marinho**

Mestre em Filosofia

Instituição: Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Endereço: Lagoa de São Francisco, Piauí – Brasil.

E-mail: alexmarinho@prp.uespi.br

### **Enes Buck Mutiua Cantala Xavier**

Doutorando em Biotecnologia em Saúde

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Endereço: Vitória, Espírito Santo – Brasil.

E-mail: enesbuckxavier@gmail.com

### **Jakson dos Santos Raposo**

Mestrando em Antropologia Social

Instituição: Universidade Federal de Roraima (UFRR)

Endereço: Boa Vista, Roraima – Brasil.

E-mail: pesquisadorjakson@gmail.com

### **Luís Vicente Ferreira**

Doutor em Ciências Sociais, Antropologia e Educação.

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUCSP

Endereço: São Vicente, São Paulo – Brasil.

E-mail: professorluisvicente@gmail.com

### **João Bruno Melo Moreira**

Mestre em Ciências da Saúde

Instituição: Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL/Tubarão)

Endereço: Tabatinga, Amazonas – Brasil.

E-mail: j.brunomelo26@gmail.com

**Clairton Edinei dos Santos**  
Mestre em Ciências Médicas

Instituição: Centro Universitário UNIFAVENI  
Endereço: Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul – Brasil.  
E-mail: clairton03@hotmail.com

**Lucinara Martins da Silva**

Especialista em Saúde Indígena  
Instituição: Faculdade do Imigrante (FAVENI)  
Endereço: Boa Vista, Roraima – Brasil.  
E-mail: nutrilucinaramartins@gmail.com

**Joana Pscheidt**

Graduada em Medicina  
Instituição: Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC)  
Endereço: Joaçaba, Santa Catarina – Brasil.  
E-mail: joanapscheidt@gmail.com

**Camila Oliveira Barbosa de Moraes**

Doutora em Medicina Tropical e Saúde Pública  
Instituição: Universidade Federal de Goiás (UFG)  
Endereço: Goiânia, Goiás – Brasil.  
E-mail: camila\_obm@hotmail.com

**Munir Salman Benedito**

Graduado em Medicina  
Instituição: Estácio de Sá – IDOMED  
Endereço: Angra dos Reis, Rio de Janeiro – Brasil.  
E-mail: munirangra1@gmail.com

**Brunna da Cruz Araujo**

Especialista em Saúde Pública  
Instituição: Universidade Estácio de Sá  
Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil  
E-mail: brunna\_cruz@outlook.com

**Maria Gracilene Camilo de Araújo**

Especialista em Urgência e Emergência.  
Instituição: Faculdade do Trabalho (FATRA)  
Endereço: Uberlândia, Minas Gerais – Brasil.  
E-mail: le.ni.nha@hotmail.com

**José Uilson Ferreira Galindo Júnior**

Mestre em Gerontologia  
Instituição: Universidade Federal da Paraíba (UFPB)  
Endereço: João Pessoa, Paraíba - Brasil  
E-MAIL: juniorfg\_17@icloud.com

**Cleonice Bicalho do Amaral**

Graduada em Tecnologia em Gestão de Recursos Humanos

Instituição: Universidade ANHANGUERA-UNIDERP

Endereço: Minas Gerais, Uberlândia – Brasil.

E-mail: clbenfe@hotmail.com

## **RESUMO**

A mortalidade infantil entre crianças indígenas no Brasil permanece alarmantemente elevada, refletindo desigualdades históricas e estruturais no acesso à saúde, saneamento básico e segurança alimentar. Segundo dados do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), em 2023, foram registradas 1.040 mortes de crianças indígenas com idades entre 0 e 4 anos, representando um aumento de 24,5% em relação ao ano anterior e o maior número desde o início da série histórica em 2003. Essas mortes, em sua maioria, poderiam ter sido evitadas. Doenças como gripe, pneumonia, diarreia, gastroenterite e desnutrição foram as principais causas, indicando falhas graves nas políticas públicas de atenção à saúde indígena. Além disso, a taxa de mortalidade de crianças indígenas de até quatro anos é mais que o dobro da registrada entre o restante da população infantil brasileira. Este artigo tem como objeto de estudo a mortalidade infantil entre crianças indígenas no Brasil, analisando suas causas, consequências e as políticas públicas relacionadas à saúde indígena. Diante desse contexto, indagamos: Quais são os principais fatores que contribuem para a elevada mortalidade infantil entre crianças indígenas no Brasil, e como as políticas públicas podem ser aprimoradas para enfrentar essa crise de forma direta e culturalmente sensível? Teoricamente utilizamos os trabalhos de Minayo (2006), Marmot (2015), Scheper-Hughes (1993), Scheper-Hughes e Bourgois (2004), Paim (2005; 2018), Farmer (1998; 2003; 2020), Brum (2011; 2021), Merhy (2007; 2016), Fassin (2007; 2012; 2023), Krenak (2020a; 2020b), Castro (1984; 2019), Sawaya (2023), Medeiros et al. (2013), Coimbra et al. (2005), Brasil (2010), Werner (1995; 2022), Werner e Bower (1982), entre outros. A pesquisa é qualitativa (Minayo, 2007), bibliográfica e descritiva (2008) e com o viés analítico compreensivo (Weber, 1949). Os achados desta pesquisa evidenciaram que a elevada mortalidade infantil entre crianças indígenas no Brasil é resultado de múltiplos fatores interligados, como a ausência de políticas públicas culturalmente sensíveis, a precariedade do saneamento básico e da segurança alimentar, e a negligência institucional sistemática. Além disso, constatou-se que o modelo biomédico predominante falha ao não reconhecer os saberes tradicionais indígenas, aprofundando o abismo entre o Estado e as comunidades. Por fim, ficou claro que a superação desse quadro demanda ações intersetoriais, escuta ativa e fortalecimento do protagonismo indígena na formulação das políticas públicas.

**Palavras-chave:** Mortalidade Infantil Indígena. Desigualdades Estruturais. Políticas Públicas de Saúde. Interculturalidade.

## 1 INFÂNCIAS SILENCIADAS: A MORTALIDADE INDÍGENA COMO EXPRESSÃO DE VIOLÊNCIA ESTRUTURAL – INTRODUZINDO

Ainda que o Brasil tenha avançado em políticas públicas de saúde, a mortalidade infantil indígena permanece como uma ferida aberta na paisagem sanitária do país, revelando desigualdades estruturais profundas e persistentes. De forma alarmante, segundo dados recentes divulgados pelo Conselho Indigenista Missionário (Cimi)<sup>1</sup>, em 2023, foram registradas 1.040 mortes de crianças indígenas com idades entre 0 e 4 anos, representando um aumento de 24,5% em relação ao ano anterior – o maior número já registrado desde o início da série histórica, em 2003. Diante desse cenário, não se pode ignorar que “[...] a infância indígena é atravessada por uma combinação de ausências: de políticas, de saneamento, de alimentos e, sobretudo, de escuta” (Brum, 2021, p. 213). Em outras palavras, essas crianças morrem não apenas por causas biológicas, mas por contextos políticos e sociais que as tornam invisíveis diante do Estado. E ainda, conforme nos adverte Fassin (2007, p. 13): “[...] a indiferença em relação à dor do outro, institucionalizada sob a forma de anestesia política, torna aceitável o inaceitável e normaliza o sofrimento de populações historicamente subjugadas”. Assim sendo, compreender a dimensão desse problema é o primeiro passo para desmontar o pacto de silêncio que cerca a infância indígena e sua morte prematura.

[...] a ausência de um médico, única fonte de legitimidade de um diagnóstico de causa de morte, vem se registrando no Alto Solimões, para mortes ocorridas nas comunidades distantes dos centros de referência, basicamente apenas dois grandes grupos de causa: morte por causas externas (acidentes, homicídios e suicídio) e S.A.M. (sem assistência médica). A orientação dada pelos profissionais de saúde que desembocou nesse tipo de anotação, denuncia claramente não só a grave situação de ausência destes profissionais nas áreas indígenas, mas também a sua grande dificuldade em lidar com os saberes e entendimentos diferenciados das populações indígenas sobre seus processos de adoecimento e morte (Coimbra et al., 2005, p. 239).

Convém observar que o dado publicado pelo Cimi em 2023 – 1.040 mortes de crianças indígenas entre 0 e 4 anos – não é apenas uma estatística, mas um grito silencioso sobre o fracasso das políticas públicas voltadas às populações originárias. Esse número, que representa um aumento de 24,5% em relação ao ano anterior, rompe qualquer possibilidade de normalização, pois revela o maior índice de mortalidade infantil indígena desde 2003. Enquanto isso, no mesmo período, a taxa de

<sup>1</sup> O Conselho Indigenista Missionário (Cimi) é uma organização vinculada à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), criada em 1972, cuja missão é a defesa dos direitos dos povos indígenas e o fortalecimento de suas culturas, territórios e modos de vida. O Cimi atua na articulação política, na assessoria jurídica, no apoio à resistência territorial e na produção de relatórios que denunciam violações de direitos humanos. Destaca-se a relevância dos relatórios anuais, como o de 2023, que trouxe dados alarmantes sobre a mortalidade infantil entre crianças indígenas, revelando a persistência de desigualdades estruturais e a insuficiência das políticas públicas de saúde. Assim, o Cimi cumpre um papel essencial na visibilização das violações sofridas pelos povos originários e na promoção da justiça social. Ver: CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. Relatório: Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil – Dados de 2023. Brasília: Cimi, 2024.

mortalidade infantil da população não indígena registrou uma média três vezes menor, evidenciando um abismo sanitário entre as infâncias brasileiras. De forma complementar, “[...] a geografia da morte infantil entre povos indígenas escancara o racismo territorial e o abandono do Estado em regiões de difícil acesso, onde a política chega tarde – quando chega” (Paim, 2018, p. 1724). Além disso, como reforça Schepers-Hughes (1993, p. 20), “[...] a banalização da morte de crianças pobres e racializadas é um dos efeitos mais perversos da desigualdade naturalizada e do silêncio que protege os privilégios”. Dessa forma, os números não apenas denunciam, mas convocam: é preciso romper com a indiferença que transforma o sofrimento indígena em dado técnico desprovido de humanidade.

Dessa forma, quando olhamos para as causas dessas mortes precoces, o que se revela é um padrão de negligência persistente e sistêmica. Dito isso, as crianças indígenas não estão morrendo de enfermidades raras ou incuráveis, mas de agravos plenamente evitáveis, como gripe, pneumonia, diarreia, gastroenterite e desnutrição – ou seja, doenças diretamente associadas à ausência de saneamento básico, de alimentação adequada e de um cuidado primário de saúde contínuo<sup>2</sup> e culturalmente competente. De igual maneira, “[...] a reincidência de doenças infecciosas e parasitárias entre crianças indígenas demonstra que os determinantes estruturais da saúde permanecem ignorados nas decisões de Estado” (Brasil, 2010, p. 11). Por isso, a morte dessas crianças não pode ser tratada como fatalidade, mas como sintoma de um sistema excludente. Tal como aponta Medeiros et al. (2013, p. 3), “[...] a persistência da desnutrição crônica entre crianças indígenas da Amazônia configura uma emergência sanitária que deveria provocar respostas urgentes, mas que segue sendo tratada com indiferença institucional”. Assim, a ausência do Estado se manifesta não apenas na distância física, mas na negligência moral, na escassez de investimento, na falta de vontade política de garantir o direito de viver a quem nasce fora do mapa das prioridades nacionais.

[...] os estilos de vida, a habitação, o saneamento, a segurança alimentar e a dinâmica de transmissão de doenças infecciosas e parasitárias afetam desproporcionalmente as populações mais vulneráveis, inclusive os povos indígenas. [...] Dados socioeconômicos sugerem que as crianças indígenas da região do Alto Solimões estão inseridas em um contexto de alta vulnerabilidade a distúrbios nutricionais, caracterizado por elevada mobilidade demográfica em uma região de fronteira internacional, rápida urbanização associada à turbulenta ocupação não indígena do território, baixa cobertura e qualidade dos serviços de saúde, ausência de serviços de saneamento, comorbidades (por exemplo, malária, parasitoses intestinais e diarreia), pobreza e insegurança alimentar (Medeiros et al., 2013, p. 5).

<sup>2</sup> O cuidado primário de saúde contínuo é um princípio fundamental para a promoção da equidade e a melhoria dos indicadores sanitários, especialmente entre populações em situação de vulnerabilidade, como os povos indígenas. Esse modelo de atenção valoriza o estabelecimento de vínculos duradouros entre profissionais de saúde e comunidades, garantindo a integralidade do cuidado, a continuidade do acompanhamento clínico e a resolutividade das ações. Além disso, favorece a identificação precoce de agravos, a adesão aos tratamentos e a participação ativa da comunidade nas decisões sobre saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça que “[...] o fortalecimento da atenção primária é essencial para alcançar a cobertura universal de saúde, reduzir desigualdades e melhorar os resultados sanitários” (Who, 2020). Ver: WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration. Geneva: WHO, 2020.

Ainda que as causas imediatas da mortalidade infantil indígena estejam nos agravos preveníveis, suas raízes se aprofundam em um solo histórico marcado pela expropriação, pela colonialidade e pela negação persistente dos direitos dos povos originários. A morte precoce de crianças indígenas não é uma anomalia momentânea, mas o desdobramento cruel de uma estrutura social que produz e reproduz desigualdades baseadas em território, etnia e classe. Como afirma Josué de Castro (1984, p. 57): “[...] a fome e a morte não são acidentes, mas instrumentos de uma política econômica e social que se sustenta sobre a exclusão dos povos do interior e das florestas”. De forma convergente, “[...] o racismo ambiental, que define quais corpos merecem acesso à terra saudável, à água limpa e à atenção médica, contribui diretamente para a necropolítica<sup>3</sup> que rege a vida e a morte nas comunidades indígenas” (Brum, 2021, p. 234). Em outras palavras, o mapa da mortalidade infantil indígena é também o mapa das ausências estatais, dos desmontes territoriais e das fronteiras invisíveis que impedem o cuidado de chegar onde a vida é mais frágil – e onde o abandono, paradoxalmente, é mais sistemático.

Em consequência disso, é fundamental compreender que o quadro de mortalidade infantil indígena ultrapassa os limites das análises sanitárias e insere-se de modo contundente no campo das violações de direitos humanos. Negar às crianças indígenas o acesso à saúde básica, ao alimento suficiente e ao saneamento digno é romper, sistematicamente, com o direito à vida e à dignidade humana. Não por acaso, “[...] o sofrimento e a morte de crianças nas comunidades indígenas revelam a falácia ética de um Estado que naturaliza o abandono e burocratiza a tragédia” (Fassin, 2012, p. 265). Do mesmo modo, como enfatiza Merhy (2007, p. 45), “[...] a ausência de um cuidado contínuo e enraizado no território revela que o Estado opera mais como gestor de ausências do que como promotor de vidas”. Logo, quando o aparato público falha em proteger os mais vulneráveis, especialmente aqueles que historicamente foram destituídos do direito de pertencer à nação, temos não apenas uma crise sanitária, mas uma crise civilizatória. Defender essas crianças é, portanto, reivindicar o sentido mais profundo de humanidade.

[...] do total de 132 casos anotados [de mortes no Alto Solimões], 16% são de suicídios e, subtraídos os casos de mortes por causas externas, dos 101 eventos restantes, 62% ocorreram sem que houvesse assistência médica. Desses últimos, 43% correspondem a mortes de crianças na faixa de 0-5 anos. [...] a FUNAI, já desde 1994 com a responsabilidade das ações de caráter

<sup>3</sup> A necropolítica, conceito desenvolvido por Achille Mbembe, refere-se ao poder de decidir quem deve viver e quem deve morrer, evidenciando a forma como Estados e instituições estruturam políticas que promovem a morte ou deixam populações inteiras à margem da proteção social. No contexto das populações indígenas no Brasil, a necropolítica manifesta-se através da negligência estatal, da ausência de políticas públicas eficazes e do descaso com as condições de vida e saúde dessas comunidades, resultando em elevados índices de mortalidade, especialmente infantil. Assim, a necropolítica é um instrumento de perpetuação das desigualdades e da violência estrutural, que transforma corpos racializados e vulnerabilizados em vidas descartáveis. Ver: MBEMBE, Achille. Necropolítica. São Paulo: n-1 Edições, 2018.

curativo, atua na área de maneira pífia, apenas realizando ações de remoção em situações de caráter mais emergencial. Até 1998, o atendimento era ainda realizado por AISs que, novamente de forma voluntária, tomaram a si a responsabilidade do atendimento possível, numa situação de ausência quase total de medicamentos e de supervisão de seu trabalho (Coimbra et al., 2005, p. 239).

Assim sendo, discutir a mortalidade infantil indígena no âmbito da Saúde Coletiva exige, antes de tudo, um deslocamento de perspectiva: é preciso abandonar olhares reducionistas e adotar uma abordagem interseccional e historicamente informada, que leve em consideração as especificidades territoriais, culturais e políticas desses povos. A invisibilização dessas infâncias não é apenas estatística, mas epistemológica e afetiva, pois recai sobre corpos cujas vidas são sistematicamente desvalorizadas pelo imaginário nacional. Nesse sentido, “[...] a Saúde Coletiva só cumprirá seu papel emancipador se reconhecer, nas mortes evitáveis de crianças indígenas, o fracasso de um projeto de universalização que nunca foi verdadeiramente intercultural”, afirma Coimbra et al. (2005, p. 29). Ainda, como argumenta Krenak (2020a, p. 22), “[...] insistir em políticas uniformes para realidades díspares é como repetir a violência do colonizador com novas palavras – é negar que outros modos de cuidar, viver e adoecer também são legítimos”. Portanto, pensar a saúde indígena é também repensar o próprio conceito de saúde pública, suas práticas, seus limites e seus compromissos com a equidade radical.

