ISSN: 2316-607X

SABERES TRADICIONAIS E SAÚDE: VALORIZAÇÃO DOS CONHECIMENTOS INDÍGENAS E DAS COMUNIDADES TRADICIONAIS NA CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS DE CUIDADO INTERCULTURAIS

Adelair Mendes Conceição[1]
Cleize Maria de Barros Tavares[2]
Pablo Junior Pereira [3]
Angélica Cândida Ferreira[4]
Julio Cesar Santin[5]
Lilian Christian Domingues de Souza[6]

Resumo: Os saberes tradicionais constituem sistemas de conhecimento historicamente construídos e transmitidos entre gerações, integrando concepções próprias sobre saúde, adoecimento, cura, espiritualidade, território e relações comunitárias. Apesar de sua relevância para povos indígenas e comunidades tradicionais, esses conhecimentos permanecem frequentemente subordinados à racionalidade biomédica nos serviços de saúde. Este artigo objetiva analisar criticamente as contribuições dos saberes tradicionais para as práticas de cuidado e os desafios de sua valorização no Sistema Único de Saúde brasileiro. Desenvolveu-se pesquisa bibliográfica qualitativa, por meio de revisão narrativa crítica de publicações científicas e documentos institucionais, com prioridade para produções brasileiras recentes e incorporação de referências clássicas. A análise foi organizada em eixos referentes aos fundamentos epistemológicos do cuidado, aos itinerários terapêuticos, à interculturalidade, às políticas públicas, à formação profissional e à proteção dos conhecimentos coletivos. A literatura examinada indica que os saberes tradicionais sustentam práticas territorializadas, familiares, comunitárias e espirituais, mas enfrentam obstáculos relacionados ao racismo institucional, à assimetria entre conhecimentos, às dificuldades de acesso e à insuficiente preparação intercultural dos profissionais. Conclui-se que sua valorização exige mais do que reconhecimento simbólico da diversidade cultural: requer participação efetiva das comunidades, respeito à autodeterminação, proteção de direitos coletivos e diálogo crítico entre racionalidades de cuidado.

[1] Mestrado em Ambiente e Sistemas de Produção Agrícola pela Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil (2018).
[2] Especialização em psicopedagogia clínica pela União das Faculdades de Alta Floresta, Brasil (2013).
[3]Mestrado em Mestrado em Saúde da Família (PPGSF) pela Universidade Estácio de Sá, Brasil (2024).
[4]Doutorado em Biodiversidade pela Universidade Federal Rural de Pernambuco, Brasil (2020).
[5]Mestrado em Agronomia pela Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil (2018).
[6]Doutorado em Agronomia (Produção e Tecnologia de Sementes) pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil (2011).

Palavras-chave: Conhecimentos tradicionais. Saúde indígena. Comunidades tradicionais. Interculturalidade. Atenção à saúde.

Abstract: Traditional knowledge encompasses historically developed systems of understanding transmitted across generations, incorporating distinctive conceptions of health, illness, healing, spirituality, territory, and community relationships. Despite its relevance to Indigenous peoples and traditional communities, such knowledge often remains subordinated to the biomedical framework within healthcare services. This article critically analyzes the contributions of traditional knowledge to healthcare practices and the challenges of recognizing it within Brazil's Unified Health System. A qualitative bibliographic study was conducted through a critical narrative literature review of scientific publications and institutional documents, prioritizing recent Brazilian scholarship while incorporating foundational works. The analysis covered epistemological foundations of care, therapeutic pathways, interculturality, public policies, professional education, and the protection of collective knowledge. The reviewed literature indicates that traditional knowledge supports territorially grounded, family-based, communal, and spiritual practices, while facing barriers associated with institutional racism, epistemic asymmetries, limited access to services, and insufficient intercultural training. Valuing traditional knowledge therefore requires more than symbolic recognition of cultural diversity. It demands meaningful community participation, respect for self-determination, protection of collective rights, and critical dialogue among healthcare rationalities.

Keywords: Traditional knowledge. Indigenous health. Traditional communities. Interculturality. Health care.

1. INTRODUÇÃO

A diversidade sociocultural brasileira manifesta-se na multiplicidade de povos, comunidades, territórios e sistemas de conhecimento que participam da constituição histórica do país. Nesse contexto, saberes indígenas e de comunidades quilombolas, ribeirinhas, caiçaras e de outros grupos tradicionais representam formas próprias de compreender saúde, adoecimento, prevenção, proteção e recuperação. Esses conhecimentos não se restringem ao uso de plantas medicinais ou a procedimentos terapêuticos: integram concepções abrangentes sobre o corpo, a natureza, a espiritualidade, os vínculos familiares e a vida coletiva.

