



REVISTA DE
ESTUDOS E
INVESTIGAÇÕES
ANTROPOLÓGICAS

Diversidade cultural, medicinas indígenas e interculturalidade na era das novas tecnologias digitais

Renato Athias¹ 

Universidade Federal de Pernambuco
Recife – PE – Brasil

Resumo

A diversidade cultural é um tema central nos debates sobre identidade, direitos e reconhecimento. Os povos indígenas, com suas culturas ancestrais e sistemas próprios de comunicação, desafiam as formas homogeneizadoras de conhecimento e organização social. No Brasil, existem 266 povos indígenas e 170 línguas faladas, enfrentando desafios complexos para afirmar suas culturas e sistemas de conhecimento. O Censo Demográfico de 2022 revelou um aumento significativo na população indígena, que ultrapassou 1,5 milhão de indivíduos (88,8% a mais em relação ao censo do IBGE de 2010). É fundamental considerar os fatores metodológicos e a autoidentificação ao analisar os resultados do censo e desenvolver Políticas Públicas. A interculturalidade na saúde é um desafio e uma oportunidade para reconhecer e valorizar os saberes tradicionais indígenas e suas práticas terapêuticas. É necessário reposicionar as medicinas indígenas em um lugar de reconhecimento e diálogo, em vez de reduzi-las às lógicas da Biomedicina ou aos folclorismos culturais.

Palavras-chave: diversidade cultural; povos indígenas; interculturalidade; saúde indígena.

¹ Renato Monteiro Athias é Antropólogo e professor titular no Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco; e do Master Interuniversitário de Antropologia Iberoamericana da Universidade de Salamanca, na Espanha. Possui plena formação em Etnologia indígena, tendo realizado pós-doutorado, doutorado, especialização e mestrado na Université de Paris X, em Nanterre. É graduado em Filosofia pela Faculdade Dom Bosco de Filosofia Ciências e Letras. Realizou estudos na área de mídia e televisão na Universidade de Southampton (Reino Unido) através de bolsas de estudos do Conselho Britânico. Coordena o Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Etnicidade (NEPE-UFPE). Desenvolve estudos, pesquisa e ações de educação na área de saúde indígena. É membro do Laboratório de Antropologia Visual do Núcleo Imagem e Som & Ciências Humanas da UFPE; do Conselho Curador do Museu do Estado de Pernambuco; e da Comissão de Museus e Patrimônio Cultural da União Internacional das Ciências Antropológicas e Etnológicas (IUAES). Email: renato.athias@gmail.com

Introdução

Vivemos em um contexto global de intensa produção e circulação de imagens, discursos e representações, amplamente agenciados pelas tecnologias midiáticas atuais o que redefine as formas de comunicação, identidade e pertencimento. Neste panorama, a diversidade cultural assume um papel central nos debates sobre identidade, direitos, formas de conhecimento e reconhecimento. Os povos indígenas, com suas culturas ancestrais e sistemas próprios de comunicação, emergem como sujeitos ativos que desafiam as formas homogeneizadoras de conhecimento e de organização social predominantes nos estados nacionais. As produções atuais (Tobias et al., 2023) recuperam as temáticas da saúde indígena e as colocam estas mesmas temáticas dentro de um contexto da atualidade nas cidades.

Os povos indígenas das Américas e, em especial do Brasil, que de acordo com o último censo do IBGE (2022), são cerca 1.693.535 pessoas, representando assim, 0,83% da população total do país. E, estão distribuídos em todos estados e em muitos municípios, com destaque para a região Norte, que concentra a maior parte dos povos originários. Ainda que não esteja confirmado o número total grupos indígenas no território do Brasil em censo do IBGE de 2022, estão contabilizados 266 povos indígenas no Brasil atualmente, segundo o Instituto Socioambiental, e 170 línguas faladas em todo território nacional² — enfrentando desafios complexos para afirmar suas culturas e sistemas de conhecimento diante de um fluxo comunicacional dominante que tende à homogeneização cultural. Constitui uma expressão viva da pluralidade étnica e sociocultural do país (Simoni, Guimarães e Santos, 2024).