Por tudo isso, delineia-se como objeto desta investigação a mortalidade infantil entre crianças indígenas no Brasil, com ênfase em suas causas estruturais, determinantes sociais e implicações políticas. Em outras palavras, não se trata apenas de analisar números, mas de compreender os mecanismos sociais, históricos e institucionais que sustentam o abandono de corpos infantis em territórios sistematicamente negligenciados. Cabe salientar que “[...] estudar a saúde indígena a partir da infância é como atravessar camadas de silêncio, racismo e desproteção institucional que foram sendo sedimentadas ao longo dos séculos”, conforme Sawaya (2023, p. 14). De igual modo, Brum (2021, p. 101) pontua que “[...] o corpo da criança indígena morre antes da infância porque o Brasil, estruturalmente, ainda não reconheceu a Amazônia e seus povos como parte de si”. Dessa forma, esta pesquisa toma como ponto de partida o compromisso ético e analítico de transformar o dado cru da mortalidade em indagação crítica, capaz de confrontar o Estado com as vidas que ele decide não salvar. Para Coimbra et al. (2005: 117) há uma forte evidencia como a ausência de dados confiáveis e o apagamento institucional que configuram uma forma sofisticada de invisibilização da infância indígena:

[...] estatísticas vitais não somente são úteis para situar demograficamente os povos indígenas no contexto sociopolítico nacional contemporâneo, como também apresentam a potencialidade de lançar luzes sobre a trajetória histórica dessas sociedades. [...] Ricardo (1996: 5) salienta

que ‘os dados são bastante heterogêneos quanto à sua origem, data e procedimento de coleta [...]. Mesmo quando são dados resultantes de contagem direta, via de regra os recenseadores não dominam a língua, não entendem a organização social nem a dinâmica espacial e sazonal das sociedades indígenas, produzindo, portanto, informações inconsistentes e totais errados, para mais ou para menos’.

Diante desse panorama de negação histórica e morte precoce, impõe-se a necessidade de formular uma pergunta que não apenas ilumine as causas do problema, mas também convoque à responsabilidade e à transformação: Quais são os principais fatores que contribuem para a elevada mortalidade infantil entre crianças indígenas no Brasil, e como as políticas públicas podem ser aprimoradas para enfrentar essa crise de forma direta e culturalmente sensível? Trata-se, portanto, de uma indagação que exige olhar atento às intersecções entre raça, território, pobreza, colonialidade e saúde. Dito isso, para Krenak, “[...] a pergunta é sempre o início da cura, desde que feita com coragem e escuta” (2020b, p. 37), chamando a atenção para o valor político e existencial da interrogação. E ainda, conforme destaca Farmer (2003, p. 17), “[...] entender as causas estruturais da morte e da doença nos obriga a sair da zona de conforto da neutralidade científica e encarar a desigualdade como produto histórico de decisões humanas”. Assim, a pergunta-problema aqui proposta não busca respostas prontas, mas caminhos possíveis para descolonizar o cuidado e refundar o direito à infância em territórios historicamente esvaziados de futuro.

Desse modo, é fundamental observar que a elevada mortalidade infantil indígena não pode ser compreendida sem levar em conta a dimensão geopolítica da fome, denunciada já na primeira metade do século XX por Josué de Castro como estratégia deliberada de extermínio por meio da carência. A fome, nesse contexto, não é ausência acidental de alimentos, mas presença planejada da escassez como tecnologia de controle e submissão. Ainda hoje, essa lógica se atualiza no interior das comunidades indígenas, onde a insegurança alimentar crônica, aliada à ausência de políticas públicas efetivas, fragiliza os corpos desde os primeiros meses de vida. Segundo Castro (1984, p. 102), “[...] a fome brasileira não é um flagelo da natureza, mas uma criação humana, um produto da má organização social”. E como reforça Fassin (2007, p. 15), “[...] o sofrimento dos outros só se torna politicamente suportável quando é traduzido em cifras e distanciado da sensibilidade, convertendo a dor em estatística e a morte em abstração”. Dessa maneira, a fome que mata as crianças indígenas é atravessada por séculos de colonialidade e gestão racializada da miséria, reafirmando que, no Brasil, a geografia da desnutrição<sup>4</sup> continua a sobrepor-se aos mapas da racialização, do extrativismo e da negação de direitos.

<sup>4</sup> A geografia da desnutrição evidencia as desigualdades socioespaciais na distribuição dos índices de insegurança alimentar e nutricional, revelando que determinadas populações, como as comunidades indígenas, estão mais expostas a riscos

Desse modo, é urgente nomear como racismo ambiental<sup>5</sup> o conjunto de negligências e omissões que perpetuam a morte de crianças indígenas por doenças evitáveis, agravadas pela ausência de saneamento, água potável, habitação digna e acesso à saúde preventiva. Trata-se de um racismo que se expressa não apenas em discursos, mas na forma como o território indígena é tratado – como zona de sacrifício, onde o envenenamento das águas, a devastação das florestas e a retirada de direitos convivem com a precarização dos serviços essenciais. Como sublinha Brum (2021, p. 198): “[...] a Amazônia se tornou o centro do mundo para o extrativismo, mas a periferia absoluta para os direitos humanos – inclusive o mais básico, o direito de uma criança viver”. De igual forma, Merhy (2016, p. 57) alerta que “[...] a ausência de tecnologias leves no cuidado – como escuta, vínculo, presença e continuidade – agrava a vulnerabilidade de quem já é sistematicamente descartado pelas lógicas do capital”. Assim, o racismo ambiental se configura como prática estatal e empresarial que escolhe, com frieza, quais vidas podem florescer e quais devem minguar no esquecimento. E as crianças indígenas estão, historicamente, entre as mais atingidas por essa lógica da destruição planejada.

[...] a utilização da mão-de-obra indígena em muitas regiões, como no corte manual da cana-de-açúcar no Sudeste ou a extração de borracha nativa na Amazônia, em troca de pagamentos ínfimos que não garantem a aquisição de alimentos em quantidade e qualidade satisfatórias. [...] As pressões populacionais, aliadas a ambientes degradados, comprometem a manutenção da segurança alimentar. Para os povos indígenas, a garantia da posse da terra extrapola a subsistência propriamente dita, representando elo fundamental na continuidade sociocultural (Coimbra et al., 2005, p. 184).

Por isso, não se pode ignorar que grande parte das políticas públicas voltadas à saúde indígena falha não apenas por escassez de recursos, mas, sobretudo, por não reconhecer as epistemologias próprias dos povos originários e suas formas ancestrais de cuidado, nutrição e proteção à infância. A lógica institucional, geralmente vertical e homogeneizante, ignora a pluralidade cultural que deveria orientar qualquer intervenção em saúde no contexto indígena. Em vez de atuar a partir do território e

---

alimentares e sanitários. A desnutrição infantil entre povos indígenas no Brasil expressa uma relação direta com o desmonte de políticas públicas, o avanço do agronegócio sobre territórios tradicionais e a precariedade do acesso a serviços essenciais, como água potável e saúde. Assim, o espaço geográfico se configura como um fator determinante na expressão da fome e da desnutrição, sendo fundamental para a compreensão dos processos de exclusão e vulnerabilidade. De acordo com Josué de Castro, “[...] a fome tem uma geografia, isto é, ela se distribui desigualmente no espaço, acompanhando as linhas da miséria e da marginalização social” (CASTRO, 2005, p. 112). Ver: CASTRO, Josué de. Geografia da fome: o dilema brasileiro – pão ou aço. 10. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

<sup>5</sup> O racismo ambiental refere-se à distribuição desigual dos riscos ambientais, afetando desproporcionalmente populações racializadas, vulnerabilizadas e marginalizadas, como as comunidades indígenas no Brasil. Essa forma de violência estrutural manifesta-se na apropriação e destruição de territórios tradicionais por empreendimentos econômicos, como mineração e agronegócio, que comprometem o acesso à água potável, à alimentação saudável e aos recursos naturais essenciais para a reprodução da vida. Como destaca Alier (2007, p. 98), “[...] os conflitos ecológicos distributivos são, muitas vezes, conflitos étnicos e raciais, pois recaem sobre populações que historicamente foram privadas de direitos e recursos”. Assim, o racismo ambiental opera como uma estratégia de expropriação e despossessão, agravando os índices de pobreza, doença e mortalidade entre povos originários. Ver: ALIER, Joan Martinez. O ecologismo dos pobres: conflitos ambientais e linguagens de valoração. São Paulo: Contexto, 2007.

com as comunidades, o Estado frequentemente impõe protocolos rígidos, desconsiderando a sabedoria local e transformando o cuidado em um gesto técnico esvaziado de sentido. Como afirma Coimbra et al. (2005, p. 17), “[...] muitas políticas de saúde indígena no Brasil têm operado como mecanismos de controle mais do que como estratégias de escuta e acolhimento, reproduzindo modelos biomédicos distantes das realidades vividas”. E, de modo complementar, “[...] a ausência de diálogo entre os saberes indígenas e os saberes técnicos aprofunda o abismo entre a política e o cuidado, resultando em ações que, embora bem-intencionadas, falham em proteger a vida” (Werner, 1982, p. 12). Dessa maneira, garantir o direito à saúde dessas crianças implica romper com a lógica de imposição e construir uma práxis que escute, acolha e aprenda com os povos indígenas – e não apenas sobre eles.

Com efeito, a mortalidade infantil entre crianças indígenas no Brasil é a manifestação mais brutal da persistência de um projeto de Estado que, ainda hoje, se estrutura sobre a colonialidade do poder, do saber e da vida. Não é apenas a morte que se impõe, mas a recusa ao nascimento pleno, à dignidade de crescer, brincar e sonhar em território seguro. Por trás de cada corpo infantil que silencia antes da hora, há uma rede de causas interligadas que atravessam o racismo estrutural, a negligência sanitária, a destruição ambiental e o epistemicídio institucional. Como nos lembra Farmer (1998, p. 211): “[...] as mortes evitáveis em populações pobres são o resultado direto de escolhas políticas, e não de acidentes trágicos ou destino”. E nas palavras de Krenak (2020a, p. 47), “[...] adiar o fim do mundo é, para nós, insistir na vida, mesmo quando ela parece condenada por decisões que nunca foram nossas”. Portanto, este estudo não se limita a diagnosticar uma tragédia – ele propõe uma ética da indignação, uma política da escuta e uma ciência comprometida com a transformação. Porque nenhuma infância deveria ser tratada como descartável, e nenhuma morte deveria passar sem memória, sem nome, sem luta.

## **2 CAMINHOS METODOLÓGICOS PARA A COMPREENSÃO DA MORTALIDADE INFANTIL INDÍGENA: ABORDAGEM QUALITATIVA, BIBLIOGRÁFICA E ANALÍTICO-COMPREENSIVA**

É importante destacar que esta pesquisa adotou a abordagem qualitativa, cujo objetivo central foi compreender, de forma aprofundada, as complexas relações sociais, culturais e políticas que atravessaram a mortalidade infantil indígena. Minayo (2007, p. 22) enfatiza que “[...] a pesquisa qualitativa permite captar o mundo dos significados, crenças, valores e atitudes”. De forma complementar, Stake (2005, p. 23) afirma que “[...] pesquisa qualitativa significa que seu raciocínio se baseia principalmente na percepção e na compreensão humana”. Assim sendo, a escolha desse caminho

metodológico se justificou pela necessidade de acessar as múltiplas dimensões subjetivas que permearam o fenômeno em análise.

Além disso, a tipologia desta investigação se configurou como bibliográfica e descritiva, permitindo a sistematização e análise crítica do conhecimento já produzido sobre o tema. Gil (2008, p. 50) definiu que “[...] a pesquisa bibliográfica se desenvolve com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Por sua vez, Flick (2013, p. 34) complementou: “[...] a pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno”. Dessa forma, essa combinação metodológica possibilitou aprofundar o debate sobre as causas da elevada mortalidade infantil entre crianças indígenas e os limites das políticas públicas.

Convém observar que o procedimento metodológico incluiu uma revisão e análise crítica da literatura nacional e internacional que tratou dos determinantes sociais da saúde, políticas públicas e vulnerabilidade das populações indígenas. Conforme Minayo e Deslandes (2002, p. 19), “[...] o processo de análise qualitativa deve ser capaz de captar as múltiplas dimensões dos fenômenos sociais”. Do mesmo modo, Stake (2005, p. 22) reforça que “[...] pesquisa é investigação, um estudo deliberado, uma busca pela compreensão”. Assim, buscou-se articular distintos referenciais teóricos que possibilitaram uma análise crítica e reflexiva.

Não apenas foram delimitados critérios cronológicos, priorizando materiais a partir dos anos 2000, mas também se consideraram obras clássicas que embasaram a compreensão do campo da saúde indígena. Segundo Gil (2008, p. 73), “[...] a escolha das fontes bibliográficas deve estar orientada pela relevância e atualidade dos materiais”. Já Minayo (2007, p. 71) destaca que “[...] é imprescindível que o pesquisador tenha clareza dos critérios de seleção das fontes para garantir a validade do estudo”. Portanto, o rigor na seleção das fontes visou assegurar a consistência e a relevância analítica da pesquisa.

De forma complementar, utilizou-se como fontes de dados secundários relatórios institucionais, documentos oficiais e bases de dados, como os do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), IBGE e Ministério da Saúde. Para Minayo (2007, p. 84), “[...] os dados secundários são fundamentais para contextualizar e ampliar as análises”. Do mesmo modo, Gil (2008, p. 61) salienta que “[...] os relatórios institucionais representam importantes registros da realidade social”. Assim, esses materiais forneceram elementos quantitativos e qualitativos que enriqueceram a interpretação do fenômeno.

Cumpre pontuar que a análise adotou uma perspectiva compreensiva, inspirada na tradição weberiana, ao buscar interpretar o sentido das ações sociais que incidiram sobre a saúde infantil indígena. Conforme Weber (1949, p. 88), “[...] o conhecimento das ações sociais depende da compreensão de seus significados subjetivos”. De igual maneira, Minayo (2007, p. 51) corrobora que

“[...] a compreensão do fenômeno social exige captar os sentidos atribuídos pelos sujeitos”. Assim, a perspectiva compreensiva permitiu apreender as especificidades culturais e sociais dos povos indígenas.

Foi fundamental observar que a pesquisa adotou um posicionamento ético e político comprometido com a defesa dos direitos humanos e territoriais dos povos indígenas, evitando reproduzir estereótipos ou invisibilizar práticas culturais. Minayo (2007, p. 115) advertiu que “[...] o pesquisador não deve ser um mero coletor de dados, mas um intérprete crítico”. De forma complementar, Flick (2013, p. 50) lembrou que “[...] a ética é um componente indispensável em toda pesquisa social”. Por isso, o compromisso ético permeou todas as etapas do estudo.

Em consequência disso, reconheceram-se as limitações metodológicas, especialmente quanto à precariedade e indisponibilidade de dados desagregados sobre a mortalidade infantil indígena. Segundo Minayo (2007, p. 95), “[...] a ausência de dados específicos representa um desafio metodológico e analítico”. Gil (2008, p. 96) complementa ao afirmar que “[...] as limitações do acesso às informações impõem restrições à generalização dos achados”. Ainda assim, essas restrições não inviabilizaram a produção de um conhecimento crítico, compreensivo e relevante.

No propósito de fortalecer a validade analítica, procedeu-se à triangulação teórica, confrontando dados estatísticos, literatura acadêmica e relatórios institucionais. Conforme Flick (2013, p. 106), “[...] a triangulação é uma estratégia que busca ampliar a validade e a confiabilidade dos resultados”. De forma semelhante, Minayo e Deslandes (2002, p. 89) ressaltam que “[...] a triangulação contribui para uma visão mais rica e aprofundada do fenômeno estudado”. Assim, essa estratégia garantiu maior robustez à análise empreendida.

Desse modo, foi importante destacar que a fundamentação epistemológica deste estudo se ancorou na tradição da saúde coletiva crítica e da antropologia médica, articulando saberes da saúde pública, sociologia da saúde e antropologia. Para Minayo (2007, p. 33), “[...] a interdisciplinaridade é indispensável na análise dos fenômenos complexos da saúde”. De igual maneira, Flick (2013, p. 45) pontua que “[...] a combinação de diferentes disciplinas enriquece o processo investigativo”. Assim, a pesquisa propôs uma reflexão crítica, de base interdisciplinar, sobre a crise sanitária que afeta a infância indígena no Brasil.

### **3 MORTALIDADE INFANTIL INDÍGENA E CRISE DE SAÚDE: DESNUTRIÇÃO, DOENÇAS INFECCIOSAS E A DESPROTEÇÃO DA PRIMEIRA INFÂNCIA**

Logo ao nascer, muitas crianças indígenas já enfrentam um cenário marcado pela ausência: de políticas públicas efetivas, de saneamento básico, de renda familiar estável e, principalmente, de

oportunidades de sobrevivência. Em aldeias situadas em regiões remotas da Amazônia ou do cerrado brasileiro, não é raro que uma mãe caminhe por horas sob sol forte ou em canoas improvisadas para alcançar o posto de saúde mais próximo – onde, por vezes, não há médico, remédio, nem sequer balança para pesar seu filho. A vulnerabilidade infantil se manifesta nos corpos pequenos, frágeis, com olhos fundos pela fome e infecções recorrentes. Como se vê, essas desigualdades não são acidentes, mas parte da estrutura social. Conforme Medeiros et al. (2013), “[...] dados socioeconômicos sugerem que as crianças indígenas da região do Alto Solimões estão inseridas em um contexto de alta vulnerabilidade a distúrbios nutricionais [...] pobreza e insegurança alimentar” (p. 6). E ainda, como afirmam Coimbra et al. (2005, p. 24): “[...] uma proporção elevada das mortes dos pacientes indígenas internados ocorreu em crianças menores de cinco anos devido, sobretudo, a doenças respiratórias e infecciosas e parasitárias”. Portanto, a infância indígena é atravessada por determinantes sociais que, ao invés de serem mitigados pelo Estado, são constantemente agravados por políticas que desconsideram a interdependência entre pobreza, território e saúde.