A experiência de adoecimento não se constitui apenas como acontecimento biológico. As maneiras de reconhecer sintomas, atribuir causas ao sofrimento e procurar auxílio relacionam-se às estruturas sociais, às memórias comunitárias e aos repertórios culturais. Consequentemente, práticas de cuidado não se explicam integralmente pela intervenção técnica sobre alterações orgânicas: são também relações de confiança, produção de sentidos e negociação de trajetórias terapêuticas.

Historicamente, a organização dos serviços brasileiros atribuiu centralidade à racionalidade biomédica. Embora os avanços científicos dessa tradição tenham produzido

contribuições decisivas para prevenção, diagnóstico e tratamento, sua institucionalização nem sempre se realizou em diálogo com outros conhecimentos. Em contextos de desigualdade étnico-racial e relações coloniais, saberes tradicionais foram frequentemente deslegitimados ou considerados obstáculos à assistência.

A criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena pela Lei nº 9.836/1999 e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), aprovada em 2002, constituem marcos na formulação de um modelo assistencial atento às especificidades socioculturais. A PNASPI reconhece a atenção diferenciada e a articulação com sistemas indígenas de saúde (Brasil, 2002). Contudo, a existência de diretrizes não assegura sua realização na prática.

Langdon e Diehl (2007) evidenciaram a importância de problematizar a participação e a autonomia nos espaços interculturais de atenção indígena. Mais recentemente, Feitosa e Pontes (2024), em pesquisa no Alto Rio Negro, identificaram distintos sentidos atribuídos à atenção diferenciada por profissionais, abrangendo particularidades territoriais, itinerários terapêuticos e dificuldades de articulação com práticas tradicionais. Cerri e Garnelo (2024) também identificaram tensões entre princípios normativos e organização cotidiana dos serviços.

Os desafios ultrapassam a saúde indígena. Gomes et al. (2024), ao examinarem itinerários terapêuticos quilombolas no norte de Minas Gerais, identificaram a articulação entre recursos familiares, populares e profissionais, em trajetórias atravessadas por desigualdades materiais e racismo institucional. Esses resultados impedem reduzir o problema a diferenças de crenças e demonstram a relevância das condições concretas de acesso.

A discussão exige, assim, superar um entendimento restrito de diversidade cultural, limitado à tolerância de costumes. Interessa compreender as condições em que conhecimentos distintos dialogam, como se distribui o poder de decisão e de que modo se protegem direitos coletivos. Sua relevância acadêmica decorre da interlocução entre Saúde Coletiva, Antropologia da Saúde, políticas públicas e direitos culturais.

A questão norteadora é: de que maneira a valorização dos saberes indígenas e das comunidades tradicionais pode contribuir para a construção de práticas de cuidado culturalmente sensíveis, equitativas e interculturais, e quais obstáculos dificultam sua efetivação nos serviços brasileiros?

O objetivo geral consiste em analisar criticamente as contribuições dos saberes tradicionais para as práticas de cuidado e as condições necessárias à sua valorização nos serviços públicos. Especificamente, busca-se compreender seus fundamentos socioculturais e epistemológicos; discutir manifestações nos itinerários terapêuticos; examinar avanços e limites

das políticas de atenção diferenciada; identificar desafios éticos, institucionais e profissionais; e sistematizar possibilidades de fortalecimento de práticas interculturais.

Para tanto, realizou-se uma revisão narrativa crítica de literatura científica e documental, de abordagem qualitativa. Após a metodologia, o referencial teórico discute fundamentos, experiências, políticas e formação; a seção de resultados articula convergências, tensões e lacunas; as considerações finais sintetizam as implicações da revisão.

2. METODOLOGIA

2.1 Natureza e delineamento

Esta pesquisa caracteriza-se como bibliográfica, qualitativa e de revisão narrativa crítica da literatura. O delineamento foi escolhido devido à natureza interdisciplinar do objeto, que envolve dimensões antropológicas, históricas, assistenciais, jurídicas, territoriais e políticas. A revisão narrativa permite examinar perspectivas teóricas e estudos heterogêneos, produzindo interpretação argumentativa sem reivindicar exaustividade estatística.

Não se trata de revisão sistemática ou metanálise: não foram calculados efeitos terapêuticos, executadas triagens com protocolo registrado ou estabelecidas estimativas de representatividade do conjunto de estudos. A escolha é coerente com o objetivo de discutir concepções de cuidado e tensões institucionais, sem converter todos os saberes tradicionais em intervenções avaliáveis exclusivamente por parâmetros biomédicos.