Ao analisar os resultados do Censo Demográfico de 2022 relativos à população indígena no Brasil, que ultrapassou a marca de 1,5 milhão de indivíduos, é fundamental considerar os quantitativos registrados nos recenseamentos anteriores de uma perspectiva comparativa. Os dados revelam um aumento significativo na população indígena ao longo das últimas décadas: 294.148 em 1991; 734.127 em 2000; e 896.917 em 2010. A população indígena em 2022 é quase seis vezes maior que na década de 1990 e quase o dobro em relação a 2010. Além disso, a proporção da população indígena em relação à população nacional aumentou de 0,4% em 2010 para 0,8% em 2022.

No entanto, é importante notar que o Brasil ainda é um dos países nas Américas com a menor proporção de sua população constituída por indígenas. As variações observadas nos censos não podem ser atribuídas exclusivamente a fatores demográficos, como natalidade e mortalidade, ou à migração. Em vez disso, as mudanças nos montantes da população indígena estão relacionadas a

2 Fonte: Instituto Socio Ambiental (ISA).



questões metodológicas, incluindo a cobertura e capilaridade dos levantamentos em âmbito territorial, bem como ao conteúdo das perguntas e à crescente autoidentificação como indígenas. (Simoni et al., 2024: 2).

Portanto, é fundamental considerar esses fatores ao analisar os resultados do censo e ao desenvolver políticas públicas que atendam às necessidades da população indígena no Brasil. Além disso, é necessário reconhecer, sobretudo, a importância da autoidentificação e da participação da comunidade indígena no processo de coleta de dados e na definição de políticas que afetam suas vidas.

Este texto propõe um debate sobre os desafios e as potencialidades da interculturalidade na organização dos serviços de saúde entre os povos originários, considerando os saberes tradicionais indígenas e suas práticas terapêuticas como expressões legítimas de sistemas tradicionais de cura em si, bem como lógicas e racionalidades próprias. Argumenta-se que, diante da atualidade marcada por uma superprodução de informação e conhecimento, é urgente reposicionar as medicinas indígenas em um lugar de reconhecimento e diálogo, em vez de reduzi-las às lógicas da biomedicina ou aos folclorismos culturais (Cortés-García, 2020).

Saúde indígena e pesquisas antropológicas

As pesquisas antropológicas, no atual campo disciplinar da saúde indígena e da interculturalidade, entendida aqui como um campo de conhecimento da Antropologia da Saúde, têm nas últimas décadas, centrado a atenção na organização dos serviços de saúde, nas transformações socioculturais, em avaliações de programas de saúde e nas adequações epidemiológicas desses programas às realidades indígenas específicas já retratada em publicações anteriores (Santos; Coimbra, 1994). Porém, publicações recentes expressam esses mesmos enfoques e mostram a ampliação da área de conhecimento que atualmente chamamos “Saúde indígena”. Essas pesquisas e o debate em torno dos temas abordados favorecem o diálogo com os gestores e profissionais de saúde nos distintos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) (Langdon, 2004).

Além dessas investigações, muitos antropólogos têm participado, em diversos DSEIs, como assessores, professores em cursos e treinamentos para os profissionais de saúde, fazendo com que essa área de atuação, relativa à introdução de profissionais de saúde nas diversas áreas indígenas, constitua um debate à parte. As atividades desenvolvidas pelos antropólogos e o interesse dos coordenadores e gestores dos distritos sanitários visam ao conhecimento de aspectos da cultura dos povos indígenas dos territórios distritais. A relação com os antropólogos têm aumentado o interesse



em desenvolver ou contribuir para a ampliação dos dados e para uma discussão sobre aspectos culturais epidemiológicos dos povos indígenas (Cortés-García, 2020).

O campo profissional dos antropólogos no campo da saúde indígena está se desenvolvendo em decorrência de demandas específicas dos gestores, principalmente quanto à organização dos serviços de saúde, e tem como enfoque principal o entendimento da cultura indígena como peça-chave na melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às comunidades indígenas. Tais demandas estão situadas na área de treinamento e capacitação de profissionais de saúde (Langdon, 2004). Em geral, o papel dos antropólogos tem sido compartilhar informações etnográficas, ou seja, falar sobre a cultura indígena para os profissionais, com o objetivo de adequar os serviços de saúde às culturas locais e, consequentemente, desenvolver de modo mais ordenado as questões culturais específicas que envolvem a assistência e a prática médica entre os povos indígenas, ou seja, adequar as práticas da biomedicina na organização dos serviços de saúde culturalmente adequadas tal como referenciado para o campo da saúde Indígena (Tobias, 2023).