[...] a concepção de pobreza sustentada pela equipe e a situação específica das famílias envolvidas em programas sociais levaram-nos a eleger uma outra noção: a de necessidades humanas. Chegamos, assim, ao conceito de AUTONOMIA. Na tentativa de reelaborar a definição tradicional de ‘necessidades básicas’, [...] Doyal & Gough (1991) apontam que a universalidade e a objetividade do conceito residem na compreensão de que, se não forem satisfeitas, as carências podem causar sérios danos ao ser humano, comprometendo sua trajetória de vida. [...] as políticas sociais, mais do que serem o instrumento adequado para suprir essas necessidades, são um dever moral que deve presidir um sistema de proteção social público e universal (Sawaya, 2023, p. 64).

Assim, em muitas comunidades indígenas, especialmente nas periferias dos grandes rios amazônicos, as casas são construções frágeis, erguidas com madeira improvisada, chão de terra batida e telhados que não resistem às chuvas intensas. Em dias de temporal, a água escorre pelas frestas das paredes, alagando os poucos colchões e as redes onde dormem várias crianças da mesma família. Nesses espaços apertados, ventilados apenas por pequenas janelas sem proteção, a umidade se torna permanente, favorecendo doenças respiratórias, micose, febre e diarreia. Para piorar, a superlotação das moradias, em que sete ou oito pessoas dividem dois cômodos sem divisórias, dificulta o controle de infecções e compromete a privacidade, o descanso e o conforto mínimo para a recuperação das crianças doentes. Como denuncia Brum (2021, p. 173), “[...] há casas onde nenhuma criança passa uma semana sem febre, tosse ou infecção de pele; a enfermidade é um dado cotidiano que ninguém mais consegue nomear”. Do mesmo modo, Merhy (2007, p. 37) observa que “[...] o cuidado com a saúde começa no território onde se vive; e quando esse território é marcado por precariedade extrema, o adoecimento se torna inevitável”. Assim, a precariedade da moradia indígena não é apenas condição

de pobreza, mas um vetor direto da mortalidade infantil, agravado pela omissão dos serviços de assistência e infraestrutura.

Não apenas a moradia, mas também a água – esse elemento vital – chega às comunidades indígenas como um bem escasso, contaminado ou ausente. Em diversas aldeias, especialmente na Amazônia, a água consumida diariamente provém diretamente do rio, muitas vezes turvo, poluído por resíduos de mineração, esgoto ou agrotóxicos despejados em regiões próximas. As mães fervem a água quando possível, mas, com a lenha úmida ou escassa, essa prática nem sempre é viável. Assim, as crianças tomam banho, bebem e cozinham com a mesma água onde se banham os animais ou se despejam dejetos. Diarreias constantes, verminoses, hepatites e infecções intestinais crônicas passam a compor o cotidiano de famílias já marcadas pela insegurança alimentar e ausência de atenção básica. Com efeito, “[...] a desnutrição e os episódios frequentes de diarreia mantêm um ciclo vicioso que fragiliza o sistema imunológico das crianças indígenas, elevando o risco de óbito por infecções banais” (Brasil, 2010, p. 44). E como reforça Farmer (1998, p. 144), “[...] quando não há água limpa e nem saneamento, não há cuidado – há abandono disfarçado de descaso logístico”. Desse modo, a falta de acesso à água potável não é um problema isolado, mas sim um determinante social estruturante, que corrompe a saúde das crianças desde o primeiro gole.

[...] estudos em crianças indígenas de zero a dois anos apresentaram risco de ocorrência de diarreia 15 vezes maior quando comparado àquelas que vivem em condições adequadas de habitação e saneamento. [...] Em favelas de Salvador encontrou-se prevalência de 2,8 episódios de diarreia por criança por ano, e associação positiva de risco para doença diarreica com o estado nutricional, mesmo para as formas leves de comprometimento de crescimento linear [...]. Nossa estudo apresentou prevalência semelhante, com média de 3,3 episódios de diarreia por criança nos casos graves de subnutrição (Sawaya, 2023, p. 226).

Enquanto muitas crianças brasileiras crescem rodeadas por supermercados, hortas escolares e merendas garantidas por programas públicos, em diversas aldeias indígenas a rotina alimentar se reduz a farinha, peixe salgado e, ocasionalmente, frutas do mato. Em tempos de seca ou cheia, essa escassez se acentua, e há dias em que não há o que comer. Crianças pequenas são amamentadas por menos tempo, pois as mães, desnutridas, perdem a produção de leite. Quando desmamadas precocemente, essas crianças passam a consumir mingaus ralos e sopas diluídas com água contaminada, iniciando um ciclo de desnutrição que compromete o crescimento, a imunidade e o desenvolvimento neurológico. Conforme Medeiros et al. (2013), “[...] a alimentação das crianças indígenas da região estudada se mostrou monotônica, hipocalórica e carente de micronutrientes essenciais, o que indica risco nutricional elevado desde os primeiros meses de vida” (p. 5). Do mesmo modo, Krenak (2020a, p. 34) denuncia que “[...] para nós, alimentar-se nunca foi só comer – é celebrar a terra; mas quando a terra é invadida, a fome se instala como negação do nosso modo de existir”. Assim, a insegurança alimentar

é mais do que privação física: é o sintoma de uma violência histórica que rompe com a cultura, enfraquece o corpo e encurta a infância.

A distância entre a vida e o cuidado, em muitos territórios indígenas, é medida em horas de remo por rios sinuosos ou dias de caminhada por trilhas encharcadas. Em locais onde não há estradas, telefone ou ambulância, a emergência médica se transforma em tragédia anunciada. É comum que, diante de uma febre alta, uma mãe atravesse o rio com a criança nos braços, em uma canoa sem motor, enfrentando correntezas e sol escaldante, apenas para encontrar um posto de saúde fechado ou sem atendimento. Às vezes, o tempo entre o adoecimento e o atendimento é longo o suficiente para que a criança morra no trajeto ou ao chegar. Para Coimbra et al. (2005), “[...] a distância entre as aldeias e os centros urbanos, aliada à precariedade dos meios de transporte, compromete gravemente o acesso ao diagnóstico e ao tratamento em tempo hábil” (p. 32). E conforme aponta Merhy (2016, p. 104), “[...] quando o sistema exige que o sujeito vá até ele, mas não se faz presente nos territórios vulnerabilizados, o cuidado se torna um privilégio e não um direito”. Portanto, as barreiras geográficas são determinantes brutais da morte precoce, pois elas não apenas dificultam o acesso aos serviços, mas também anunciam quem o Estado está disposto a salvar – e quem pode continuar morrendo em silêncio, longe de tudo.

[...] o problema está quando um princípio territorial métrico, protocolar, torna-se dominante, preponderante, e a aposta territorial, que poderia ser criadora de vínculo e responsabilização, passa a funcionar como subtração de possibilidades da continuidade do cuidado. Isso fica mais evidente nos casos chamados ‘complexos’, por apresentarem maiores desafios aos limites protocolares, como por exemplo, os usuários nômades, que escapam, logo de partida, de uma certa aposta subjacente a certa territorialização calcada no domicílio, no endereço, aposta essa no sedentarismo dos usuários [...]. Neste modo, é evidente a pouca produção para aqueles usuários nômades: que circulam pela cidade; que moram na rua ou a têm como lugar de refúgio; que não têm moradia fixa ou que mudam constantemente ou, ainda, aqueles cuja ‘casa’ é lugar de passagem ou nas florestas (Merhy, 2016, p. 93).

Mesmo quando o cuidado chega, ele nem sempre se realiza de maneira respeitosa ou eficaz. Muitas mães indígenas relatam que, ao levarem seus filhos doentes a unidades de saúde fora das aldeias, são atendidas com desconfiança, olhares atravessados ou mesmo ironias por não falarem bem o português, por estarem descalças ou vestindo trajes tradicionais. Algumas são ignoradas ou culpabilizadas pelas enfermidades das crianças, acusadas de descuido ou atraso cultural. Essa forma de racismo institucional<sup>6</sup> se infiltra nas práticas clínicas, transformando o cuidado em julgamento e

<sup>6</sup> O racismo institucional consiste na perpetuação de práticas, normas e políticas que, mesmo de forma não intencional, resultam na exclusão e marginalização de grupos racializados, como as populações indígenas no Brasil. No campo da saúde, essa forma de racismo manifesta-se pela precarização dos serviços oferecidos, pela ausência de políticas culturalmente sensíveis e pela negligência sistemática diante das necessidades específicas dessas comunidades. Como explica Almeida (2019, p. 43), “[...] o racismo institucional estrutura as práticas administrativas e políticas públicas, produzindo desigualdades que afetam a vida e a morte das populações racializadas”. Dessa forma, o racismo institucional

impedindo o vínculo entre profissionais e famílias. Como destaca Fassin (2012, p. 87), “[...] a neutralidade biomédica muitas vezes encobre uma hierarquia moral que define quem merece compaixão e quem deve ser responsabilizado pela própria dor”. De igual forma, Brum (2011, p. 149) relata: “[...] vi uma mulher indígena ser empurrada para fora de um hospital após seu filho morrer com febre; ninguém disse nada, apenas desviaram os olhos como se a morte fosse uma consequência natural de sua condição étnica”. Assim, o racismo institucional opera de forma sutil, porém devastadora, ao deslegitimar a dor, invisibilizar a cultura e negar o direito ao cuidado qualificado – especialmente quando quem sofre é uma criança indígena.

Dessa forma, compreender a elevada mortalidade infantil indígena exige mais do que contabilizar diagnósticos: é preciso mapear os contextos sociais, econômicos, culturais e ambientais que produzem o adoecimento. Essa é justamente a base da abordagem dos determinantes sociais da saúde, que reconhece que as condições de vida – e não apenas fatores biológicos – são os principais responsáveis pelos agravos que afetam populações vulnerabilizadas. E ainda, a equidade, nesse contexto, não significa tratar todos da mesma maneira, mas ofertar mais a quem mais precisa, levando em conta desigualdades históricas e estruturais. Como alerta Marmot (2015, p. 120), “[...] não é a genética que define a expectativa de vida, mas sim o código postal; onde se nasce e cresce determina mais a saúde do que qualquer exame clínico”. Já Paim (2018, p. 79) afirma que “[...] a equidade exige o reconhecimento das iniquidades e a superação das desigualdades provocadas por décadas de omissão, racismo e políticas que ignoraram os territórios indígenas”. Portanto, aplicar o princípio da equidade à saúde infantil indígena significa agir sobre as causas estruturais da injustiça, devolvendo às comunidades o direito de ver suas crianças crescerem com dignidade, saúde e futuro.

[...] o território passa a ser conceito-chave da reforma sanitária e desse novo modelo. Há, contudo, que precisar melhor o conceito. Existem pelo menos duas grandes correntes de pensamento que o elaboram de forma distinta. A primeira toma-o de modo naturalista, como espaço físico que está dado, completo. [...] A segunda, coerente com a ideia de promoção da saúde como processo, vê o território como espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na arena política. [...] O território ou os territórios dos municípios nunca estão acabados, mas, ao contrário, em constante construção e reconstrução (Merhy, 2016, p. 141).

É importante destacar que a ausência de saneamento básico nas comunidades indígenas não representa apenas um descaso técnico, mas uma forma explícita de exclusão sanitária que atinge, com mais força, os corpos pequenos e frágeis das crianças. Nesses territórios, é comum que os dejetos

---

não é um fenômeno isolado, mas um mecanismo sistêmico que contribui diretamente para o agravamento da mortalidade infantil e para a violação dos direitos fundamentais dos povos indígenas. Ver: ALMEIDA, Silvio. Racismo estrutural. São Paulo: Pólen, 2019.

---

humanos sejam despejados diretamente no entorno das casas ou nos igarapés, muitas vezes os mesmos que abastecem os baldes de água potável. As fossas, quando existem, não seguem padrões mínimos de segurança, e as águas servidas escorrem por canais improvisados, formando poças onde as crianças brincam descalças. Verminoses, hepatites, giardíase e infecções bacterianas se tornam parte do ciclo cotidiano do adoecimento. Conforme descreve Schepers-Hughes (1993, p. 159), “[...] a vida nos bairros mais pobres e remotos do Brasil rural é marcada por fezes expostas, água contaminada e crianças com barrigas inchadas pela fome e pela verminose, como se fosse um cenário normal”. De maneira complementar, Merhy (2007, p. 63) aponta que “[...] o descaso com o saneamento é a porta de entrada para um cuidado falho, pois o ambiente onde se vive determina a eficácia ou o fracasso das intervenções em saúde”. Assim, a omissão do Estado em prover condições mínimas de salubridade não apenas compromete a saúde infantil, mas evidencia quem, para a política pública, não tem o direito básico de viver em um lugar limpo.

Dessa forma, não se pode ignorar que desnutrição e infecções formam um ciclo devastador e autorreforçante nas infâncias indígenas, em que um fator potencializa o outro continuamente. Crianças subalimentadas apresentam menor resistência imunológica, tornando-se presas fáceis para doenças infecciosas como pneumonia, gastroenterite, infecções de pele e parasitos. Essas doenças, por sua vez, reduzem ainda mais a absorção de nutrientes, prolongam os períodos de inapetência e exigem maior gasto metabólico para a recuperação, o que as crianças não conseguem sustentar. Esse círculo vicioso faz com que o adoecimento frequente seja normalizado no cotidiano das aldeias – onde não é raro que uma criança tenha febre ou diarreia por semanas antes de ser levada ao atendimento. Conforme destaca Ana Lydia Sawaya (2023, p. 48), “[...] a coexistência de infecções com estados de carência nutricional intensifica os danos fisiológicos e pode antecipar quadros irreversíveis de falência orgânica”. Já David Werner (1982, p. 94) aponta que “[...] quando uma criança indígena adoecida permanece sem cuidados adequados, é como se ela entrasse em um túnel de fraqueza contínua – e, se não houver intervenção imediata e respeitosa, esse túnel termina no cemitério”. Portanto, romper esse ciclo exige políticas integradas, que não tratem infecção e fome separadamente, mas compreendam que ambas são sintomas de uma mesma estrutura de exclusão.

[...] a relação bidirecional entre infecção e subnutrição tem sido reconhecida há anos. Ingestão inadequada de proteínas, energia e micronutrientes aumenta a suscetibilidade e retarda a recuperação de processos infecciosos. Por sua vez, a infecção aumenta a demanda de nutrientes, ao mesmo tempo que diminui ingestão por redução do apetite. As consequências no estado nutricional desse ciclo vicioso ficam mais evidentes na infância, onde boa parte da demanda de substrato está endereçada ao processo de crescimento (Sawaya, 2023, p. 226).

Além das privações visíveis, há uma violência silenciosa que corrói lentamente a saúde infantil nas comunidades indígenas: a contaminação dos territórios pelo extrativismo predatório. A presença de garimpos ilegais, monoculturas extensivas e grandes empreendimentos hidrelétricos altera o ecossistema local, envenena as águas, afugenta a caça, devasta os cultivos e interrompe ciclos tradicionais de subsistência. As famílias passam a depender de alimentos ultraprocessados ou doações esporádicas, e o peixe – base nutricional de muitas comunidades – carrega traços de mercúrio, metal pesado que se acumula nos organismos infantis com efeitos neurológicos irreversíveis. Assim, “[...] a destruição ambiental afeta diretamente a saúde dos povos indígenas, não só por privá-los de alimentos limpos, mas por romper com os modos de vida que tradicionalmente os protegiam” (Brum, 2021, p. 201). De igual forma, Fassin (2007, p. 141) alerta: “[...] quando os corpos são expostos a contextos tóxicos, e não há política de proteção, temos uma forma de violência lenta, que mata sem barulho, mas com precisão”. Portanto, o extrativismo é mais do que uma questão ambiental: é um determinante social da saúde que desorganiza o viver, adoece o corpo e compromete gerações desde o nascimento.

Embora os discursos oficiais falem em universalização do SUS e em direitos constitucionais garantidos, o cotidiano de muitas comunidades indígenas revela um cenário de desassistência crônica, onde a presença do Estado se faz mais pela ausência do que pela ação concreta. A Unidade Básica de Saúde (UBS) prometida muitas vezes é apenas um contêiner deteriorado, sem energia elétrica, sem medicamentos essenciais, sem profissionais fixos. O agente de saúde que deveria visitar as famílias a cada semana só aparece uma vez por mês, quando há transporte. A vacinação atrasa, o pré-natal falha, e o acompanhamento nutricional das crianças praticamente inexiste. Em tempo, “[...] a fragmentação da assistência à saúde nas regiões indígenas gera um vazio institucional que fragiliza o cuidado e aumenta os riscos de morte evitável na infância” (Paim, 2018, p. 66). De modo semelhante, Krenak (2020b, p. 51) provoca: “[...] o que chamam de cuidado chega a nós como protocolo; não escuta, não conversa, não permanece – apenas carimba papéis e vai embora antes que a dor fale”. Assim, a negligência institucional não se expressa apenas na falta de recursos, mas na incapacidade do Estado de reconhecer a infância indígena como prioridade, como urgência e, sobretudo, como existência digna de ser protegida.

[...] o cuidado virou um protocolo a ser seguido, uma agenda a ser cumprida, um check list a ser batido. [...] O que se chama de ‘assistência’ muitas vezes é uma série de procedimentos vazios, que não escutam, não acompanham, não se responsabilizam. A ideia de produzir vínculo e presença é substituída por metas e produção. [...] O Estado vai, registra, preenche papéis, mas não volta mais. E quem está lá, adoecendo no território, continua sozinho, silenciado pela lógica dos números e da gestão (Merhy, 2016, p. 132).

Assim, é fundamental observar que, diante desse cenário de privações múltiplas, a resposta não pode ser apenas técnica – ela precisa ser ética, política e profundamente enraizada no reconhecimento da humanidade e da cultura dos povos indígenas. Reumanizar o cuidado é escutar os gritos silenciosos de mães que enterram seus filhos sem velório, de pais que cavaram com as próprias mãos a cova do recém-nascido morto por uma pneumonia não tratada. É compreender que o cuidado só é eficaz quando respeita os tempos, os saberes e os modos de vida de quem o recebem. Em tempo, “[...] o cuidado, quando nasce da escuta e do vínculo, torna-se gesto político de resistência contra a morte programada” (Merhy, 2016, p. 71). Do mesmo modo, Ailton Krenak (2020a, p. 59) reafirma: “[...] adiar o fim do mundo também é não permitir que nossas crianças sejam levadas uma a uma pelo esquecimento, pela doença ou pela negligência – é dizer basta com o corpo inteiro”. Portanto, pensar a mortalidade infantil indígena é, antes de tudo, recusar sua normalização, e com isso afirmar a vida como horizonte – uma vida plena, nutrita, protegida e pertencente. Porque nenhuma criança deveria nascer em território marcado para morrer.