2.2 Fontes e estratégia de localização

O levantamento documental desta revisão empregou mecanismos de busca acadêmica na internet, com consultas direcionadas a publicações indexadas na SciELO, páginas oficiais de periódicos e repositórios institucionais. Examinaram-se registros, resumos e textos disponíveis de publicações de Ciência & Saúde Coletiva, Cadernos de Saúde Pública, Saúde e Sociedade, Revista Brasileira de Enfermagem, Escola Anna Nery e Revista Fitos, além de legislação brasileira e documentos da Organização Mundial da Saúde.

Foram usados, isoladamente ou em combinações, os termos “saberes tradicionais”, “saúde indígena”, “comunidades quilombolas”, “interculturalidade”, “atenção diferenciada”, “medicina tradicional”, “itinerários terapêuticos”, “plantas medicinais”, “cuidado em saúde” e “conhecimentos tradicionais”. Não houve consulta autenticada ao Portal CAPES nem busca direta na BDTD; por isso, essas plataformas não são declaradas como bases efetivamente pesquisadas. Também não se atribuem a esta revisão estratégias de busca aplicadas por autores de estudos secundários.

2.3 Recorte e critérios

Priorizou-se a produção de 2021 a 2026, preservando textos anteriores relevantes para a contextualização histórica e normativa. Foram considerados documentos com autoria ou responsabilidade institucional identificável, pertinência direta ao problema, informações bibliográficas verificáveis e contribuições para discutir sistemas de conhecimento, organização do cuidado, políticas públicas e direitos coletivos.

Foram desconsiderados materiais de procedência indeterminada, registros bibliográficos insuficientes e textos sem relação direta com a investigação. Não se estabeleceu número mínimo de publicações ou fluxograma de seleção; contagens e etapas de triagem não executadas não são apresentadas como procedimentos da pesquisa.

2.4 Análise e síntese

A interpretação compreendeu leitura exploratória dos registros localizados, exame de conteúdos acessíveis e comparação temática de argumentos, métodos e contribuições. A síntese organizou-se em seis dimensões: fundamentos dos saberes, itinerários terapêuticos, relações entre biomedicina e práticas comunitárias, atenção diferenciada, formação profissional e proteção de conhecimentos coletivos.

Os achados de pesquisas qualitativas foram tomados como evidências contextualizadas, e não como conclusões estatisticamente representativas de todos os povos e comunidades. Propostas normativas e teóricas também não foram confundidas com comprovação empírica de efetividade. O presente texto resulta de interpretação das fontes selecionadas, sem coleta de dados primários.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Fundamentos históricos, culturais e epistemológicos

Os saberes tradicionais compreendem conhecimentos, técnicas, narrativas e práticas produzidos e transmitidos no interior de processos históricos coletivos. Sua continuidade envolve memória, observação, experiência social, relações intergeracionais e transformações. “Tradicional” não significa imutável, pois comunidades reinterpretam repertórios diante de mudanças ambientais e históricas.

O Decreto nº 6.040/2007 reconhece grupos culturalmente diferenciados com formas próprias de organização social, cujo conhecimento e práticas se relacionam à reprodução de seus

modos de vida (Brasil, 2007). A formulação demonstra que esses saberes não podem ser reduzidos a técnicas individuais destacadas de seus vínculos territoriais e identitários.

No campo da saúde, manifestações possíveis incluem cuidados corporais, alimentação, cultivo e emprego de recursos naturais, rituais, ações de proteção comunitária e interpretações específicas do sofrimento. A generalização é inadequada: povos indígenas e comunidades quilombolas, ribeirinhas ou caiçaras possuem histórias, cosmologias e práticas diversas.

É necessário distinguir reconhecimento cultural de reconhecimento epistemológico. O primeiro pode limitar-se à tolerância de manifestações identitárias; o segundo exige considerar que as comunidades produzem explicações e formas próprias de organizar a experiência. Miranda, Belizario e Pereira (2024) associam esse debate à proposta do Encontro de Saberes, voltada à ampliação da pluralidade epistemológica na formação em Saúde Coletiva.

Tal reconhecimento não implica equivalência automática entre métodos, resultados ou indicações terapêuticas. Diferentes práticas respondem a finalidades distintas e devem ser compreendidas em seu contexto. Quando houver alegações de efeito clínico, é legítimo demandar avaliação de eficácia e segurança, sem reduzir a totalidade dos sentidos culturais à dimensão farmacológica.