Os debates sobre interculturalidade em saúde muitas vezes ignoram as transformações sociais e o modo como os saberes indígenas circulam. A formação de profissionais da saúde para atuação em contextos indígenas precisa considerar não só o conteúdo técnico-científico, mas também a capacidade de lidar com um cenário híbrido de práticas culturais e os fluxos midiáticos.

Nos últimos anos, a antropologia tem passado por uma série de transformações significativas, tanto no plano teórico-metodológico quanto no temático, refletindo uma crescente ênfase na interculturalidade e na complexidade das dinâmicas sociais. No interior da nossa disciplina, observamos uma mudança de paradigma que valoriza a diversidade de experiências e perspectivas, reconhecendo a importância de estudar áreas da realidade social que até recentemente eram ignoradas ou subvalorizadas devido à sua complexidade e à falta de “caráter científico” atribuído a elas. A redescoberta da perspectiva reflexiva na antropologia tem sido fundamental para esse processo de transformação, permitindo um exercício de autorreflexão e autocrítica que abre novos espaços e campos de estudo. Isso tem possibilitado uma abordagem mais inclusiva e diversa, que valoriza a interculturalidade e a multiplicidade de vozes e experiências (Mendonça, 2009).

Conforme sabemos, a Antropologia não se limita ao estudo do “outro”, exótico ou distante, mas sim tem ao longo dos anos se deslocado para áreas mais próximas e cotidianas, explorando a complexidade das relações sociais e culturais em contextos variados. Os estudos etnográficos da vida cotidiana e os estudos qualitativos de aspectos mais íntimos têm ganhado destaque, permitindo uma compreensão mais profunda da dinâmica social e cultural em diferentes contextos. Essa

abordagem intercultural e reflexiva tem permitido à antropologia se aproximar mais da realidade social e cultural na atualidade, reconhecendo a diversidade e a complexidade das experiências humanas e, sobretudo, valorizando a multiplicidade de perspectivas e vozes que os contextos indígenas oferecem.

Em um mundo cada vez mais globalizado, a interculturalidade na saúde tornou-se um tema fundamental. Reconhecer a importância da diversidade cultural na experiência da doença e na procura por cuidados é um desafio, mas também uma oportunidade para melhorar a qualidade dos serviços de saúde entre os povos originários. Imagine um paciente indígena que chega ao hospital com uma doença crônica, mas que tem uma visão de mundo completamente diferente daquela dos profissionais de saúde. Suas crenças e práticas culturais certamente influenciam na percepção da doença e do tratamento. Se os profissionais de saúde não estiverem sensibilizados para essas diferenças, podem cometer erros que afetem a eficácia do tratamento e a relação de confiança com o paciente. Mas, de fato, não é apenas uma questão de sensibilização. Existem barreiras linguísticas que podem dificultar a comunicação entre profissionais e pacientes, preconceitos e estereótipos que podem levar a discriminação e falta de acesso a cuidados de saúde. Além disso, a adaptação dos serviços de saúde às necessidades culturais específicas de diferentes grupos pode ser um desafio.

No entanto, as possibilidades são amplas. Ao reconhecer a importância da cultura e das diferenças individuais, os profissionais de saúde podem construir uma relação de confiança com os pacientes, adaptar os cuidados de saúde às necessidades culturais e individuais, e promover a saúde e o bem-estar de diferentes grupos culturais. Então imagine um serviço de saúde que oferece tradutores e intérpretes para pacientes que não falam a língua dominante, ou que tem profissionais de saúde com formação intercultural para lidar com pacientes de diferentes culturas. Isso pode melhorar a eficácia do tratamento, aumentar a adesão aos tratamentos e promover a justiça social.

Para superar os desafios e aproveitar as oportunidades, é necessário promover a sensibilização e o conhecimento sobre a interculturalidade na saúde, investir na formação dos profissionais de saúde, adaptar os serviços de saúde às necessidades culturais específicas de diferentes grupos, e envolver a comunidade na gestão dos serviços de saúde. É um caminho que exige esforço e dedicação, mas que pode levar a uma saúde mais justa e equitativa para todos.