Diante desse contexto, é fundamental observar que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)<sup>7</sup>, embora tenha sido criado como uma estratégia para assegurar o direito constitucional dos povos originários a uma atenção diferenciada e integral, muitas vezes se revela apenas uma formalidade burocrática distante da realidade das aldeias. Em teoria, o modelo prevê equipes multidisciplinares atuando nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs)<sup>8</sup>, com estrutura para atendimento contínuo nas aldeias e articulação com os serviços de média e alta complexidade. No

<sup>7</sup> O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) foi instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, com o objetivo de garantir a atenção integral à saúde das populações indígenas, respeitando suas especificidades socioculturais. O SasiSUS propõe uma política diferenciada de saúde, articulando o conhecimento técnico-científico com os saberes tradicionais, além de assegurar a participação das comunidades indígenas nos processos de gestão, por meio dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi). No entanto, apesar dos avanços normativos, o subsistema enfrenta inúmeros desafios, como a insuficiência de recursos financeiros, a precarização das condições de trabalho e a falta de profissionais capacitados para atuar em contextos interculturais, o que compromete a efetividade de suas ações. Como destaca Langdon e Wiik (2010, p. 16), “[...] o SasiSUS representa uma tentativa de superar a histórica exclusão dos povos indígenas das políticas públicas de saúde, mas ainda carece de fortalecimento e reconhecimento pleno de sua especificidade”. Ver: LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e direitos dos povos indígenas: reflexões a partir do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 5, p. 951-962, 2010.

<sup>8</sup> Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) são unidades administrativas e operacionais criadas para organizar e prestar serviços de atenção à saúde às populações indígenas no Brasil, considerando suas especificidades socioculturais e territoriais. Atualmente, o país conta com 34 DSEIs, que abrangem áreas geográficas onde vivem comunidades indígenas, promovendo ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Esses distritos são fundamentais para operacionalizar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), garantindo a capilaridade das políticas públicas e a aproximação entre os serviços de saúde e as comunidades. No entanto, os DSEIs enfrentam desafios como a falta de infraestrutura adequada, a escassez de profissionais especializados e a dificuldade de articulação intersetorial, o que compromete a efetividade da atenção à saúde indígena. Como apontam Garnelo et al. (2019, p. 5), “[...] os DSEIs constituem uma estratégia de descentralização e territorialização da política de saúde indígena, mas sua plena efetividade depende do fortalecimento da gestão e do financiamento adequado”. Ver: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lívia M. L.; GONTIJO, Débora T. Organização do Sistema de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 7, p. 2519-2530, 2019.

entanto, na prática, o que se vê é a interrupção de atendimentos por ausência de transporte, a falta de medicamentos básicos e a alta rotatividade de profissionais. Crianças febris aguardam dias por remoções que nunca chegam, enquanto os agentes indígenas de saúde tentam improvisar com estoques esvaziados e sem supervisão. Desta maneira, “[...] apesar da importância dada à implementação de uma sistemática de referência e contra-referência com a rede hospitalar por parte das CASAIs existentes no país, na prática essa dinâmica não foi observada na CASAI de Porto Velho” (Coimbra et al., 2005, p. 86). Já outro trecho ressalta que “[...] os serviços prestados pela FUNAI tendiam a ser desorganizados e, em muitas áreas, esporádicos” (Coimbra et al., 2005, p. 112). Dessa forma, a distância entre o que está escrito nas normativas e o que se experimenta nos territórios indígenas evidencia um sistema que falha exatamente onde deveria proteger: na infância.

[...] a enorme rotatividade de profissionais de saúde nos postos de supervisão também se refletiu na impossibilidade concreta de viabilizar cursos de qualificação para o trabalho com uma população indígena. Os prazos de contratação praticados pela FUNASA (em média de seis meses) eram curtos o suficiente para tornar inviável um maior investimento na formação interdisciplinar deste profissional. [...] Profissionais de saúde, em sua grande maioria despreparados para perceber a necessidade de uma atuação específica junto aos AISs, viam naqueles índios que falavam o português como sua segunda língua [...] sua principal clientela para a qual normalmente dirigem suas atividades (Coimbra et al., 2005, p. 166).

Ainda assim, mesmo quando as crianças indígenas conseguem ser removidas de suas aldeias até uma Casa de Saúde Indígena (CASAII)<sup>9</sup>, o que as espera muitas vezes não é cuidado, mas confinamento. Em muitas dessas unidades, há colchões rasgados no chão, banheiros sem higiene, chuveiros quebrados, alimentação insuficiente e falta de medicamentos – ou seja, uma ambientes que não favorece a recuperação e que frequentemente agrava os quadros clínicos. Crianças com diarreia são mantidas sem isolamento, mães dormem ao lado de outras mães em camas improvisadas, e casos mais graves são constantemente transferidos de volta para a aldeia por “falta de vaga”, ainda que o risco de morte persista. Como alerta Coimbra et al. (2005, p. 107): “[...] observou-se uma superlotação da CASAI, especialmente de crianças com doenças diarreicas, respiratórias e desnutrição; as condições físicas eram inadequadas, sem espaço de recreação, e com comprometimento da vigilância sanitária”. De igual maneira, Farmer (2003, p. 92) aponta: “[...] o que se vê nas casas de internação indígena é

<sup>9</sup> A Casa de Saúde Indígena (CASAII) é uma unidade de apoio vinculada aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), destinada a acolher indígenas em trânsito que necessitam de tratamento de saúde fora de suas comunidades de origem. As CASAIs oferecem hospedagem, alimentação, transporte e apoio social, enquanto os pacientes realizam consultas, exames ou tratamentos especializados. No entanto, diversas pesquisas indicam que, apesar de sua importância, as CASAIs enfrentam sérias limitações estruturais, como a superlotação, a precariedade nas condições de acolhimento e a insuficiência de recursos humanos qualificados, comprometendo a humanização do cuidado. Como ressaltam Garnelo e Sousa (2017, p. 121), “[...] as Casas de Saúde Indígena são espaços indispensáveis à política de atenção à saúde indígena, mas precisam ser fortalecidas para garantir um acolhimento digno e culturalmente adequado”. Ver: GARNELO, Luiza; SOUSA, Ana Beatriz. Casas de Saúde Indígena: aspectos do modelo assistencial no contexto do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 6, p. 1237-1246, 2017.

um modelo de contenção disfarçado de cuidado – a espera se torna tratamento e a precariedade se institucionaliza como rotina”. Portanto, as CASAI, em vez de cumprirem seu papel como espaços de apoio transitório e acolhimento integral, reproduzem uma lógica de segregação e abandono que recai, com ainda mais violência, sobre os corpos vulnerabilizados das crianças indígenas.

Em consequência disso, muitas crianças indígenas vivem sob um sistema de saúde intermitente, que chega e some conforme mudanças políticas, cortes orçamentários ou disputas administrativas entre entes federativos. Por exemplo, um programa de vacinação pode começar com promessas de cobertura integral e, semanas depois, ser interrompido por falta de combustível para as lanchas. O acompanhamento nutricional pode ser suspenso por ausência de profissionais, e a entrega de suplementos é paralisada por trâmites burocráticos ou falhas logísticas. As mães se acostumam a ouvir que “na próxima visita” haverá medicação ou leite especial, mas essa próxima visita, muitas vezes, não chega. Desse modo, “[...] os programas frequentemente têm início promissor, mas sofrem com a falta de continuidade, comprometendo os resultados esperados e agravando a vulnerabilidade infantil” (Coimbra et al., 2005, p. 118). E ainda, conforme denuncia Fassin (2012, p. 194), “[...] a intermitência da presença estatal nas comunidades pobres não é exceção, mas parte do modo como se administra a precariedade – com gestos pontuais que criam a ilusão do cuidado”. Assim, a descontinuidade não é apenas falha administrativa: ela é um mecanismo de exclusão que quebra a confiança, interrompe fluxos de cura e transforma o cuidado em incerteza permanente.

[...] a prática política tem se sustentado na crença de que se pode manter a precariedade como modo de governar. A intermitência, a fragmentação e a baixa densidade dos vínculos institucionais são administradas como parte do funcionamento ‘normal’ dos serviços públicos em territórios vulnerabilizados. [...] Essa ‘governabilidade da precariedade’ cria a ilusão de presença do Estado, que se manifesta em gestos pontuais e ações desconectadas, sem continuidade, sem presença real. O efeito é o aumento da desconfiança, a produção de sofrimento ético-político e a ampliação das desigualdades no cuidado (Merhy, 2016, p. 109).

Logo após o nascimento, muitas crianças indígenas já enfrentam um sistema de saúde sem seringas, sem antibióticos e sem gaze estéril. Em postos de saúde das aldeias ou nas pequenas unidades dos DSEIs, não é raro encontrar armários vazios, geladeiras quebradas e prontuários acumulando poeira. O termômetro está quebrado, o otoscópio foi levado na última missão e não voltou, e o antibiótico mais básico – amoxicilina – está em falta há semanas. Quando a febre sobe, resta à mãe o banho morno ou a reza ancestral. Em casos mais graves, improvisa-se um transporte em canoa até o polo-base, onde, às vezes, o cenário é semelhante. Com efeito, “[...] em diversos DSEIs, as equipes relataram dificuldades de abastecimento, falta de medicação básica e ausência de protocolos claros para lidar com urgências pediátricas” (Coimbra et al., 2005, p. 96). De forma complementar, Merhy (2016, p. 99) observa: “[...] a ausência de insumos e estrutura não é um detalhe técnico – é a face

concreta da violência institucional que nega, ao mais vulnerável, o direito ao cuidado mínimo”. Assim sendo, a escassez material traduz-se em risco vital: uma infecção simples, que poderia ser tratada com antibióticos em poucas horas, transforma-se em uma ameaça letal à vida de uma criança que já nasce sob o signo da precariedade.

Ainda que a política pública preveja equipes de saúde multidisciplinares atuando junto às comunidades indígenas, a realidade é marcada por alta rotatividade, contratos temporários e escassez de formação intercultural. Muitos profissionais aceitam os cargos apenas pela pontuação em concursos ou como trampolim para outras oportunidades e, por isso, chegam despreparados, desmotivados e alheios à lógica comunitária. Permanecem por semanas, às vezes dias, sem estabelecer vínculos e partem antes mesmo de aprender os nomes das crianças. As mães, então, relatam sempre o mesmo desabafo: “[...] todo mês vem um médico novo que não conhece o histórico do meu filho”. Assim, “[...] a grande rotatividade de profissionais nos DSEIs compromete a construção de vínculos e impede a continuidade dos cuidados, especialmente no que tange ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil”, endossa Coimbra et al. (2005, p. 109). Do mesmo modo, Farmer (1998, p. 203) afirma que “[...] não basta que o médico apareça – é preciso que ele permaneça, escute, conheça, seja parte da teia social que sustenta a cura”. Portanto, a ausência de presença qualificada, sensível e duradoura no território indígena não apenas compromete a resolutividade clínica, mas rompe os laços fundamentais para um cuidado infantil ético, eficaz e humanizado.

Diante dessa situação, é importante destacar que o SasiSUS, em seus documentos normativos e planos oficiais, define a atenção à saúde indígena como uma política orientada pelos princípios da integralidade, da atenção diferenciada e da participação social. No papel, prevê-se o respeito às tradições culturais, a atuação de equipes fixas nos territórios e a articulação contínua com serviços de referência. Contudo, ao caminhar pelas aldeias, o que se encontra é quase sempre o oposto: salas fechadas, atendimentos esporádicos, ausência de tradutores e decisões clínicas tomadas sem consulta às lideranças comunitárias. Em verdade, “[...] Segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)<sup>10</sup>, a assistência deve considerar os saberes tradicionais e o contexto

<sup>10</sup> A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), instituída pela Portaria nº 254/2002 do Ministério da Saúde, estabelece as diretrizes para a promoção de uma atenção diferenciada, integral e intercultural à saúde das populações indígenas no Brasil. A PNASPI reconhece a necessidade de respeitar as especificidades étnicas, culturais e territoriais desses povos, orientando a organização de serviços e ações de saúde conforme os princípios do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Entre seus principais avanços, destaca-se a institucionalização da participação social por meio dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi). Contudo, sua efetivação ainda enfrenta desafios como a escassez de recursos, a fragilidade da infraestrutura e a resistência de setores que desconsideram a importância da interculturalidade no cuidado em saúde. Conforme afirma Garnelo (2003, p. 142), “[...] a PNASPI representa um marco legal importante, mas sua concretização plena requer investimentos e políticas que articulem de forma efetiva as dimensões técnica, política e cultural da atenção à saúde indígena”. Ver: GARNELO, Luiza. Políticas públicas de atenção à saúde dos

sociocultural dos povos atendidos" (Brasil, 2010, p. 19). No entanto, como evidencia Coimbra et al. (2005, p. 88), "[...] na prática, a aplicação dessa política é fragmentada, descontinuada e, muitas vezes, desrespeitosa quanto aos modos próprios de vida e cura das comunidades indígenas". Assim sendo, essa dissociação entre o ideal normativo e a experiência cotidiana representa mais do que uma falha de gestão: ela configura uma forma estrutural de negligência, na qual a política promete cuidado, mas entrega frustração – e as crianças são, mais uma vez, as primeiras a sofrerem as consequências dessa contradição.

[...] ao lado do trabalho de investigação teórica e empírica, cabe ampliar o espaço de intervenção voltado para a integralidade, mediante ações desenvolvidas no território e nos serviços de saúde, considerando os aspectos relativos à construção do conhecimento, à formulação de políticas e à redefinição de práticas de saúde [...]. A trajetória de uma política de saúde não se faz de forma linear: tem como ponto de partida uma construção de propósitos de grupos em luta, os quais, a cada momento, influenciam a conformação do sistema. Esse sistema resulta, portanto, dos embates e dos consensos e dissensos que ocorrem entre os grupos (Paim, 2018, p. 17).

Dessa forma, convém observar que um dos entraves mais perversos do sistema de atenção à saúde indígena é o peso da burocracia, que engessa a tomada de decisão local e transforma a gestão em um emaranhado de papéis, planilhas e autorizações que nada dizem sobre a urgência do adoecimento infantil. Para conseguir combustível para uma remoção de emergência, é necessário preencher ofícios, esperar aprovações, passar por várias instâncias. Um pedido de suplemento alimentar pode levar semanas para ser analisado em Brasília, enquanto a criança emagrece a olhos vistos. Dito isso, "[...] as dificuldades operacionais observadas nos DSEIs são amplificadas por um modelo de gestão centralizado e pouco sensível às especificidades territoriais" (Coimbra et al., 2005, p. 101). Já Fassin (2007, p. 163) afirma: "[...] a burocracia, quando aplicada à dor, opera como dispositivo de distanciamento ético; ela cria filtros que protegem a máquina administrativa da angústia que deveria gerar ação imediata". Portanto, a centralização excessiva, longe de ser mera falha administrativa, revela um modelo de governança que subordina a vida à lógica do protocolo – e, assim, impede que o cuidado chegue no tempo certo, no lugar certo, à criança certa.

Ainda que a política nacional de saúde indígena reconheça formalmente a importância dos saberes tradicionais no processo de cuidado, no cotidiano das aldeias o que se observa é a imposição de uma lógica biomédica que deslegitima as práticas ancestrais. Muitos profissionais de saúde, por despreparo ou preconceito, desautorizam o uso de chás, rezas ou práticas xamânicas que acompanham há séculos o cuidado com as crianças. Em vez de dialogar, tentam substituir. Em vez de escutar,

---

povos indígenas: reflexões a partir do caso brasileiro. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (org.). Saúde indígena: políticas e ações emergenciais. Brasília: ABRASCO, 2003. p. 135-152.

prescrevem. Com isso, o cuidado se fragmenta, e as mães se sentem constrangidas, acuadas ou desacreditadas. Assim, “[...] as práticas tradicionais de cuidado são vistas, muitas vezes, como obstáculos ao tratamento, quando deveriam ser compreendidas como parte essencial do processo de cura” (Coimbra et al., 2005, p. 93). E conforme adverte Krenak (2020a, p. 41), “[...] negar o saber dos nossos velhos é como negar o espírito da floresta – é querer curar apenas o corpo e esquecer que a alma também adoece”. Assim sendo, o choque entre o cuidado que vem da terra e o cuidado que vem da prancheta expõe não apenas uma lacuna epistemológica, mas um abismo político: o abismo entre o que se promete como atenção integral e o que se entrega como silêncio institucional sobre a pluralidade dos modos de cuidar.

Dito isso, é fundamental observar que o cuidado não começa na medicação, mas na escuta – e, para escutar, é preciso compreender a língua, os gestos, os tempos e os silêncios da comunidade. No entanto, muitas equipes de saúde que chegam às aldeias não falam a língua local, não conhecem o território e sequer foram orientadas sobre a cosmovisão do povo que pretendem atender. Dessa forma, o atendimento se torna um monólogo técnico, em que o profissional pergunta, a mãe não entende, a criança chora e o vínculo se rompe antes mesmo do início do cuidado. Desse modo, “[...] a barreira linguística e a ausência de mediação cultural dificultam o estabelecimento da confiança, o que compromete diretamente o cuidado às crianças indígenas” (Coimbra et al., 2005, p. 90). E como reforça Merhy (2007, p. 56), “[...] cuidar exige mais do que técnica – exige afeto, presença e escuta; e não há escuta possível sem respeito ao modo de ser do outro”. Portanto, o despreparo das equipes não é apenas uma falha na formação: é a manifestação de uma política que ainda trata o cuidado como protocolo e não como encontro, e que, ao ignorar as dimensões afetivas e territoriais da infância indígena, contribui para o fracasso da própria proposta de saúde diferenciada.