3.2 Território, ancestralidade e determinantes sociais

O território, para muitos povos e comunidades tradicionais, não equivale apenas à ocupação física do espaço. Inclui relações históricas, simbólicas, produtivas, espirituais e afetivas que sustentam modos de vida e a transmissão intergeracional dos conhecimentos. A vinculação entre reprodução cultural e território está reconhecida no Decreto nº 6.040/2007 (Brasil, 2007).

Consequentemente, transformações ambientais, restrições territoriais, alterações nos recursos naturais e ruptura de redes comunitárias podem interferir nas condições de saúde e nas oportunidades de manutenção dos conhecimentos. Uma política que documenta o uso de plantas medicinais sem considerar o acesso aos territórios de manejo permanece incompleta.

Santana et al. (2023) sintetizaram conhecimentos etnobotânicos de comunidades quilombolas, demonstrando a diversidade de recursos vegetais e a relevância cultural de sua circulação. O registro científico é importante, mas não esgota a compreensão das relações sociais de transmissão e dos direitos das comunidades.

Gomes et al. (2024) apontam que dificuldades assistenciais em comunidades quilombolas incluem barreiras econômicas, distância, oferta de serviços e racismo institucional. O recurso a

práticas tradicionais não pode ser utilizado para justificar a omissão estatal. Autonomia comunitária e garantia de acesso ao SUS são compromissos complementares, não opções excludentes.

3.3 Concepções de adoecimento e práticas comunitárias

As práticas tradicionais podem associar dimensões corporais, emocionais, familiares, espirituais e coletivas, conforme concepções próprias de cada grupo. Não há um sistema terapêutico homogêneo capaz de representar todas as comunidades. A compreensão de determinada prática requer atenção ao significado que assume para seus participantes e às condições sociais em que é realizada.

Feitosa e Pontes (2024) identificaram, no Alto Rio Negro, a presença de autoatenção e medicina tradicional nos itinerários de cuidado, ao mesmo tempo em que observaram dificuldades dos profissionais em estabelecer articulações concretas com essas práticas. O reconhecimento discursivo de sua existência, portanto, não se converte automaticamente em relacionamento intercultural.

Souza et al. (2023), ao estudar cuidados à saúde de crianças quilombolas, evidenciaram o papel do contexto sociocultural e das relações de cuidado. Santos et al. (2023), entre homens quilombolas no Pará, identificaram a coexistência de conhecimentos populares e biomédicos, sugerindo que repertórios comunitários se transformam nas interações cotidianas.

A consequência prática é rejeitar pressupostos sobre indivíduos apenas por seu pertencimento coletivo. Escutar cada usuário, reconhecer diferenças geracionais e familiares e evitar estereótipos são condições indispensáveis à sensibilidade cultural.

3.4 Itinerários terapêuticos e pluralidade de recursos

Itinerários terapêuticos designam percursos, escolhas, negociações e experiências pelos quais pessoas procuram interpretar e enfrentar problemas de saúde. Sua análise amplia o foco para além das instituições, permitindo reconhecer agentes familiares, saberes comunitários, práticas domésticas e atendimentos profissionais como componentes de trajetórias complexas.

Gomes et al. (2024) identificaram recursos populares, familiares e profissionais entre comunidades quilombolas do norte de Minas Gerais, inclusive remédios caseiros, saberes transmitidos entre gerações e utilização de serviços de diferentes níveis de atenção. O resultado não sustenta a oposição rígida entre tradição e medicina profissional.

No entanto, a combinação de recursos não deve ser interpretada sempre como escolha plenamente livre: limites de renda, transporte e oferta assistencial podem condicionar itinerários. Por outro lado, reduzi-los apenas à insuficiência de serviços negaria a importância positiva das relações comunitárias e dos conhecimentos tradicionais.

A convergência com Feitosa e Pontes (2024), em contexto indígena, reforça que os serviços precisam conhecer trajetórias já construídas pelos usuários. A integralidade do cuidado demanda diálogo com percursos efetivos, evitando que condutas institucionais sejam definidas sem considerar experiências prévias.

3.5 Interculturalidade crítica e atenção diferenciada

A interculturalidade pode ser interpretada como adaptação comunicacional e respeito às diferenças ou, em perspectiva crítica, como revisão das relações históricas que definem a legitimidade dos conhecimentos e o poder de decisão. A segunda formulação é especialmente relevante diante de assimetrias entre serviços e comunidades.

Langdon e Diehl (2007) assinalam que a participação indígena em estruturas institucionais não elimina necessariamente desigualdades. Miranda, Belizario e Pereira (2024) associam a transformação das relações à valorização de detentores de saberes tradicionais como agentes ativos da formação acadêmica.