Então, esse texto problematiza a perspectiva de saúde e doença assumida no âmbito dos serviços de saúde implementados entre os povos indígenas. O debate lançado nesta apresentação tem como base os trabalhos realizados por pesquisadores do NEPE atuando no estado de Pernambuco e as observações que pessoalmente tenho realizado na região do alto Rio Negro, no



Amazonas. As principais linhas argumentativas surgem a partir de investigações principalmente no campo das práticas xamânicas em voga na atualidade entre os indígenas a que se teve o acesso e em entrevista com detentores de saberes tradicionais indígenas (Athias, 2024).

Medicinas indígenas e Conhecimentos tradicionais

Em meio à exuberância da natureza, os povos indígenas desenvolveram ao longo de gerações um conhecimento profundo e ordenado que é transmitido de forma oral e por meio da observação e experiência. Tenho enfatizado esses saberes tradicionais amplamente vinculados à cultura indígena, apresentando a sua relação harmoniosa com o meio ambiente e a sua compreensão única do mundo. Portanto, são resultado da vivência diária dos povos em seu ambiente natural. Através da observação atenta de plantas, animais e fenômenos naturais, eles desenvolveram práticas sustentáveis para caça, pesca, agricultura e arte. Essa conexão (Athias, 2024) com a natureza permitiu que os indígenas acumulassem um saber que é fundamental para a sua sobrevivência e preservação de suas tradições culturais.

Na maioria dos casos a transmissão do conhecimento é feita através de histórias, mitologias, cantos e rituais, que são compartilhados de geração em geração por especialistas. Essa tradição oral não apenas preserva a cultura indígena, mas também permite que ela se desenvolva e se adapte às novas circunstâncias. É através dessas narrativas que os indígenas se conectam com seus ancestrais e com a terra que habitam. Eles incluem saberes sobre plantas medicinais, técnicas de agricultura sustentável e práticas de manejo da floresta. Essa relação harmoniosa com o meio ambiente é fundamental para a sustentabilidade dos povos indígenas e para a preservação de seus rituais e tradições (Ferreira, 2013).

Os conhecimentos tradicionais indígenas incluem uma ampla gama de saberes, desde técnicas de construção e agricultura até práticas de medicina e a produção da arte. Eles também englobam rituais e cerimônias que são fundamentais para a espiritualidade e a identidade dos povos indígenas. Ao explorar esses conhecimentos, podemos ganhar uma compreensão mais aprofundada da complexidade e da riqueza de um patrimônio cultural, que sobretudo, deve ser preservado e valorizado. Eles representam a sabedoria ancestral dos povos indígenas e são uma fonte de inspiração para as gerações futuras. Ao reconhecer e respeitar esses saberes, podemos aprender com a experiência e a visão de mundo dos indígenas, e trabalhar juntos para preservar a biodiversidade e a riqueza cultural do planeta (Convecção sobre a Biodiversidade da UNESCO 2004).



Os conhecimentos tradicionais, a medicina indígena não pode ser compreendida fora de seus contextos cosmológicos, sociais e ecológicos. Na realidade, as medicinas indígenas articulam práticas terapêuticas, conhecimentos botânicos, indicadores de saúde, narrativas míticas e experiências coletivas do corpo, do espírito e da terra. No entanto, em um mundo cada vez mais dominado por sistemas técnicos de produção de sentido, esse saber é frequentemente reduzido à "curiosidade cultural" ou encaixado em categorias biomédicas que empobrecem sua complexidade. Em texto anterior, eu problematizei esses conhecimentos realizando uma etnografia do profundo entendimento que os Hudp'äh têm sobre as substâncias em seu corpo e como as utilizam de forma equilibrada para a obtenção do seu bem-estar (Athias, 2024).