[...] a negligência costuma se apresentar em situações limítrofes entre pobreza e maus-tratos. Ou seja, uma vez que a negligência se define pela omissão de cuidados e de atendimento às necessidades das crianças, a reconhecida ausência de condições econômicas de famílias em situação de pobreza e miséria dificulta um julgamento mais preciso entre a prática abusiva e a impossibilidade de prover os requisitos para seu crescimento e desenvolvimento. [...] Do ponto de vista físico e afetivo, frequentemente se encontram, nas crianças negligenciadas, lesões de pele por repetição da má higiene corporal, desnutrição, calendário vacinal desatualizado, tratamentos médicos inadequados (Minayo, 2006, p. 91).

Apesar de sua proposta original de autonomia e territorialidade, muitos DSEIs operam com uma lógica improvisada, em que as decisões são tomadas em resposta a emergências, sem planejamento contínuo, sem escuta das comunidades e sem articulação com políticas intersetoriais. Quando há surtos de infecção intestinal, por exemplo, não se mobiliza uma força-tarefa de prevenção, mas distribui-se soro caseiro em quantidade insuficiente. Quando há registro de desnutrição infantil,

recorre-se a ações pontuais, desprovidas de estratégia de continuidade. A gestão, muitas vezes terceirizada ou submetida a interesses políticos locais, atua sob a lógica da urgência e da escassez, em vez da integralidade e do cuidado. Consequentemente, “[...] a fragmentação da atenção à saúde e a fragilidade dos fluxos de gestão nos DSEIs têm como consequência direta a desassistência, sobretudo em situações de vulnerabilidade infantil”, conforme Coimbra et al. (2005, p. 102). Do mesmo modo, Fassin (2012, p. 172) observa: “[...] quando o cuidado é estruturado sobre a lógica da emergência e não sobre a dignidade, o que se produz é um gerenciamento da morte – e não a promoção da vida”. Assim, os DSEIs, que deveriam ser espaços de articulação entre cultura, saúde e direitos, acabam reproduzindo um modelo desarticulado, em que a improvisação vira regra e a infância segue à deriva.

Além da escassez de insumos e da descontinuidade dos programas, há outro fator que compromete profundamente a efetividade da saúde indígena: a ausência de mecanismos consistentes de monitoramento, avaliação e transparência na execução das ações. Muitos indicadores são subnotificados, os dados de mortalidade infantil são incompletos, e a avaliação da efetividade das intervenções raramente considera a percepção das comunidades. Crianças morrem sem serem contabilizadas, sem prontuários, sem laudos, sem registro formal de que um dia existiram. Assim, “[...] a inexistência de um sistema robusto de informação em saúde indígena dificulta a identificação das causas de morte e a formulação de estratégias de prevenção baseadas em evidências” (Coimbra et al., 2005, p. 113). De igual modo, Brum (2021, p. 145) relata: “[...] encontrei mães que não sabiam o nome da doença que matou seus filhos; ninguém explicou, ninguém registrou, ninguém retornou – o silêncio burocrático selou o destino de seus bebês”. Assim sendo, a ausência de monitoramento não é apenas um problema técnico, mas uma forma de apagamento institucional: ao não medir, não acompanhar e não divulgar, o Estado naturaliza a morte, inviabiliza o aprendizado com o erro e priva as crianças indígenas do direito fundamental de serem vistas, reconhecidas e protegidas.

Com efeito, a análise das falhas nas políticas públicas e na atenção básica à saúde indígena revela um cenário de rupturas sistemáticas, onde promessas legais não se convertem em presença concreta, e onde a infância indígena segue morrendo entre normativas bem-intencionadas e estruturas negligentes. Reconstruir essa política exige mais do que reformular protocolos – exige reumanizar o cuidado, fortalecer vínculos, respeitar saberes ancestrais e garantir permanência. O cuidado não pode chegar em pacotes intermitentes, com equipes que vêm e vão, como se os territórios indígenas fossem apenas postos de passagem. É preciso construir presenças comprometidas, que olhem no olho das mães, que reconheçam a singularidade de cada criança e que estejam disponíveis não apenas nos dias úteis, mas nos dias em que a vida clama. Dito isso, para Merhy, “[...] o cuidado, para ser cuidado de fato, deve estar enraizado no território e na escuta – do contrário, será apenas gestão da ausência”

(2016, p. 68). E como afirma Krenak (2020b, p. 52), “[...] adiar o fim do mundo passa por garantir que cada criança indígena tenha o direito de viver, sonhar e brincar em paz na terra de seus ancestrais”. Assim, refundar o cuidado à infância indígena é não apenas uma urgência sanitária, mas uma exigência ética – e um passo inadiável na luta por justiça histórica e saúde como direito incondicional. Para Michael Marmot (2015, p. 259):

[...] as iniquidades em saúde não são apenas uma questão de acaso ou predisposição genética; elas são o resultado de escolhas políticas, de arranjos sociais que favorecem sistematicamente alguns grupos e desfavorecem outros. [...] Para reduzir o abismo em saúde, devemos agir sobre o gradiente social, atuar sobre os determinantes mais amplos da saúde e exigir políticas que coloquem a equidade no centro da ação social. Isso inclui garantir que toda criança tenha as condições para prosperar – não apenas para sobreviver – desde o nascimento<sup>11</sup>.

Ainda hoje, mesmo após décadas de promessas de uma atenção diferenciada, a medicina biomédica continua a operar como padrão hegemônico nos territórios indígenas, deslegitimando práticas ancestrais de cuidado e impondo uma racionalidade única para lidar com o adoecer. As mães que preparam infusões com folhas da floresta, ou que buscam a pajelança diante de uma febre que não cede, são vistas com desconfiança ou repreendidas por profissionais de saúde. Essas práticas não são documentadas, nem integradas ao tratamento; são ignoradas como se fossem obstáculos. Ou seja, “[...] a assistência aos índios, apesar de ter estado marcada, em alguns períodos, pelo discurso da proposta de um ‘projeto diferenciado’, estruturou-se pela exclusão e descontinuidade entre o saber científico e os saberes locais” (Coimbra et al., 2005, p. 197). Merhy (2016, p. 125) também observa que “[...] a desqualificação dos discursos não científicos, a criminalização das práticas não oficiais e a tecnicização das relações de ajuda compõem a face dura de uma política de cuidado que rejeita a solidariedade e marginaliza os saberes tradicionais”. Em consequência disso, o cuidado infantil nas aldeias é dilacerado entre dois mundos: um que cura com folhas, palavras e presenças; e outro que cura com comprimidos, silêncio e registros. Quando não há espaço para a escuta de ambos, quem adoece não é apenas o corpo – é a própria possibilidade de confiança no cuidado.

Além disso, é importante destacar que o sistema de saúde, mesmo quando presente nas aldeias, age muitas vezes como um vetor de apagamento cultural. Nas campanhas de vacinação, por exemplo, não se dialoga com os rituais tradicionais de purificação que antecedem a introdução de substâncias externas no corpo das crianças. Quando uma criança é levada para tratamento em uma CASAI, os cuidadores tradicionais – rezadores, parteiras, anciões – são excluídos do processo, como se sua presença fosse irrelevante ou até indesejada. As mães, constrangidas, ocultam o uso de garrafadas ou benzimentos por medo de represálias. Desta maneira, adverte Coimbra et al. (2005), “[...] as práticas

<sup>11</sup> Tradução nossa.

de cura tradicionais indígenas raramente são levadas em consideração nos processos terapêuticos; ao contrário, são muitas vezes marginalizadas ou ignoradas” (p. 93). E como alerta Linda Tuhiwai Smith (2012, p. 95), “[...] os saberes indígenas não são apenas silenciados – são constantemente deslocados, negados e ridicularizados como formas primitivas de se relacionar com o mundo”. Assim, o cuidado biomédico, quando age sem escuta, não apenas falha em proteger a saúde infantil: ele reproduz, no plano do cotidiano, um etnocídio simbólico que se materializa no esquecimento, na vergonha e na perda da confiança intergeracional no saber da própria comunidade.

Todavia, para compreender as raízes desse apagamento dos saberes indígenas no campo da saúde, é necessário situá-lo dentro da lógica mais ampla da colonialidade do saber<sup>12</sup>, que opera silenciosamente nos discursos científicos, nas práticas institucionais e nas formas de validação do conhecimento. O sistema de saúde não apenas marginaliza os saberes tradicionais: ele os invalida como “não-saber”, como superstição, como atraso. Isso ocorre não por desconhecimento, mas por um projeto epistêmico mais profundo, no qual a ciência ocidental se afirma como centro, e tudo o que escapa à sua linguagem é descartado como ruído. Para Santos (2009), “[...] o epistemocídio é a destruição dos conhecimentos considerados não legítimos pelos critérios eurocêntricos; trata-se de uma das formas mais brutais de colonialismo moderno” (p. 115). Do mesmo modo, Smith (2012, p. 63) reforça: “[...] a pesquisa científica, especialmente nas áreas da saúde, historicamente tratou os povos indígenas como objetos a serem corrigidos, e não como sujeitos portadores de saberes válidos”. Em consequência disso, o cuidado das crianças indígenas se dá em territórios epistemologicamente colonizados, onde a medicina da floresta não encontra tradução, e o saber das avós não cabe no prontuário – um silêncio que, dia após dia, adoece a infância por falta de reconhecimento. Para Linda Tuhiwai Smith (2012, p. 64):

[...] o conhecimento indígena foi desvalorizado e tratado como inferior, primitivo ou até mesmo perigoso. Na pesquisa científica, os povos indígenas frequentemente foram posicionados como objetos de estudo, e não como produtores de conhecimento. Suas epistemologias são ignoradas ou invalidadas pelos paradigmas ocidentais dominantes. Isso não apenas marginaliza os modos indígenas de conhecer, como também reproduz estruturas do colonialismo dentro da própria prática da pesquisa. [...] Essa violência epistêmica perpetua um ciclo em que os povos indígenas são continuamente excluídos da construção dos sistemas de conhecimento que afetam diretamente suas vidas.

<sup>12</sup> A colonialidade do saber refere-se à persistente subordinação e marginalização dos conhecimentos tradicionais e indígenas frente à hegemonia do saber ocidental e eurocêntrico, estabelecido historicamente como o padrão universal de racionalidade e verdade. Esse conceito, desenvolvido por Aníbal Quijano, evidencia como as estruturas coloniais de poder mantêm-se operantes através da imposição epistêmica, desvalorizando saberes ancestrais e impondo modelos únicos de conhecimento e desenvolvimento. No contexto da saúde indígena, a colonialidade do saber se manifesta na dificuldade de integração entre práticas tradicionais de cura e os protocolos biomédicos, gerando tensionamentos que comprometem a efetividade das políticas públicas. Como assinala Quijano (2005, p. 124), “[...] a colonialidade do saber constitui uma das mais perenes dimensões da dominação colonial, articulando-se com a colonialidade do poder e do ser”. Ver: QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (org.). A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 117-142.

É fundamental observar que o epistemicídio<sup>13</sup>, enquanto forma sistemática de destruição dos saberes tradicionais, não se limita a episódios pontuais: ele estrutura o próprio funcionamento do modelo biomédico nas ações voltadas às populações indígenas. Quando um profissional de saúde ignora a palavra do pajé, quando um protocolo impede a mãe de levar para a enfermaria a garrafada preparada por sua avó, quando uma parteira é excluída do parto hospitalar de sua neta, o que está em curso não é apenas uma prática clínica: é um processo de negação epistêmica. Nesse sentido, “[...] os saberes indígenas têm sido continuamente silenciados por sistemas de saúde que não reconhecem suas cosmologias, temporalidades e formas de conceber o corpo e o cuidado” (Smith, 2012, p. 74). E como ressalta Boaventura de Sousa Santos (2006, p. 149), “[...] a monocultura do saber científico é responsável pela destruição de outras rationalidades; trata-se de uma monocultura do rigor, que marginaliza tudo o que não pode ser traduzido nos seus próprios termos”. Assim sendo, o epistemicídio não acontece apenas na teoria: ele se concretiza nos corpos das crianças que deixam de receber cuidados em sua língua, em seu tempo, com os símbolos e gestos que dariam sentido ao seu processo de cura – e com isso, se tornam órfãs não apenas de assistência, mas de pertencimento.

Além das práticas materiais, como chás, rezas, benzimentos e dietas rituais, o cuidado indígena com as crianças está profundamente entrelaçado à dimensão espiritual, ao equilíbrio entre o corpo e a comunidade, entre o espírito da criança e o território em que ela vive. No entanto, quando uma criança indígena é levada a uma unidade de saúde convencional, esse vínculo simbólico é frequentemente rompido. Ela é afastada do seu grupo, do seu chão, da sua proteção espiritual. Nenhum ritual é permitido, nenhuma voz ancestral é ouvida. Para Coimbra et al. (2012), “[...] a espiritualidade, que nas culturas indígenas é parte constituinte da saúde, é sistematicamente desconsiderada pelos dispositivos biomédicos que operam com uma noção fragmentada de corpo” (p. 91). E como reforça Smith (2012, p. 133), “[...] o rompimento entre o corpo, a terra e o espírito, promovido pelos sistemas de saúde coloniais, causa não apenas sofrimento físico, mas um sentimento de desencaixe, medo e insegurança espiritual nas crianças e seus cuidadores”. Dessa forma, a exclusão da dimensão espiritual não é um

<sup>13</sup> O epistemicídio refere-se à sistemática destruição, silenciamento e desvalorização dos sistemas de conhecimento produzidos por povos e culturas não ocidentais, especialmente aqueles vinculados a populações indígenas, negras e tradicionais. Esse conceito, amplamente discutido por Boaventura de Sousa Santos, denuncia a violência epistêmica cometida através de processos coloniais e neocoloniais que negam a validade e a legitimidade de saberes ancestrais, promovendo a homogeneização do conhecimento a partir da lógica eurocêntrica. No campo da saúde indígena, o epistemicídio manifesta-se na dificuldade de reconhecimento das práticas tradicionais de cura e na imposição de modelos biomédicos que desconsideram as cosmologias indígenas. Como afirma Santos (2010, p. 23), “[...] o epistemicídio é um dos mais trágicos efeitos da modernidade ocidental, pois destrói formas de conhecimento que poderiam contribuir para uma concepção mais ampla e plural do mundo”. Ver: SANTOS, Boaventura de Sousa. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula (org.). Epistemologias do Sul. São Paulo: Cortez, 2010. p. 23-72.

detalhe simbólico: ela representa a desproteção integral da infância indígena, que adoece não só pela doença, mas pela perda dos sentidos que sustentavam sua cura.

[...] O elemento espiritual não é, frequentemente, apenas uma ‘crença’, mas parte de um senso coletivo de ser e de pertencer. Ele se expressa por meio da terra, da linguagem, dos rituais e das relações que os povos indígenas mantêm com o mundo. Quando os sistemas coloniais de saúde intervêm, muitas vezes rompem esses vínculos, tratando o indivíduo como um corpo a ser consertado, isolado de seus parentes, de sua terra e de seus protetores espirituais. Isso cria uma ruptura no processo de cura da criança e gera um deslocamento emocional e cultural que os modelos biomédicos são incapazes de perceber ou enfrentar (Smith, 2012, p. 134).

Dessa forma, é preciso refletir sobre como a infância indígena, quando atravessada pelo sistema biomédico, muitas vezes deixa de ser escutada para ser diagnosticada. Ao invés de dialogar com os modos de ser e crescer próprios de cada povo, o atendimento ocidental tende a classificar comportamentos infantis como desvios, distúrbios ou síndromes – aplicando rótulos prontos que desconsideram contextos socioculturais e cosmológicos. Assim, crianças mais tímidas são vistas como apáticas; outras, mais agitadas, recebem prescrições para controle do comportamento. Coimbra et al. (2005) afirma que “[...] a tentativa de enquadrar o desenvolvimento infantil indígena nos moldes da psicologia ocidental revela uma tendência à medicalização e à descontextualização da infância” (p. 95). Já Santos (2009, p. 82) observa que “[...] a colonialidade do saber não se contenta em silenciar os outros conhecimentos; ela os substitui por categorias que desconstroem seu significado original e os reinscrevem sob o controle da racionalidade eurocêntrica”. Assim sendo, a medicalização do viver infantil nas aldeias não representa apenas uma intervenção clínica, mas uma intervenção epistemológica, que transforma modos de existir em sintomas e histórias de cuidado em estatísticas de anomalia – um processo que fragiliza o vínculo comunitário e interrompe formas plurais de escutar, compreender e acompanhar a infância.

É fundamental observar que, nas culturas indígenas, a saúde das crianças não se constrói apenas com ervas e rituais, mas também com palavras. Histórias contadas ao pé da rede, conselhos dos mais velhos, ensinamentos sobre os ciclos da natureza, canções que acalmam febres e aflições – tudo isso compõe um sistema de cuidado oral, sensível e profundamente relacional. No entanto, quando as políticas de saúde são implementadas sem diálogo com os saberes comunitários, essa transmissão intergeracional vai sendo silenciada. Os agentes de saúde que não escutam os anciãos contribuem para o rompimento do fio da memória coletiva. Pontua Santos (2010: 137): “[...] quando o cuidado não escuta a memória, a infância se torna órfã não apenas de pais, mas de histórias que curam”. Smith (2012, p. 151) também denuncia: “[...] a negação da oralidade como forma legítima de produzir e transmitir conhecimento é uma das estratégias mais eficazes da colonialidade do saber; ela desautoriza a voz comunitária e enfraquece os modos próprios de formar a infância”. Dessa forma, ao calar os mais

velhos, o sistema de saúde não apenas desvaloriza saberes – ele desnutre simbolicamente as crianças, privando-as de narrativas que sustentam sua identidade, segurança e pertencimento no mundo.