Cerri e Garnelo (2024), em análise etnográfica no Alto Rio Solimões, identificaram a persistência de modelos médico-assistenciais e sanitaristas e de uma cultura institucional orientada por indicadores. A articulação desses resultados revela que o desafio intercultural se situa não somente no encontro de conhecimentos diferentes, mas nas condições de poder e trabalho que organizam esse encontro.

A atenção diferenciada deve ultrapassar a tradução pontual de informações ou o consentimento formal a costumes. Exige escuta, negociação, participação e comunicação confiável, sem abdicar da responsabilidade profissional pela segurança. Em situações de conflito entre interpretações, a imposição unilateral pode comprometer confiança, ao passo que a omissão sobre riscos conhecidos pode comprometer a proteção do usuário.

3.6 Marcos de políticas públicas

A Lei nº 9.836/1999 organizou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no SUS. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada em 2002, afirmou a atenção diferenciada e o respeito às especificidades culturais (Brasil, 2002). Universalidade, nessa

perspectiva, não exige uniformidade de práticas diante de realidades territoriais e linguísticas distintas.

A implementação apresenta dificuldades persistentes. Cerri e Garnelo (2024) analisam tensões entre diretrizes normativas e modelos institucionais de assistência; Feitosa e Pontes (2024) identificam interpretações variadas da atenção diferenciada; e Santos (2025) discute barreiras geográficas, comunicacionais, materiais e discriminatórias descritas na literatura.

A Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, instituída pelo Decreto nº 6.040/2007, tem caráter intersetorial e não deve ser confundida com a política específica de saúde indígena. Sua importância para a saúde reside na vinculação entre direitos culturais, territórios e condições de vida.

Em âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde (2025) orienta o desenvolvimento de evidências, segurança, sustentabilidade e formas apropriadas de integração da medicina tradicional aos sistemas de saúde. A aplicação dessas orientações precisa evitar que integração seja traduzida em assimilação obrigatória de conhecimentos a padrões institucionais estranhos a suas finalidades culturais.

3.7 Formação em saúde e mediação

A formação em saúde necessita combinar competências clínicas com sensibilidade às diferenças sociais, linguísticas e culturais. A omissão dessas dimensões favorece interpretações reducionistas do comportamento dos usuários e pode enfraquecer a comunicação terapêutica.

Miranda, Belizario e Pereira (2024) propõem considerar o Encontro de Saberes como possibilidade de formação pluriepistêmica, com participação de detentores de conhecimentos tradicionais. A proposta desloca a discussão da mera inclusão curricular de conteúdos para as relações de autoridade na produção do conhecimento.

Langdon et al. (2006) analisaram a participação de agentes indígenas de saúde em Santa Catarina, identificando dificuldades relacionadas à formação, à rotatividade e à mediação entre saberes. Tais achados também advertem que a responsabilidade pelo diálogo não deve ficar concentrada sobre trabalhadores indígenas enquanto os demais profissionais e gestores permanecem alheios à transformação institucional.

A competência intercultural não exige domínio completo dos saberes de todos os grupos, mas capacidade de escuta, reconhecimento dos limites do repertório profissional, identificação respeitosa dos recursos utilizados e negociação de decisões. Educação permanente e colaboração

comunitária são direções pertinentes, embora sua efetividade deva ser examinada em cada contexto.

3.8 Plantas medicinais e direitos coletivos

O uso de plantas medicinais é uma dimensão importante e frequentemente investigada dos conhecimentos tradicionais, mas não constitui sinônimo de medicina tradicional. Santana et al. (2023) identificaram diversidade de recursos etnobotânicos em comunidades quilombolas, contribuindo para a documentação dos repertórios existentes.

O registro de uma utilização histórica não equivale à demonstração de eficácia e segurança de determinada intervenção. Avaliações clínicas e farmacológicas exigem considerar identificação botânica, composição, dose, modo de preparo, contaminação, interações e condições dos usuários. Valorizar os conhecimentos demanda evitar tanto a desqualificação indiscriminada quanto a atribuição automática de efeitos terapêuticos.

Também é necessário distinguir investigação científica de autorização de apropriação. A Lei nº 13.123/2015 disciplina o acesso ao patrimônio genético, a proteção dos conhecimentos tradicionais associados e a repartição de benefícios, estabelecendo condições específicas para consentimento e utilização (Brasil, 2015).

Nem todo conhecimento comunitário está destinado à divulgação pública. Direitos de decisão, restrições de circulação e protocolos próprios precisam orientar projetos científicos e institucionais. A proteção dos saberes não é obstáculo periférico à ciência, mas parte de sua responsabilidade ética.