A literatura antropológica nos aponta que, em todas as situações do contato interétnico, os indígenas reconhecem a existência de uma prática tradicional de cura, ou seja, de um modelo de cuidados que chamamos genericamente de práticas tradicionais de cura. Tais práticas operam dentro de um entendimento cultural sobre o bem-estar, com seus agentes e itinerários terapêuticos próprios, tendo diferentes racionalidades não correspondentes à os da "medicina ocidental", a chamada Biomedicina. Esta possui um conjunto de tratamentos, cuidados e práticas de cura baseados em concepções que, na realidade, estão exclusas da concepção de saúde e doença dos grupos indígenas com os quais se está trabalhando já anteriormente assinaladas por Lévi-Straus (1967). Essa prática é geralmente entendida como dominante e hegemônica nos Estados nacionais. Estamos, então, dizendo que a medicina indígena faz parte de um entendimento próprio, ou seja, de uma racionalidade indígena que move o sistema de compreensão e da eficácia, no sentido assinalado desde as análises da Antropologia estrutural.

As medicinas indígenas, profundamente enraizadas em cosmologias, práticas rituais e sistemas próprios de saúde, estão em conflito com o modelo biomédico amplamente disseminado pelos meios de comunicação e pela institucionalização da saúde pública, especialmente entre grupos indígenas isolados. Este conflito pode ser percebido na análise dos dados institucionais que refletem a persistência da doença em determinadas localidades indígenas. A interculturalidade em saúde, mais do que uma proposta integrativa, emerge como uma exigência política e epistemológica frente à diversidade cultural ameaçada tanto pela centralização e padronização das políticas públicas quanto pela invisibilidade nos circuitos hegemônicos de informação (Ferreira, 2013).

É importante repetir que, em muitas situações do contato interétnico, esses dois sistemas médicos — o tradicional e a Biomedicina — não são vistos pelos indígenas como estando em conflito. O que existe, de fato, é uma grande incompreensão e desconhecimento por parte dos



operadores do sistema biomédico oficial com relação às possibilidades da eficácia da medicina tradicional. Isso talvez ocorra pelo fato de não existir, por parte dos indígenas, uma situação de intolerância aos serviços de saúde, o que obviamente poderia levar a uma dinâmica de interculturalidade. As práticas indígenas de cuidados com o corpo e as práticas tradicionais de cura são efetivadas no grupo indígena, na comunidade, por meio de especialistas de cura, pajés, curadores, xamãs de diferentes “modelos” de compreensões cosmológicas, de acordo com as tradições culturais.

Esse xamanismo, seguramente, não é o mesmo que aquele existente entre os indígenas antes dos processos coloniais, de contato com a sociedade nacional; contato este, que, sem dúvida, tem modificado as práticas de cura. Alguns antropólogos acreditam que tais especialistas desapareceram logo após o contato (Brunelli, 1996: 256) e, no lugar deles, outros assumiram esses conhecimentos, já, de certa forma, agenciados pela relação com a sociedade nacional. Ou, ainda, o contato com os missionários provocou mudanças significativas com relação às próprias práticas e à introdução de novos símbolos via cristianização (Viveiros de Castro, 1992: 33).

Outro ponto relevante na saúde pública diz respeito a fenômenos contemporâneos, como o suicídio e a alcoolização em diversas terras indígenas, frequentemente abordados sob a perspectiva biomédica no campo da saúde mental. A “saúde mental indígena” ou “atenção psicossocial aos povos indígenas”, como é atualmente denominada por alguns profissionais de saúde³, representa um campo de alta complexidade epistemológica e política, desafiando diretamente as limitações e simplificações impostas pelo paradigma biomédico. Tradicionalmente centrada numa concepção biologizante e individualista da doença, a biomedicina tende a ignorar as dimensões socioculturais, espirituais e históricas que informam as experiências de sofrimento psíquico em diferentes contextos culturais. No caso dos povos indígenas, essa lacuna torna-se ainda mais evidente, pois suas concepções de corpo, doença e cura são atravessadas por cosmologias, práticas e sistemas de conhecimento que não se encaixam nas categorias diagnósticas e terapêuticas ocidentais.