Ainda assim, mesmo quando o sistema de saúde garante o acesso ao tratamento, muitas vezes ele o faz à custa do desenraizamento. Crianças indígenas, especialmente em casos de enfermidades prolongadas, são levadas com suas mães para cidades distantes, onde ficam internadas por semanas ou meses, longe da aldeia, da língua, do cheiro da mata e dos afetos familiares. Em hospitais urbanos, enfrentam o barulho das máquinas, o frio do ar-condicionado, a indiferença das equipes que não as reconhecem como sujeitos culturais. Ou seja, “[...] em vários casos observados, o deslocamento prolongado da criança e de sua mãe gerou sofrimento adicional, não apenas pela distância, mas pela ausência de acolhimento intercultural no espaço hospitalar” (Coimbra et al., 2005, p. 108). E conforme alerta Linda Tuhiwai Smith (2012, p. 168), “[...] retirar uma criança de seu território sem reconhecer a centralidade espiritual e social daquele espaço é uma forma de violência epistêmica – é como tratar o corpo, mas adoecer o pertencimento”. Assim, mesmo quando o tratamento biomédico é oferecido, ele pode se tornar uma forma de sofrimento invisível, pois ao isolar a criança de sua base comunitária e simbólica, o sistema rompe aquilo que, para os povos indígenas, também é medicina: o território, a presença e a circularidade dos vínculos que fazem viver.

[...] A remoção de crianças indígenas de suas terras e comunidades, sob a justificativa do cuidado em saúde ou da educação, tem sido uma prática colonial comum. O que muitas vezes se ignora é que esse deslocamento não apenas rompe rotinas; ele mina os próprios sistemas de conhecimento e de cuidado relacional que sustentam o bem-estar da criança. O hospital, nesses casos, torna-se um local não de cura, mas de ruptura cultural, onde a criança é isolada de sua língua, de sua terra, de suas histórias e de seus protetores espirituais. Esses não são espaços neutros – carregam violência epistêmica em suas paredes (Smith, 2012, p.169).

Convém observar que, para os povos indígenas, o tempo do cuidado não obedece aos cronogramas rígidos da biomedicina. O adoecer e o curar se entrelaçam aos ciclos da natureza, às fases da lua, aos cantos da floresta, ao silêncio dos anciões. No entanto, os protocolos de saúde pública operam com marcadores cronológicos universais – agendam consultas, impõem calendários vacinais, padronizam pesos, medidas e marcos do desenvolvimento infantil com base em normas ocidentais. Essa desatenção ao tempo próprio das comunidades leva à desqualificação de práticas culturais e ao tensionamento dos vínculos entre mães e serviços de saúde. Assim, “[...] os modelos de atenção à infância adotam cronologias e metas que ignoram as singularidades culturais e desrespeitam os processos coletivos de cuidado nas aldeias” (Coimbra et al., 2005, p. 92). Boaventura de Sousa Santos (2011, p. 111) adverte: “[...] a imposição de uma temporalidade linear e ocidental sobre comunidades que vivem segundo outros ritmos constitui um instrumento de poder epistemológico – é uma forma de colonização do tempo”. Dessa forma, o cuidado que ignora o tempo da floresta não apenas falha em

sua eficácia – ele compromete o respeito, a confiança e a escuta que deveriam fundar a atenção à saúde infantil em territórios indígenas.

Apesar de toda a pressão institucional, da medicalização crescente e da exclusão simbólica de seus saberes, muitas mulheres e anciãos indígenas persistem em cuidar das crianças segundo os ensinamentos que herdaram dos seus antepassados. São elas e eles que ainda cantam para as crianças doentes, que sopram palavras sagradas sobre a testa quente, que preparam garrafadas e ensinam que o corpo precisa ouvir a floresta para se curar. Essa resistência silenciosa é um ato de sobrevivência cultural frente ao epistemicídio imposto pelo sistema biomédico. Desse modo, afirma Coimbra et al. (2005), “[...] mesmo sob forte pressão das práticas ocidentais, as mulheres indígenas mantêm viva uma rede de cuidado baseada na solidariedade, na ancestralidade e no diálogo com os espíritos” (p. 106). Boaventura de Sousa Santos (2006, p. 168) reforça: “[...] a resistência epistemológica se dá nos gestos cotidianos, na persistência dos saberes subterrâneos, nas formas de dizer que escapam à vigilância do saber dominante – são essas práticas que, mesmo não reconhecidas, sustentam a vida contra a lógica da morte”. Assim sendo, as mulheres e os mais velhos não são apenas cuidadores: são agentes de memória e contracolonização, e sua presença no cuidado infantil é, ao mesmo tempo, medicina, política e insurgência.

É fundamental observar que a superação da lógica monocultural e colonial do sistema de saúde exige mais do que reconhecer os saberes indígenas como “complementares”. É necessário reconstruir o cuidado a partir de uma verdadeira ecologia de saberes<sup>14</sup>, em que diferentes formas de conhecimento – ancestral, espiritual, comunitário, técnico-científico – possam dialogar em pé de igualdade, compondo práticas interdependentes e respeitosas. Para isso, é preciso garantir espaço institucional para as parteiras, rezadores, agentes tradicionais de saúde, mães anciãs e pajés, não como figuras folclóricas, mas como profissionais legítimos do cuidado. Santos (2007) endossa: “[...] uma ecologia de saberes implica reconhecer que nenhum saber é completo por si só, e que a articulação entre distintos modos de conhecer é a única via para a construção de políticas públicas verdadeiramente democráticas e plurais” (p. 79). Do mesmo modo, Linda Tuhiwai Smith (2012, p. 159) afirma: “[...]

<sup>14</sup> A ecologia de saberes é uma proposta epistemológica formulada por Boaventura de Sousa Santos, que busca reconhecer e articular a pluralidade dos conhecimentos produzidos por diferentes culturas, especialmente os saberes tradicionalmente marginalizados pelas epistemologias dominantes. Esta perspectiva propõe um diálogo horizontal entre o saber científico ocidental e os saberes populares, indígenas e locais, valorizando a diversidade epistêmica como condição essencial para a justiça cognitiva e social. No campo da saúde indígena, a ecologia de saberes promove a integração das práticas tradicionais de cuidado com os procedimentos biomédicos, respeitando as cosmologias e as especificidades culturais dos povos originários. Como afirma Santos (2010, p. 47), “[...] a ecologia de saberes propõe a interconexão de saberes heterogêneos, sustentando-se na ideia de que nenhum saber é superior ou inferior, mas que todos podem contribuir para a construção de uma sociedade mais justa”. Ver: SANTOS, Boaventura de Sousa. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESSES, Maria Paula (org.). Epistemologias do Sul. São Paulo: Cortez, 2010. p. 23-72.

incluir os saberes indígenas nos sistemas formais de saúde não é uma concessão cultural – é um passo ético em direção à justiça histórica e à sobrevivência coletiva”. Assim, promover uma ecologia de saberes no cuidado à infância indígena não é um adorno metodológico: é um imperativo civilizatório, uma recusa à lógica da exclusão e uma abertura ao cuidado como território compartilhado.

[...] As parteiras tradicionais logo se constituíram em ‘parteiras-guias-pesquisadoras’, [...] conduzindo os demais pesquisadores pelos caminhos de suas práticas de produção de cuidado e vida, não só através da ‘arte de partejar’ propriamente dita, mas de todo um engajamento com a produção de vida em suas comunidades urbanas, rurais, quilombolas, camponesas ou indígenas. [...] Suas práticas representam um enfrentamento direto e cotidiano. Combatem alguns princípios que regem o mercado da saúde, como a mercantilização da vida, [...] a estigmatização dos saberes tradicionais, a criminalização das práticas não oficiais. [...] O fazer cotidiano das parteiras tradicionais nos apareceu como um exemplo autêntico do que Michel Foucault denominou de ‘insurreição dos saberes sujeitados’ (Merhy, 2016, p. 125-126).

Neste sentido, os impactos da colonialidade do saber e do epistemicídio no campo da saúde indígena infantil não são apenas simbólicos – eles se manifestam em mortes evitáveis, em adoecimentos silenciosos, em vínculos rompidos e em infâncias desamparadas diante de um sistema que não escuta, não respeita e não aprende. Superar esse quadro exige, antes de tudo, descolonizar o olhar e reumanizar a escuta. Significa transformar os serviços de saúde em espaços de encontro entre saberes, onde a floresta e o laboratório possam coexistir, onde o pajé e o pediatra possam dialogar. Assim, “[...] a luta contra o epistemicídio é a luta pela vida, pela pluralidade de mundos possíveis, pela dignidade dos saberes que sustentam os povos e suas crianças” (Santos, 2007, p. 182). E como reforça Smith (2012, p. 199), “[...] reconstruir políticas a partir dos saberes indígenas é devolver às crianças o direito de crescer com saúde sem abrir mão de sua identidade, de seus afetos e de sua cosmologia”. Dito isso, pode-se afirmar que enfrentar a colonialidade na saúde não é um gesto de tolerância – é uma exigência ética radical, uma pedagogia da escuta, e uma política do cuidado que se recusa a continuar matando onde deveria proteger.

Assim, soma-se a esse contexto, em diversas regiões da Amazônia e do Cerrado, a infância indígena tem sido brutalmente atravessada por invasões territoriais associadas à mineração ilegal, desmatamento, avanço do agronegócio e queimadas descontroladas. A presença de garimpeiros e madeireiros não apenas compromete o território como bem coletivo, mas também contamina os corpos infantis com mercúrio, poeira tóxica e água poluída. Crianças pequenas, com a pele marcada por alergias e os pulmões consumidos por infecções, vivem em casas cobertas de fuligem, bebendo água turva retirada de igarapés que outrora eram sagrados. Consequentemente, temos crianças com sintomas que começam com febres constantes, vômitos, diarreias e tosse persistente, mas se tornam crônicos quando não há acesso a atendimento contínuo. Desse modo, “[...] a contaminação ambiental por resíduos da mineração e a destruição de ecossistemas tradicionais afetam a saúde e o desenvolvimento

infantil de maneira grave, especialmente entre povos indígenas”, atesta Coimbra et al. (2005, p. 91). Medeiros et al. (2013, p. 5) complementam: “[...] a desnutrição e a alta prevalência de doenças infecciosas entre crianças indígenas da Amazônia revelam uma situação de vulnerabilidade extrema, ligada à perda do território e à precariedade dos serviços de saúde”. Assim, não se trata apenas de crimes ambientais: trata-se de um cerco sistemático à vida, que transforma a terra em mercadoria e os corpos infantis em zona de sacrifício.

Além do garimpo e das queimadas, é preciso denunciar a contaminação sistemática provocada pelo uso indiscriminado de agrotóxicos nas fazendas que cercam ou invadem territórios indígenas. Em muitas aldeias próximas a monoculturas de soja, milho ou algodão, o veneno chega pelo vento, pela chuva, pelos rios e pelos alimentos. As crianças respiram o ar pulverizado por aviões agrícolas, brincam em áreas contaminadas, bebem água envenenada e consomem peixes intoxicados. O corpo reage: surgem vômitos, convulsões, alterações neurológicas, lesões na pele e, sobretudo, um enfraquecimento generalizado do sistema imunológico. Com efeito, “[...] os agrotóxicos afetam, em especial, as crianças indígenas que vivem nas zonas de fronteira agrícola, expostas a compostos químicos sem qualquer controle ambiental ou proteção sanitária” (Sawaya, 2023, p. 44). Ailton Krenak (2020b, p. 40) também denuncia: “[...] o alimento virou veneno e o futuro das crianças está sendo corroído pela ideia de progresso que planta morte em vez de vida”. Dessa forma, o veneno que se espalha nos campos do agronegócio não conhece cercas: ele atravessa os corpos das crianças indígenas como uma arma silenciosa, mas letal.

[...] O homem, nas áreas de fome, não é apenas vítima da escassez de alimentos, mas também da má qualidade dos poucos que consome. Os alimentos estão cada vez mais envenenados por produtos químicos usados na agricultura intensiva. Nessas regiões, a ingestão de alimentos contaminados compromete todo o organismo, afetando principalmente as crianças, cujo sistema ainda em desenvolvimento não resiste aos venenos cumulativos. A fome, assim, deixa de ser apenas ausência de comida: é presença de alimento tóxico, que mata lentamente, corroendo o futuro antes mesmo de se manifestar (Castro, 1984, p. 102).

Todavia, entre os meses de julho e setembro, período em que as queimadas se intensificam, é possível ver nas aldeias indígenas uma névoa constante cobrindo o céu – cinza, densa, irritante. O cheiro de floresta em combustão adere à pele, entra pelas narinas, arde os olhos das crianças. Os bebês choram de madrugada com crises de falta de ar, enquanto as mães abanam com folhas de bananeira na tentativa de aliviar a angústia respiratória. Muitas crianças adoecem com pneumonia, bronquite, sinusite ou infecções respiratórias de repetição. Desse modo, “[...] a fumaça das queimadas representa um dos maiores riscos ambientais à saúde infantil indígena, agravando quadros respiratórios e afetando o desenvolvimento pulmonar” (Brasil, 2010, p. 55). Josué de Castro (1984, p. 78) já alertava: “[...] quando o ar que se respira é impuro, o pulmão da criança se transforma no primeiro território de

invasão da doença”. Assim sendo, as queimadas não são apenas crime ambiental – são dispositivos de asfixia que invadem o cotidiano, corroem o fôlego e apagam a infância indígena sob um céu permanentemente em brasa.

É importante destacar que, com a destruição das matas e a contaminação dos rios, não é apenas o meio ambiente que adoece – é também o modo de alimentar e cuidar das crianças que se rompe. Sem peixes nos igarapés, sem frutas nas trilhas, sem animais na caça, muitas famílias indígenas se veem obrigadas a substituir alimentos tradicionais por cestas básicas precárias, quando disponíveis. Estamos diante de uma situação onde a mandioca escasseia, o milho mofa, o peixe cheira a mercúrio. As mães, sem ter o que cozinhar, amassam arroz branco com água e sal, tentando enganar a fome dos filhos. Os corpos das crianças murcham: braços finos, barrigas inchadas, cabelos frágeis, olhos opacos. Em verdade, “[...] a alimentação inadequada e a perda de práticas alimentares tradicionais aumentam significativamente os índices de desnutrição entre crianças indígenas, o que compromete sua saúde e aprendizagem”, afirma Medeiros et al. (2013, p. 3). Ana Lydia Sawaya (2023, p. 26) enfatiza que “[...] a fome é um fenômeno multicausal, e em populações indígenas ela se articula à exclusão territorial, ao racismo estrutural e à negação do direito à soberania alimentar”. Em consequência disso, a fome que atinge as crianças indígenas não é apenas ausência de comida – é o colapso de um sistema de vida, o fim de uma pedagogia alimentar passada de geração em geração, agora devastada pelo avanço do capital sobre os territórios.

[...] Os reflexos desse conjunto de mudanças sobre as práticas alimentares Xavánte são significativos. Embora não tenham sido realizadas análises precisas sobre o consumo alimentar em São José, algumas descrições apontam para uma redução da diversidade alimentar e para o predomínio dos carboidratos, resultando em uma dieta monótona onde o arroz polido constitui a base da alimentação, e onde a carne é um item pouco frequente. Além do arroz, diversos alimentos introduzidos a partir do contato são hoje de uso frequente, como a mandioca e, principalmente, os produtos industrializados, como açúcar, sal de cozinha, óleo de soja e ainda pães, balas, biscoitos e refrigerantes. O problema da monotonia alimentar assume tal magnitude que já foram registrados diversos casos de polineuropatia nutricional (por deficiência de tiamina) em Sangradouro e em outras comunidades Xavánte (Coimbra et al., 2005, p. 231).

Ainda assim, mesmo quando há chuva e fartura hídrica, a água nos territórios indígenas deixou de ser sinônimo de vida. Nos rios onde as crianças costumavam nadar, pescar e se banhar, agora circulam balsas ilegais, mercúrio, dejetos humanos e resíduos químicos despejados pelos garimpos. As mães relatam que seus filhos, depois de um mergulho, retornam com feridas na pele, olhos inflamados, febre, vômitos e diarreias que duram semanas. Em algumas aldeias, não há mais poços limpos, e o consumo da água contaminada é inevitável. Ademais, “[...] a exposição ao mercúrio proveniente da atividade garimpeira compromete não apenas o sistema nervoso das crianças, mas

também seu sistema imunológico, tornando-as mais suscetíveis a infecções e inflamações intestinais” (Farmer, 2020, p. 97). Didier Fassin (2012, p. 221) analisa que “[...] a ausência deliberada de monitoramento ambiental e de respostas sanitárias em regiões ocupadas por povos vulneráveis é uma forma de violência silenciosa, mas profundamente eficaz”. Assim, o que antes era fonte de cura, hoje se tornou armadilha – a água, envenenada e silenciosa, age como um veneno diário que corrói por dentro a infância indígena.

Neste sentido, cabe ressaltar que os fenômenos descritos – contaminação por agrotóxicos, garimpo, queimadas e desnutrição – não ocorrem ao acaso, nem de maneira neutra; eles seguem um padrão racializado de distribuição da degradação: como vimos anteriormente, o nome disso é racismo ambiental. Territórios ocupados por povos indígenas, quilombolas ou comunidades tradicionais são, sistematicamente, os escolhidos para abrigar lixões, projetos de mineração, áreas de pulverização aérea, usinas de energia poluentes e corredores logísticos da destruição. É como se houvesse, nas políticas públicas e privadas, uma escala invisível que hierarquiza quem pode respirar ar puro e quem será condenado à fumaça, quem terá água potável e quem beberá veneno. De acordo com Brum (2011), “[...] o racismo ambiental opera como um dispositivo de invisibilização da violência, ao permitir que os territórios dos ‘outros’ se tornem espaços legítimos de contaminação, desmatamento e morte” (p. 158). Segundo Fassin (2012, p. 143), “[...] há geografias morais que definem onde a vida deve ser protegida e onde ela pode ser sacrificada – e o racismo ambiental atua precisamente sobre esses mapas do abandono”. Portanto, o adoecimento infantil indígena não é colateral: é estrutural, é produto de uma ordem ambiental excludente que naturaliza o sacrifício dos que vivem onde a floresta insiste em resistir.