4. RESULTADOS DA REVISÃO E DISCUSSÃO

4.1 Síntese das contribuições científicas

A leitura comparativa identificou quatro contribuições recorrentes. Primeiro, estudos sobre experiências comunitárias ampliam a compreensão de cuidado para além das intervenções institucionais. Segundo pesquisas sobre itinerários demonstram que recursos familiares, populares e profissionais coexistem em decisões situadas. Terceiro, trabalhos sobre saúde indígena revelam tensões entre atenção diferenciada prevista em políticas e suas condições de implementação. Quarto, análises sobre formação e proteção jurídica mostram que a valorização depende de transformações acadêmicas, institucionais e sociopolíticas.

Os trabalhos não constituem amostra estatística da literatura e seus achados não podem ser generalizados a todos os territórios. Seu valor está na complementaridade de enfoques, das

trajetórias históricas às práticas cotidianas, permitindo formular uma síntese argumentativa crítica.

4.2 Convergências, diferenças e tensões

Gomes et al. (2024), Souza et al. (2023) e Santos et al. (2023) convergem ao destacar a produção sociocultural do cuidado em contextos quilombolas. Seus objetos diferem — trajetórias terapêuticas, cuidado infantil e práticas masculinas —, mas todos indicam que decisões de saúde dependem de experiências familiares, relações sociais e acesso a recursos.

Nas investigações sobre atenção indígena, Langdon e Diehl (2007), Feitosa e Pontes (2024) e Cerri e Garnelo (2024) partilham a preocupação com a diferença entre princípios de participação e funcionamento institucional. Divergem quanto ao objeto imediato: autonomia e espaços participativos, interpretação profissional da atenção diferenciada e dinâmica etnográfica dos serviços.

Uma tensão emerge entre abordagens que enfatizam a integração tecnicamente apropriada de práticas tradicionais e aquelas que priorizam o questionamento das hierarquias do conhecimento. A estratégia da Organização Mundial da Saúde (2025) privilegia segurança e desenvolvimento de evidências; Miranda, Belizario e Pereira (2024) enfatizam transformações formativas e epistemológicas. Esses enfoques não são necessariamente excludentes: sua articulação deve preservar, simultaneamente, direitos culturais, avaliação crítica das intervenções e segurança assistencial.

4.3 Reconhecimento simbólico e obstáculos institucionais

A literatura permite distinguir reconhecimento formal da diversidade e condições efetivas de participação. A PNASPI menciona conhecimentos indígenas, mas Feitosa e Pontes (2024) identificam dificuldades para articular práticas tradicionais à assistência. Cerri e Garnelo (2024) demonstram que modelos assistenciais preexistentes e indicadores institucionais podem limitar a execução da atenção diferenciada.

Assim, a valorização não deve depender unicamente da atitude individual de profissionais. É necessário garantir organização do trabalho, tempo de escuta, participação comunitária, recursos materiais e mecanismos de negociação. Serviços precários podem comprometer relações interculturais mesmo quando seus trabalhadores manifestam disposição ao diálogo.

O reconhecimento simbólico é insuficiente quando comunidades são convidadas a apresentar costumes, mas não participam das decisões sobre prioridades, fluxos e avaliações.

Uma prática institucional intercultural exige compartilhamento responsável de decisões e mecanismos para lidar com conflitos.

4.4 Racismo e desigualdades estruturais

As desigualdades não podem ser explicadas somente por diferenças culturais. Gomes et al. (2024) identificam obstáculos econômicos, geográficos e institucionais em itinerários quilombolas; Santos (2025) destaca barreiras de acesso, comunicação, recursos e discriminação na produção científica sobre saúde indígena.

Rotular dificuldades terapêuticas como mera "resistência cultural" pode ocultar falhas de acesso e experiências de desrespeito. O enfrentamento do racismo institucional requer revisão de processos assistenciais, mecanismos de participação, garantia de continuidade e atenção às condições materiais dos territórios.

A valorização de práticas tradicionais não substitui o dever do Estado de prover assistência qualificada. Ao contrário, adquire consistência quando acompanhada de compromissos efetivos com equidade e acesso universal.

4.5 Respeito cultural e segurança terapêutica

Há uma distinção necessária entre significados culturais, efeitos relacionais e eficácia clínica. Práticas tradicionais podem promover pertencimento, acolhimento e continuidade comunitária; tais dimensões não demonstram, por si, efeitos farmacológicos específicos. Por outro lado, a ausência de ensaio clínico não elimina automaticamente sua relevância cultural e social.

A revisão de Santana et al. (2023) contribui para documentar usos de plantas medicinais, sem permitir inferir segurança universal de cada recurso. Em situações clínicas, a avaliação precisa considerar riscos, interações e necessidades de acompanhamento, oferecendo ao usuário explicações acessíveis.

Uma negociação responsável evita tanto a imposição desrespeitosa de condutas quanto a omissão de informações sobre danos conhecidos. O usuário deve poder discutir práticas utilizadas sem temor de repreensão ou discriminação.

4.6 Proteção dos saberes e ética científica

A documentação científica pode fortalecer a visibilidade de conhecimentos tradicionais, mas também expô-los à apropriação indevida. A Lei nº 13.123/2015 determina condições de

acesso ao conhecimento tradicional associado ao patrimônio genético e regras de repartição de benefícios (Brasil, 2015).

A publicação acadêmica não elimina direitos de autoria coletiva nem autoriza automaticamente exploração comercial. A participação comunitária nas decisões, o consentimento conforme aplicável, a observância de protocolos próprios e o cuidado com conhecimentos de circulação restrita são aspectos fundamentais.

Uma ciência comprometida com a justiça epistêmica não deve apenas estudar as comunidades, mas reconhecer suas capacidades decisórias sobre pesquisa, divulgação e benefícios.

4.7 Implicações assistenciais e formativas

A síntese recomenda, em nível analítico, ampliar a escuta sobre recursos tradicionais utilizados pelos usuários, qualificar a comunicação entre profissionais e comunidades, incorporar a participação comunitária na gestão e desenvolver formação intercultural contínua.

A discussão de Miranda, Belizario e Pereira (2024) sugere potencial formativo na presença de detentores de conhecimentos tradicionais em atividades acadêmicas. Entretanto, essas experiências exigem reconhecimento, remuneração apropriada quando pertinente e respeito aos direitos de circulação dos saberes. Não se pode transformar representantes comunitários em exemplos decorativos de diversidade.

A responsabilidade intercultural pertence a todas as equipes e gestores, não apenas a agentes indígenas. A adequação dos serviços requer enfrentamento de barreiras concretas, continuidade do atendimento e articulação intersetorial.

4.8 Limitações dos estudos e lacunas

Uma limitação relevante diz respeito à localização territorial e ao caráter qualitativo de parte das pesquisas. A profundidade contextual não autoriza extrapolação automática para outros povos e comunidades. É necessário aumentar a diversidade territorial e reconhecer diferenças internas de gênero, geração, língua e trajetórias assistenciais.

Outra lacuna refere-se à necessidade de pesquisas que privilegiem a avaliação das próprias comunidades sobre os serviços e os modelos de atenção. Estudos centrados em profissionais são necessários, mas precisam ser complementados por perspectivas dos detentores dos saberes e dos usuários.

Também são necessárias investigações sobre efeitos de processos formativos e modelos colaborativos de gestão, sem pressupor que propostas normativas garantam efetividade. Pesquisas etnobotânicas e clínicas podem contribuir quando desenvolvidas com salvaguardas éticas, segurança metodológica e respeito aos direitos coletivos.

Recomenda-se aprofundar pesquisas participativas com pesquisadores indígenas, quilombolas e de comunidades tradicionais, de modo que os próprios grupos intervenham na definição dos problemas, na condução e nas formas de divulgação.

4.9 Proposição analítica: corresponsabilidade intercultural

Como contribuição interpretativa desta revisão, propõe-se a categoria "corresponsabilidade intercultural" para designar relações em que diferentes sujeitos compartilham a construção do cuidado, preservando seus conhecimentos, competências e direitos. Trata-se de elaboração analítica, não de modelo validado empiricamente.

A proposição articula quatro dimensões: reconhecimento epistemológico dos saberes; autonomia e participação decisória de usuários e comunidades; responsabilidade técnico-assistencial pela segurança e continuidade; e justiça institucional e territorial no enfrentamento das desigualdades.

Distingue-se, assim, coexistência de práticas (presença simultânea sem diálogo), integração institucional (incorporação mediante regras dos serviços) e corresponsabilidade intercultural (negociação respeitosa e participação efetiva). A presença de práticas tradicionais, isoladamente, não comprova que as relações sejam equitativas.

Essa diferenciação contribui para analisar políticas e serviços sem criar oposição simplista entre medicina biomédica e sistemas comunitários. O desafio central reside em construir relações socialmente justas, clinicamente responsáveis e culturalmente contextualizadas.

5. CONCLUSÃO

A revisão examinou as contribuições dos saberes tradicionais indígenas e de comunidades tradicionais para as práticas de cuidado em saúde e os desafios de sua valorização no Brasil. A literatura demonstra que se trata de sistemas de conhecimento historicamente construídos e vinculados a relações familiares, experiências comunitárias, ancestralidade, território e concepções próprias de saúde.