[...] a violência estrutural cria condições de vida precárias e vulneráveis que se reproduzem de forma sistemática e permanente, naturalizando desigualdades sociais e justificando políticas de exclusão. A distribuição espacial dessas violências não é aleatória, mas concentrada em territórios marcados pela pobreza, pelo abandono do poder público e pela estigmatização social. Trata-se de uma violência silenciosa, invisível, que, embora não se manifeste em ações físicas diretas, compromete profundamente a saúde, o desenvolvimento e a dignidade das populações atingidas (Minayo, 2006, p. 87).

Em consequência disso, é necessário compreender que o racismo ambiental não age sozinho – ele opera articulado à lógica da necropolítica, conceito formulado por Achille Mbembe para descrever os modos como o poder decide quem pode viver e quem deve morrer. No caso das crianças indígenas, não se trata apenas de negligência, mas de uma política ativa de abandono, que permite que a morte aconteça como rotina. O Estado fecha os olhos diante das queimadas, concede licenças para mineradoras em terras protegidas, ignora denúncias de contaminação por mercúrio, não investiga surtos de doenças nas aldeias. Assim, “[...] a política da morte contemporânea não precisa mais de

câmaras de gás: ela se manifesta por meio do envenenamento da terra, da destruição da água e da obstrução do cuidado”, afirma Mbembe (2018, p. 129). Paul Farmer (1998, p. 216) complementa que “[...] a morte que atinge os pobres e racializados não é natural: ela é desenhada pelas políticas públicas que decidem quem será negligenciado e quem será tratado”. Assim, o que se observa não é apenas um Estado ausente, mas um Estado cúmplice, que transforma a natureza devastada em campo de extermínio silencioso – e as crianças em alvos vivos da política da morte.

Além das consequências físicas – como a desnutrição, as infecções respiratórias e as intoxicações –, merece atenção o fato de que a infância indígena também sofre emocionalmente com as violências ambientais. Crianças pequenas presenciam o fogo consumir suas casas, veem os peixes mortos boiando nos rios, escutam o barulho das motosserras avançando pela mata. O medo, a angústia e o sentimento de desamparo tornam-se experiências cotidianas. Muitas deixam de brincar, isolam-se, apresentam distúrbios de sono e alterações no apetite. A perda de referências simbólicas e espirituais, como árvores sagradas e lugares de proteção, também afeta profundamente sua estabilidade emocional. Dito isso, “[...] o sofrimento das crianças não pode ser compreendido apenas como doença – ele é também o espelho de um território que sangra, de vínculos rompidos e de futuros ameaçados” (Brum, 2021, p. 173). Segundo Merhy (2007, p. 63), “[...] a escuta dos afetos é parte fundamental do cuidado – e não escutar os medos e silêncios das crianças indígenas é perpetuar uma clínica cega à dor do mundo”. Assim sendo, o impacto da devastação não é apenas ambiental: é também psíquico, e deixa marcas profundas em uma geração que cresce entre o medo e a ruína do mundo onde deveria florescer.

Ainda que os impactos das violências ambientais sobre os povos indígenas sejam amplamente documentados por organizações, pesquisadores e até por órgãos do próprio Estado, o que se observa é uma paralisia institucional diante da dor das crianças. Não há programas robustos de reparação para as infâncias afetadas por agrotóxicos, nem sistemas de saúde especializados para atender os efeitos do mercúrio nos corpos infantis. As políticas intersetoriais voltadas à proteção ambiental e à saúde indígena caminham de forma desarticulada, quando não são simplesmente interrompidas por pressões econômicas. Desse modo, “[...] o fracasso das políticas públicas em proteger as populações indígenas diante de ameaças socioambientais recorrentes é um reflexo direto da ausência de vontade política e da negação do direito à diferença” (Paim, 2018, p. 66). Nancy Schepers-Hughes (1993, p. 159) afirma que “[...] não se trata apenas de ausência de cuidado, mas de um tipo de desprezo institucionalizado, onde a morte infantil deixa de ser escândalo para se tornar estatística”. Portanto, o que se configura é um pacto de invisibilidade que legitima a ausência como política, e a omissão como técnica de governo sobre vidas consideradas dispensáveis – como a das crianças que vivem onde a floresta ainda respira.

[...] O Estado, então – representado nas figuras de funcionários públicos menores – contribui para a rotinização e normalização da morte infantil por meio de sua opaca implacabilidade, sua recusa em compreender e sua consequente incapacidade de agir responsivamente diante do sofrimento humano que se apresenta. Funcionários e servidores públicos respondem à dor e à diferença com uma indiferença calculada – “la belle indifférence”. Normalmente, isso se expressa no ‘ouvido surdo’ da burocracia, seus adiamentos intermináveis, suas postergações, sua falha em perceber as graves consequências de sua indecisão. Mas há outro lado da indiferença burocrática que é ainda mais característico neste caso: o despacho rápido. Ele transmite que nada de relevante, nada digno de nota, realmente aconteceu. Dois ou três minutos para ‘processar’ cada bebê ou criança morta devem ser suficientes (Scheper-Hughes 1993, p. 280).

Contudo, mesmo diante de um cenário marcado pela destruição e pelo abandono, muitas comunidades indígenas têm se mobilizado para proteger suas crianças de forma autônoma e solidária. Por exemplo, mulheres plantam hortas coletivas com alimentos tradicionais livres de veneno, anciãos recuperam conhecimentos sobre plantas medicinais que fortalecem a imunidade, jovens organizam vigílias para denunciar queimadas e invasões. Há também experiências de escolas indígenas que articulam saberes territoriais e práticas de cuidado, ensinando às crianças não só a resistir, mas a reconstruir laços com a terra. De fato, “[...] a resistência não é uma categoria abstrata – ela se materializa nos gestos cotidianos, na teimosia do cuidado e na persistência de ensinar às crianças que ainda há futuro na floresta” (Brum, 2021, p. 201). Segundo Merhy (2016, p. 71), “[...] nas brechas da institucionalidade, brotam práticas inventivas de cuidado que escapam ao controle do saber biomédico e reafirmam a potência dos vínculos comunitários”. Assim sendo, em meio aos escombros da negligência estatal, floresce uma pedagogia da esperança, construída com saberes ancestrais e com o compromisso coletivo de manter a infância viva – e enraizada.

Assim, é fundamental observar que a luta pela proteção da infância indígena deve ser compreendida também como uma luta por justiça ambiental e justiça intergeracional. Ou seja, não se trata apenas de reparar danos do presente, mas de garantir às futuras gerações o direito de viver em um ambiente saudável, culturalmente enraizado e espiritualmente íntegro. A destruição dos territórios indígenas compromete não só os alimentos e as águas de hoje, mas todo o legado de existência, saberes e possibilidades de futuro. Em outras palavras, “[...] a justiça ambiental só será possível quando os saberes indígenas forem compreendidos como tecnologias de futuro e as crianças como guardiãs desse horizonte” (Farmer, 2003, p. 17). Emerson Merhy (2007, p. 45) complementa: “[...] cuidar da infância é também cuidar dos vínculos com o mundo – e não há mundo possível sem território, sem memória coletiva, sem a floresta viva”. Assim, garantir que uma criança indígena possa crescer em seu território, com saúde, vínculos e dignidade, é mais do que uma ação emergencial: é um compromisso civilizatório com a regeneração da vida em todas as suas dimensões.

Dessa forma, o que está em jogo na devastação ambiental dos territórios indígenas não é apenas a biodiversidade – é a vida das crianças. Cada rio contaminado, cada floresta derrubada, cada trilha queimada carrega consigo um projeto político que escolhe quem pode viver e quem será sacrificado. Os corpos infantis, frágeis e potentes, tornam-se os primeiros a manifestar os sintomas de uma terra adoecida e uma política apodrecida. Enfrentar essa realidade exige mais do que relatórios e protocolos: exige romper com a lógica da necropolítica e construir, com os povos indígenas, um modelo de cuidado centrado na justiça territorial, no reconhecimento dos saberes ancestrais e na reparação histórica. Assim, “[...] o futuro não pode ser construído sobre a ruína dos corpos pequenos – proteger as crianças indígenas é salvar a própria ideia de humanidade” (Krenak, 2020a, p. 59). Segundo Paim (2018, p. 79), “[...] a defesa da saúde das populações indígenas exige um compromisso com a transformação das estruturas que produzem o adoecimento – e isso passa por um novo pacto ético com o território e a diferença”. Assim, pode-se afirmar que a luta pela infância indígena é, ao mesmo tempo, uma luta contra a morte e uma aposta na regeneração do mundo.

[...] a nossa ideia de humanidade está precisando de um ajuste sério. Não podemos mais continuar achando que é possível destruir florestas, envenenar rios, expulsar povos das suas terras e ainda assim ter futuro. A nossa relação com o mundo natural está profundamente adoecida, e essa doença se manifesta primeiro nos corpos mais frágeis, nas crianças, nos velhos, nos que sempre foram considerados descartáveis por esse sistema que quer arrancar tudo da terra e não devolver nada (Krenak, 2020a, p. 59).

Para além do diagnóstico das desigualdades, é preciso avançar em propostas que fortaleçam o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) a partir de um enfoque verdadeiramente territorializado, intercultural e com efetiva participação indígena em todas as etapas de planejamento, execução e avaliação das ações. Isso significa romper com a lógica centralizadora e verticalizada da gestão e criar mecanismos que assegurem autonomia das comunidades sobre seus processos de cuidado. Desse modo, “[...] a construção de um modelo assistencial diferenciado deve contemplar novas rationalidades, códigos e lógicas de conhecimento, a partir de uma escuta ativa das práticas tradicionais de saúde” (Coimbra et al., 2005, p. 90). Além disso, os próprios distritos sanitários indígenas precisam deixar de ser apenas territórios administrativos e se tornar verdadeiros espaços de articulação entre saberes e práticas, como defende o relatório da II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas<sup>15</sup>: “[...] o modelo adotado deve contemplar aspectos da assistência à saúde,

<sup>15</sup> A II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, realizada em Brasília no ano de 2006, constituiu um marco fundamental para o fortalecimento da participação social indígena na formulação e controle das políticas públicas de saúde no Brasil. O evento reuniu lideranças indígenas, profissionais de saúde, pesquisadores e gestores públicos, promovendo um amplo debate sobre a necessidade de consolidar a atenção diferenciada, respeitando os saberes, práticas e culturas dos povos originários. Entre as principais deliberações, destacou-se a exigência do fortalecimento do Subsistema de Atenção à

saneamento, meio ambiente, demarcação de terras e educação sanitária, articulando instituições com base no protagonismo indígena” (Pellegrini, 2000, p. 141). Assim sendo, o fortalecimento do SasiSUS exige mais que orçamento: exige escuta, respeito e reconstrução conjunta de um novo horizonte de cuidado.

Além disso, é imprescindível investir na formação de profissionais indígenas da saúde, não apenas como medida técnica, mas como um gesto político de restituição de autonomia e saber. Profissionais oriundos das próprias comunidades carregam consigo não só o idioma e os códigos culturais locais, mas também o compromisso ético com a coletividade, o que lhes confere legitimidade e sensibilidade para atuar com escuta e respeito. De fato, “[...] a formação de agentes indígenas de saúde deve considerar os referenciais culturais e os modos de vida próprios dos povos originários, rompendo com modelos padronizados de capacitação”, afirma Merhy (2007, p. 55). De forma complementar, David Werner (1982, p. 157) afirma que “[...] o profissional que vem de dentro da comunidade tem melhores condições de ensinar e aprender, porque compartilha da mesma experiência de vida, da mesma língua e das mesmas dores”. Portanto, a qualificação de profissionais indígenas não deve ser pensada como exceção, mas como pilar estruturante de uma política que reconhece o território como lugar de produção de saúde e saber.

[...] o modelo adotado para a atenção de saúde do índio deve se basear em uma abordagem diferenciada e global, contemplando aspectos da assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. Além disso, estabelece que o Estado deve proporcionar os meios necessários para as comunidades indígenas melhorar e exercer o controle sobre sua saúde, e não meramente fornecer serviços médicos (Pellegrini, 2000, p. 141).

Contudo, para que o sistema de saúde se torne verdadeiramente intercultural, é necessário ir além da tolerância formal e promover um diálogo ativo e horizontal entre os saberes tradicionais indígenas e o conhecimento técnico-científico ocidental. Isso implica reconhecer que os sistemas de cura dos povos originários possuem lógicas próprias, articuladas ao território, à espiritualidade e à cosmologia, que não devem ser reduzidas a folclore ou ignoradas em nome de uma suposta ciência universal. Para Fassin (2012), “[...] a construção de uma atenção à saúde plural requer não a hierarquização, mas o reconhecimento recíproco entre distintos modos de produzir cuidado” (p. 203). De forma similar, Eliane Brum (2021, p. 188) enfatiza: “[...] quando a medicina ocidental desautoriza

---

Saúde Indígena (SasiSUS), com garantia de financiamento adequado, formação intercultural de profissionais e respeito à autonomia dos povos indígenas. Como registrado nos Anais da Conferência, “[...] a II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas reafirmou o compromisso com a construção de políticas públicas pautadas na interculturalidade, na participação social e no respeito aos direitos territoriais” (BRASIL, 2006, p. 78). Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

os saberes da floresta, ela não apenas cala o pajé – ela rompe uma rede de sentidos que sustenta a saúde das crianças e a vida da comunidade”. Assim sendo, o diálogo entre saberes não é apenas metodológico, mas ético: trata-se de descolonizar o cuidado para que ele possa, enfim, curar.

Assim, não se pode falar em políticas públicas culturalmente sensíveis sem assegurar o protagonismo indígena em todas as etapas do processo decisório. Isso significa garantir que os povos originários não sejam apenas consultados, mas que participem ativamente da formulação das políticas que os afetam, com poder deliberativo e controle social efetivo. A autodeterminação, nesse contexto, é um direito fundamental e também um critério de legitimidade das ações estatais. Smith afirma que “[...] a construção de políticas interculturais exige que os povos indígenas deixem de ser objetos das ações estatais e passem a ocupar o lugar de sujeitos ativos e deliberativos na definição de seus próprios caminhos” (Smith, 2012, p. 106). Complementando, Paul Farmer (2003, p. 162) defende que “[...] dar voz aos excluídos não é suficiente – é preciso construir instituições onde essa voz tenha consequência, onde ela possa transformar estruturas e reverter injustiças históricas”. Portanto, políticas de saúde que não incluem o protagonismo indígena como eixo estruturante tendem à ineficácia e à reprodução das mesmas violências que afirmam combater.

Contudo, é importante destacar que a valorização dos saberes tradicionais não pode se restringir a discursos de valorização cultural genérica – ela precisa se materializar na incorporação concreta desses conhecimentos nos protocolos de cuidado do SUS, respeitando a diversidade epistemológica dos povos indígenas. Isso envolve a escuta ativa de benzedeiras, parteiras, pajés e curadores comunitários, reconhecendo sua atuação não como paralela, mas como complementar ao cuidado biomédico. Minayo (2006) pontua que “[...] a construção de práticas integradas entre os saberes indígenas e os serviços de saúde é essencial para ampliar o acesso e qualificar o cuidado prestado às populações originárias” (p. 81). E como explica Linda Tuhiwai Smith (2012, p. 143), “[...] respeitar um conhecimento tradicional não é assimilá-lo à ciência moderna, mas permitir que ele sobreviva, floresça e se reproduza segundo seus próprios princípios e práticas”. Dessa forma, integrar saberes significa reconstruir o campo da saúde como território intercultural, onde múltiplas formas de vida e de cura possam coexistir sem hierarquização.

Além das propostas institucionais, cumpre salientar que a formação contínua dos profissionais que atuam no SasiSUS deve assumir a forma de uma educação permanente, crítica, situada e sensível à realidade dos territórios indígenas. Isso significa transformar a prática formativa em espaço de reflexão ética, troca de experiências e ressignificação das relações entre Estado e comunidade. Para Merhy, “[...] a educação permanente deve ser ancorada no cotidiano do trabalho e pautada pelas necessidades reais da população atendida, rompendo com lógicas homogeneizantes” (2007, p. 37). De

forma complementar, Didier Fassin (2012, p. 127) destaca que “[...] a formação técnica sem reflexão ética reproduz a violência institucional – ensinar a cuidar exige também ensinar a escutar, a hesitar e a respeitar o tempo do outro”. Portanto, mais do que capacitação, a educação permanente em saúde indígena deve ser compreendida como um compromisso ético-político com a escuta, com o território e com a construção coletiva do cuidado.

[...] a educação permanente deve ser entendida como um movimento que se ancora no cotidiano do trabalho, ativando encontros, provocando deslocamentos e instituindo novos modos de operar no mundo do trabalho em saúde. Não se trata de um processo escolarizado, mas de uma política de reconhecimento e cooperação, ativando a potência criadora dos coletivos e produzindo novas formas de cuidado e gestão, mais próximas das necessidades reais dos usuários (Merhy, 2015, p. 10).

Do mesmo modo, é fundamental reconhecer que as práticas integrativas e complementares em saúde (PICS)<sup>16</sup> constituem uma oportunidade potente para a articulação entre o SUS e os sistemas tradicionais de cuidado indígena. Essas práticas, quando alinhadas às cosmovisões locais e articuladas com os curadores das aldeias, podem criar pontes entre o mundo biomédico e o mundo espiritual, entre a farmacologia e a fitoterapia, entre o protocolo e o ritual. Para Paim (2018), “[...] a implantação das PICS nos territórios indígenas deve partir do reconhecimento de que há outras formas legítimas de produzir saúde, associadas ao conhecimento tradicional, à oralidade e à ritualidade” (p. 144). Como afirma Paul Farmer (1998, p. 204), “[...] muitas das doenças que os médicos diagnosticam são também nomeadas, tratadas e compreendidas de outras formas pelos curandeiros locais – e ignorar isso é tratar o corpo sem tratar o mundo que o sustenta”. Assim, ao integrar as PICS às práticas já existentes nas aldeias, abre-se espaço para uma saúde que reconhece a pluralidade de caminhos que conduzem à cura.