Pesquisas sobre itinerários terapêuticos indicam que recursos populares, familiares e profissionais frequentemente coexistem, afastando a compreensão de que tradição e biomedicina sejam necessariamente excludentes. Estudos sobre atenção diferenciada revelam, entretanto, discrepâncias entre reconhecimento normativo e funcionamento cotidiano dos serviços.

A questão norteadora foi respondida ao demonstrar que a valorização dos saberes pode contribuir para cuidados culturalmente sensíveis quando associada a comunicação qualificada, participação comunitária, proteção de direitos e transformações institucionais. Racismo, desigualdade de acesso, barreiras territoriais e formação insuficiente permanecem obstáculos relevantes.

A contribuição própria do artigo consiste em articular níveis assistenciais, institucionais e sociopolíticos e propor a corresponsabilidade intercultural como perspectiva crítica. Seu pressuposto é que o reconhecimento cultural deve vir acompanhado de autonomia decisória, responsabilidade técnica e justiça territorial.

As limitações desta revisão decorrem de seu caráter narrativo, da ausência de protocolo de busca exaustivo e da heterogeneidade metodológica e territorial das fontes. Os resultados não permitem estimar prevalências, efeitos clínicos ou eficácia de modelos assistenciais. Pesquisas futuras podem avaliar experiências colaborativas, formação intercultural e participação comunitária, com protagonismo de pesquisadores e representantes tradicionais.

Conclui-se que a valorização dos saberes tradicionais é uma dimensão ética, científica e política da construção de uma atenção à saúde equitativa. Não exige substituir a biomedicina por sistemas tradicionais ou subordinar estes a uma única racionalidade. Requer condições para o diálogo crítico, decisões responsáveis e reconhecimento dos direitos das populações.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto nº 6.040**, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm. Acesso em: 10 nov. 2026.

BRASIL**. Lei nº 9.836**, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília, DF: Presidência da República, 1999.

BRASIL. **Lei nº 13.123**, de 20 de maio de 2015. Dispõe sobre o acesso ao patrimônio genético, sobre a proteção e o acesso ao conhecimento tradicional associado e sobre a repartição de benefícios para conservação e uso sustentável da biodiversidade. Brasília, DF: Presidência da

República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13123.htm. Acesso em: 10 nov. 2026.

BRASIL. **Fundação Nacional de Saúde**. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 10 nov. 2026.

CERRI, Roberta Aguiar; GARNELO, Luiza. **Implementação da Política de Saúde Indígena**: uma análise etnográfica das práticas assistenciais no Alto Rio Solimões. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320242912.08202024.

FEITOSA, Maria Rosineide Gama; PONTES, Ana Lucia de Moura. **Os sentidos da atenção diferenciada para os profissionais de saúde no DSEI Alto Rio Negro-AM, Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320242912.07052024.

GOMES, Rafael Fernandes et al. **Itinerários terapêuticos no cuidado em saúde em comunidades quilombolas.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.01602023.

LANGDON, Esther Jean; DIEHL, Eliana E**. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena**: reflexões a partir do sul do Brasil. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19-36, 2007. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200004.

LANGDON, Esther Jean et al. **A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde**: a experiência em Santa Catarina, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, 2006. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200013.

MIRANDA, Victor André Martins de; BELIZARIO, Ana Boross Queiroga; PEREIRA, Marcio Florentino. **Encontro de Saberes: Interculturalidade Crítica e Saúde Coletiva**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320242912.10262024.

SANTANA, Fabiana Ribeiro et al. **Plantas medicinais em comunidades quilombolas**: revisão integrativa da literatura. Revista Fitos, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 577-597, 2023. DOI: https://doi.org/10.32712/2446-4775.2023.1569.

SANTOS, Felipe Valino dos et al. **Saberes e práticas sobre saúde entre homens quilombolas**: contribuições para a atenção à saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 76, supl. 2, e20230138, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0138pt.

SANTOS, Manoel Antônio dos. **Desafios, oportunidades e iniquidades persistentes na assistência à saúde indígena no Brasil**: análise crítica da produção científica. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 34, n. 4, e240777pt, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902025240777pt.

SOUZA, Lauro Nascimento de et al. **Práticas de cuidado em saúde com crianças quilombolas**: percepção dos cuidadores. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 27, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0166pt.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global traditional medicine strategy 2025–2034**. Geneva: World Health Organization, 2025. ISBN 978-92-4-011317-6. Disponível em:

https://www.who.int/westernpacific/publications/i/item/9789240113176. Acesso em: 10 nov. 2026.