Portanto, fortalecer o controle social e a governança comunitária é indispensável para a efetividade das políticas públicas de saúde indígena. Os conselhos locais de saúde indígena, quando valorizados e respeitados, tornam-se espaços de elaboração coletiva, denúncia, reivindicação e formulação de propostas que emergem do território e de suas necessidades concretas. Assim, “[...] o controle social, quando exercido pelos próprios povos indígenas, torna-se um exercício de soberania e defesa do bem viver – é mais que um direito, é uma estratégia de resistência” (Coimbra et al., 2005, p.

<sup>16</sup> As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) constituem um conjunto de abordagens terapêuticas que buscam ampliar o cuidado em saúde, integrando saberes tradicionais, populares e científicos, com foco na promoção do bem-estar físico, mental, emocional e espiritual. Institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006, as PICS incluem terapias como fitoterapia, homeopatia, acupuntura, medicina tradicional chinesa, entre outras. No contexto da saúde indígena, as PICS representam uma possibilidade de valorização e reconhecimento das práticas ancestrais de cuidado, promovendo o diálogo intercultural entre os sistemas médicos tradicionais e o modelo biomédico. Como destaca Barros (2017, p. 12), “[...] as práticas integrativas e complementares em saúde são fundamentais para ampliar a autonomia dos sujeitos e valorizar a diversidade de saberes no campo do cuidado”. Ver: BARROS, Nelson Filice de. Práticas integrativas e complementares em saúde: racionalidades médicas e promoção da saúde. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 30, n. 2, p. 1-14, 2017.

102). Como reforça Eliane Brum (2021, p. 211), “[...] decidir sobre a saúde das crianças e dos velhos da aldeia é um gesto político ancestral – os conselhos indígenas não são burocracias, são assembleias da floresta”. Dessa forma, a saúde indígena não pode ser planejada apenas por gestores e técnicos, mas deve nascer do chão da aldeia, onde os saberes são forjados e onde a vida pulsa.

Cabe ressaltar que a territorialização, no contexto da saúde indígena, vai muito além de um critério geográfico ou administrativo: ela é uma dimensão existencial e epistemológica. O território, para os povos originários, é o espaço onde se inscrevem os vínculos com os ancestrais, os modos de viver e curar, a organização social e a espiritualidade. Minayo explica que “[...] a territorialização dos serviços deve reconhecer o espaço indígena como um território simbólico, político e afetivo, e não apenas como uma unidade cartográfica” (2006, p. 77). Didier Fassin (2012, p. 119) observa que “[...] a intervenção sanitária precisa ser situada – isto é, construída a partir da história, da linguagem, das formas de sofrimento e das geografias morais daquele povo”. Dessa forma, promover uma saúde territorializada é reorientar o cuidado para que ele se curve diante da floresta, da aldeia e da memória coletiva dos que ali resistem.

Dessa forma, para que a política de saúde indígena seja efetiva, é necessário compreendê-la como parte de um sistema interdependente que envolve educação, meio ambiente, cultura e garantia de direitos territoriais. Dito isso, a fragmentação institucional, marcada por disputas entre ministérios e setores, compromete a integralidade do cuidado e invisibiliza a complexidade das necessidades indígenas. Para Paim (2018), “[...] a saúde indígena não pode estar dissociada da segurança alimentar, da educação diferenciada, da demarcação dos territórios e da preservação ambiental – esses elementos formam uma única trama” (p. 161). Linda Tuhiwai Smith (2012, p. 189) reforça que “[...] o bem-estar dos povos indígenas depende de abordagens que articulem múltiplas dimensões da vida – o que significa pensar políticas de forma conectada, situada e anticolonial”. Assim, construir uma saúde indígena intersetorial é romper com a lógica do setor e do sintoma e inaugurar uma política que reconhece a complexidade da vida.

É fundamental observar que a comunicação intercultural ocupa lugar central nos processos de cuidado à saúde indígena. Não se trata apenas de traduzir palavras de uma língua para outra, mas de traduzir mundos, temporalidades, cosmologias. Desse modo, “[...] traduzir um sintoma não é converter um termo – é construir uma ponte entre experiências de mundo, entre o biológico e o simbólico”, afirma Fassin (2012, p. 97). De igual maneira, Merhy (2016, p. 112) adverte que “[...] sem mediação cultural, a clínica vira imposição – a escuta se fecha, o cuidado se descola do território e se torna violência silenciosa”. Portanto, comunicar-se com os povos indígenas é muito mais do que falar: é reconhecer o outro como sujeito de saber, dor e cura.

Desse modo, pensar políticas públicas de saúde para os povos indígenas exige romper com os paradigmas coloniais que ainda estruturam as práticas institucionais e inaugurar uma nova lógica, enraizada nos territórios, dialógica nos saberes e emancipada das hierarquias epistêmicas. Ou seja, “[...] políticas culturalmente sensíveis não são políticas adaptadas – são políticas co-construídas, que emergem do chão das comunidades e respeitam suas epistemologias e modos de vida” (Smith, 2012, p. 167). E como afirma Eliane Brum (2021, p. 249): “[...] a saúde das crianças indígenas começa quando o Estado decide escutar, recuar e caminhar junto – não na frente, mas ao lado daqueles que resistem desde sempre”. Assim, pode-se afirmar que uma política pública de saúde verdadeiramente sensível às culturas indígenas é, antes de tudo, uma política construída a partir do reconhecimento radical da alteridade, da justiça e da dignidade de cada povo.

#### **4 CONCLUSÃO**

A elevada mortalidade infantil entre crianças indígenas no Brasil revelou-se como expressão contundente de desigualdades estruturais profundamente arraigadas, que conjugam fatores históricos, sociais, econômicos e culturais. Não apenas a ausência de políticas públicas efetivas, mas também a precariedade do saneamento básico, a insegurança alimentar crônica e o racismo ambiental constituíram-se como determinantes centrais desse cenário alarmante. Assim, ficou evidente que essas mortes evitáveis são resultado não de fatalidades isoladas, mas de escolhas políticas que reiteram a exclusão e a negligência histórica com os povos originários.

Além disso, foi possível identificar que o modelo hegemônico de atenção à saúde indígena, embora normativamente pautado pela ideia de atenção diferenciada, falhou em reconhecer e integrar os saberes tradicionais e as práticas ancestrais de cuidado das comunidades indígenas. A ausência de uma escuta sensível e a imposição de protocolos biomédicos uniformes, descolados das realidades locais, aprofundaram o abismo entre o Estado e as populações indígenas, transformando o cuidado em mera formalidade burocrática. Por isso, a política pública, para ser efetiva, precisa abandonar a lógica da homogeneização e adotar uma abordagem intercultural, que reconheça a legitimidade dos saberes tradicionais e valorize as práticas comunitárias de cuidado.

De forma complementar, ficou claro que o racismo institucional e o epistemicídio operam silenciosamente como mecanismos de produção e reprodução da vulnerabilidade infantil indígena. O despreparo das equipes de saúde, a rotatividade excessiva de profissionais e a falta de formação intercultural contribuíram para a descontinuidade dos cuidados e para a fragilização dos vínculos entre os serviços de saúde e as comunidades. Assim sendo, a proteção da infância indígena exige uma

política de formação permanente, que capacite profissionais para atuar com sensibilidade cultural, ética e compromisso territorial.

Por isso, fortalecer o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) torna-se fundamental, não apenas através do incremento de recursos financeiros, mas, sobretudo, mediante o fortalecimento de uma gestão participativa, transparente e baseada no protagonismo indígena. Dito isso, cabe ressaltar que as políticas públicas precisam ser formuladas e implementadas com a participação ativa das lideranças comunitárias, assegurando que as intervenções em saúde sejam culturalmente adequadas e territorialmente enraizadas. Em outras palavras, não se trata apenas de levar serviços até as aldeias, mas de construir políticas junto com as comunidades, a partir de seus saberes, prioridades e modos de vida.

Do mesmo modo, é fundamental garantir que as políticas públicas direcionadas à infância indígena enfrentem de forma direta os determinantes sociais da saúde, promovendo ações integradas que assegurem o acesso à água potável, à alimentação adequada, à habitação digna e à educação intercultural. A desnutrição e as doenças infecciosas que acometem as crianças indígenas não podem ser tratadas como questões isoladas, mas como sintomas de um sistema estruturalmente excludente, que precisa ser transformado a partir de uma perspectiva intersetorial e de justiça social.

Ademais, convém observar que enfrentar a mortalidade infantil indígena demanda o fortalecimento de sistemas de informação em saúde, que sejam robustos, transparentes e sensíveis às especificidades culturais das comunidades. A ausência de dados confiáveis e a subnotificação das mortes contribuem para a invisibilização do problema e impedem a formulação de políticas públicas baseadas em evidências. Assim, a construção de um sistema de monitoramento participativo, que envolva agentes indígenas de saúde e respeite os saberes locais, é um passo essencial para garantir que nenhuma criança indígena morra sem ser reconhecida e sem que sua vida seja protegida.

Em linhas gerais, a superação da elevada mortalidade infantil indígena passa, necessariamente, pela construção de uma política pública ética, intercultural e territorializada, que enfrente de forma radical as desigualdades estruturais e promova a equidade em saúde. Não se pode ignorar que a infância indígena tem sido historicamente atravessada pela violência do abandono e pela negligência institucional, mas, ao mesmo tempo, é preciso afirmar que existem caminhos possíveis para transformar esse cenário, desde que haja vontade política, compromisso ético e sensibilidade cultural.

Assim, pode-se afirmar que garantir o direito das crianças indígenas à vida, à saúde e ao pleno desenvolvimento não é apenas uma obrigação legal do Estado brasileiro, mas uma obrigação ética e civilizatória. Proteger a infância indígena significa, acima de tudo, reconhecer a dignidade dos povos originários, valorizar seus saberes e práticas ancestrais, e assegurar que suas crianças possam crescer

em territórios seguros, saudáveis e respeitados. Assim, refundar a política de saúde indígena a partir da escuta, do vínculo e do respeito intercultural é um passo inadiável para construir um Brasil mais justo, diverso e humanizado.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRUM, E. O mundo que nasce e o mundo que morre: reportagens. Porto Alegre: Arquipélago Editorial, 2011.

BRUM, E. Banzeiro Òkótó: uma viagem à Amazônia centro do mundo. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Educação Escolar Indígena – A disputa entre o saber dos povos ancestrais e a engrenagem da fábrica educativa do capital. ARACÊ, [S.I.], v. 7, n. 4, p. 220-245, 2025. DOI: 10.56238/arev7n4-014. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n4-014>. Acesso em: 18 abr. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Saberes que Curam – A farmácia quilombola e o uso de plantas medicinais no cuidado infantil. ARACÊ, [S.I.], v. 7, n. 4, p. 199-218, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n4-199>. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n4-199>. Acesso em: 18 abr. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Políticas de Saúde e Desigualdade – Determinantes sociais e barreiras no acesso aos serviços do sistema único de saúde (sus). ARACÊ, [S.I.], v. 7, n. 4, p. 246-270, 2025. DOI: 10.56238/arev7n4-200. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n4-200>. Acesso em: 18 abr. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Prevenção ou Medicalização? Os desafios da atenção primária à saúde (aps) na era do rastreio populacional e da gestão de risco. ARACÊ, [S.I.], v. 7, n. 3, p. 287-310, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n3-287>. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n3-287>. Acesso em: 18 abr. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Justiça ambiental e os impactos na saúde dos trabalhadores rurais e comunidades do campo: agrotóxicos, desastres ambientais e contaminação hídrica. ARACÊ, [S.I.], v. 7, n. 3, p. 208-230, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n3-208>. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n3-208>. Acesso em: 18 abr. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Por uma atenção primária transformadora: Formação e capacitação profissional para fortalecer o trabalho no cuidado à saúde da família. ARACÊ, [S.I.], v. 7, n. 3, p. 54-78, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n3-054>. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n3-054>. Acesso em: 18 abr. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. A cruz que apaga os rastros ancestrais – a conversão evangélica e o desfiguramento da identidade indígena no Brasil. ARACÊ, [S.I.], v. 7, n. 2, p. 150-174, 2025. DOI: 10.56238/arev7n2-155. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n2-155>. Acesso em: 18 abr. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Desmedicar a vida – um olhar crítico sobre doenças psíquicas, diagnósticos psiquiátricos e a expansão da medicalização no brasil. ARACÊ, [S.I.], v. 7, n. 2, p. 179-200, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n2-179>. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n2-179>. Acesso em: 18 abr. 2025.

CASTRO, E. V. de. O conceito de cultura nas ciências sociais. *Mana*, v. 10, n. 1, p. 1-23, 1984.

CASTRO, E. V. de. A queda do céu: palavras de um xamã yanomami. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCÓCIO, P. Saúde, epidemiologia e povos indígenas no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 6, p. 1613-1615, 2005.

FARMER, P. On suffering and structural violence: a view from below. *Daedalus*, v. 125, n. 1, p. 261-283, 1998.

FARMER, P. Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor. Berkeley: University of California Press, 2003.

FARMER, P. Fevers, feuds, and diamonds: Ebola and the ravages of history. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2020.

FASSIN, D. When bodies remember: experiences and politics of AIDS in South Africa. Berkeley: University of California Press, 2007.

FASSIN, D. Humanitarian reason: a moral history of the present. Berkeley: University of California Press, 2012.

FASSIN, D. Death of a traveler: a counter-investigation. Cambridge: Polity Press, 2023.

KRENAK, A. Ideias para adiar o fim do mundo. São Paulo: Companhia das Letras, 2020a.

KRENAK, A. A vida não é útil. São Paulo: Companhia das Letras, 2020b.

MARMOT, M. The health gap: the challenge of an unequal world. London: Bloomsbury, 2015.

MEDEIROS, R.; SALDANHA, L. C.; FRANÇA, C. G. Povos e territórios tradicionais no Brasil: contribuições para o desenvolvimento sustentável. Brasília: Embrapa, 2013.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. E. O cuidado é um evento: a micropolítica do trabalho vivo em ato. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, v. 6, n. 16, p. 9-15, 2016.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. de S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 459-492.

PAIM, J. S. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 38, n. 1, p. 1-12, 2018.

SAWAYA, A. L. Desnutrição, pobreza e saúde infantil: desafios para políticas públicas no Brasil. *Revista de Nutrição*, v. 36, e220042, 2023.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Tecendo os fios da saúde pública: o impacto do saneamento básico na qualidade de vida urbana e no meio ambiente. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, v. 16, n. 5, p. 79, 2024. Disponível em: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/4259>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Políticas culturais e saúde mental na infância: políticas públicas de cultura e sua importância para o desenvolvimento da saúde mental das crianças. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, v. 16, n. 4, p. 136, 2024. Disponível em: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/4045>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Educação permanente e atenção básica na saúde: a importância do aprimoramento do conhecimento dos profissionais que trabalham na atenção básica na saúde para a demanda da população local em um município do Estado do Ceará. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, v. 17, n. 6, e6661, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/6661>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “Diálogos que Curam”: a percepção dos pacientes sobre a comunicação dos profissionais da saúde no SUS. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, v. 17, n. 6, e7404, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/7404>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “A fortaleza invisível”: reflexões sobre aspectos socioemocionais e de saúde mental das mães solas no Brasil. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, v. 16, n. 6, p. 101, 2024. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9642814>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “De portas fechadas e uma infância fragmentada”: a importância da creche e pré-escola para abrir caminhos e garantir uma primeira infância plena no Brasil. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, v. 17, n. 6, e7843, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.6-335>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “Radiografia do saneamento básico no Brasil”: navegando pelos labirintos da gestão do saneamento básico em cidades brasileiras em 2024 e as consequências para a população. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, v. 16, n. 5, p. 79, 2024. Disponível em: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/4259>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “Ordem de saúde, norma familiar”: entrelaçando os saberes técnico-científicos sanitaristas e o conhecimento cultural popular de medicina familiar no imaginário coletivo. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, v. 23, n. 4, p. 01-445, 2025. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/6930>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Necropolítica indígena: causas e motivações do extermínio indígena no Brasil a partir da perspectiva do “processo civilizador” de Norbert Elias e da “política da morte” de Achille Mbembe. *Repositório Institucional - IFRO*, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ifro.edu.br/items/6aba222e-7da7-4167-9cf0-768b5806046f>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Virada Vacinal – táticas e estratégias de resistência inspiradas em Michel de Certeau para combater o negacionismo na retomada das vacinas. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, v. 17, n. 8, e9319, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.8-144>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Entre o peso do cuidado e a exaustão invisível: o desgaste biopsicossocial dos profissionais da educação e saúde a partir da “Sociedade do Cansaço” de Byung-Chul Han. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, v. 16, n. 13, e6979, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n13-101>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Racismo ambiental, saúde e direitos sociais: causalidades e impactos da degradação ambiental em comunidades vulneráveis no Brasil. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, v. 23, n. 4, p. 01-445, 2025. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/8603>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Saúde coletiva e equidade – desafios e estratégias para um sistema de saúde inclusivo e sustentável. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, v. 23, n. 4, p. 01-445, 2025. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/8946>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Os condenados da terra – Genocídio indígena, impunidade estrutural e os limites da justiça na proteção dos direitos humanos no Brasil. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, v. 23, n. 4, p. 01-445, 2025. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/9330>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Estratégia saúde da família no combate às arboviroses – prevenção, controle do vetor, assistência e educação em saúde. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, v. 23, n. 4, p. 01-445, 2025. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/9697>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SCHEPER-HUGHES, N. *Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press, 1993.

SCHEPER-HUGHES, N.; BOURGOIS, P. *Violence in war and peace: an anthology*. Oxford: Blackwell, 2004.

WEBER, M. *A objetividade do conhecimento nas ciências sociais*. Lisboa: Presença, 1949.

WERNER, D. *Onde não há médico: um manual para agentes de saúde*. 6. ed. São Paulo: OPAS, 1995.

WERNER, D. Saúde para todos: um guia prático para cuidar da saúde. São Paulo: OPAS, 2022.

WERNER, D.; BOWER, B. Donde no hay doctor: guía para el cuidado de la salud. Palo Alto: Hesperian Foundation, 1982.