A tensão entre o paradigma biomédico e os saberes tradicionais indígenas não é meramente teórica, mas se materializa na prática clínica, especialmente no campo da saúde mental. Enquanto a biomedicina busca localizar a patologia no organismo e intervir com base em protocolos técnicos, as populações indígenas frequentemente compreendem o sofrimento psíquico como um fenômeno relacional, coletivo, cosmológico e espiritual, demandando cuidados que mobilizam a comunidade, os ancestrais e os conhecimentos transmitidos oralmente. Nesse sentido, os “desencontros” entre os

3 Veja por exemplo as cartilhas distribuídas em todos os DSEIs sobre esta questão:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Atencao_Psicossocial_Povos_Indigenas.pdf



saberes hegemônicos e os sistemas tradicionais de cura revelam não apenas uma diferença de perspectivas, mas uma assimetria de poder epistêmico, onde o saber biomédico tende a deslegitimar e patologizar os outros modos de viver e de curar (Fernandez, 2004).

Essa dissociação entre o saber biomédico e os contextos socioculturais e políticos se torna ainda mais grave diante do aumento de fenômenos como o suicídio e a alcoolização em terras indígenas, frequentemente incluídos no campo da saúde mental. Esses problemas são, muitas vezes, tratados pela biomedicina como questões individuais, com foco em diagnósticos clínicos e intervenções farmacológicas, negligenciando as causas estruturais e históricas que os produzem. O suicídio entre os indígenas, por exemplo, não pode ser compreendido apenas como expressão de um transtorno mental isolado, mas como manifestação extrema de um sofrimento coletivo diante de perdas territoriais, rupturas identitárias, apagamento cultural e discriminação sistemática. A alcoolização, igualmente, não se resume a um problema de dependência, mas está profundamente ligada à desorganização dos modos de vida tradicionais, à violência histórica da colonização e à falta de políticas públicas efetivas que respeitem os projetos de vida indígenas. Até profissionais de saúde deste campo as consideram “superficiais” (Dorneles, 2019).

Ao medicalizar esses fenômenos sem considerar sua dimensão histórica, econômica, política e cultural, o paradigma biomédico não apenas falha em oferecer respostas eficazes, como também corre o risco de reforçar a marginalização desses povos. A resposta biomédica tende a fragmentar o problema e ignorar o enraizamento coletivo do sofrimento, substituindo a observação, escuta o diálogo e, sobretudo, a atitude intercultural por protocolos medicalizantes, padronizados que, em muitos casos, desrespeitam ou invisibilizam os modos indígenas de lidar com o sofrimento, a crise e a cura.

Vários autores da Antropologia Médica, da doença e da saúde, como Devereux (1981); Kleinman (1988, 1992); Good (1994); Laplantine (1978, 1991), Langdon (2016), entre os mais citados, já chamaram atenção para os limites de uma abordagem exclusivamente biomédica, especialmente na Psiquiatria, ao ignorar os determinantes sociais e culturais do sofrimento. Repito aqui, o que os colegas têm assinalado nas diversas Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas: os problemas de suicídio e alcoolização entre os povos indígenas não podem ser entendidos fora do seu contexto cultural, social e político. Para os povos indígenas, esse contexto envolve práticas ritualísticas, vínculos espirituais, pertencimento à terra e relações comunitárias que, quando rompidas — por processos históricos de colonização, deslocamentos forçados ou racismo institucional —, geram profundas feridas psíquicas. No entanto, o modelo biomédico, ao



desconsiderar essas dimensões, reduz o sofrimento a sintomas a serem suprimidos por medicamentos, frequentemente desconsiderando o significado subjetivo e coletivo da doença para o paciente e sua comunidade.

Portanto, a prática clínica fundamentada apenas em parâmetros biomédicos não oferece escuta qualificada nem espaço para a expressão das narrativas de vida, das crenças e dos medos dos pacientes. Isso é particularmente crítico quando se trata de povos indígenas, cujas experiências de sofrimento mental não são apenas pessoais, mas enraizadas em uma história coletiva de resistência, violências e lutos. A ausência de uma escuta culturalmente sensível compromete a relação terapêutica e pode agravar o sofrimento, ao invés de aliviá-lo. Como afirmam estudiosos da Antropologia da Saúde, apenas uma abordagem dialógica e interdisciplinar — que incorpore a escuta antropológica e a compreensão das cosmologias indígenas e dos sistemas xamânicos — pode abrir espaço para práticas de cuidado mais eficazes e respeitosas.

É preciso, portanto, superar a ideia, muito presente entre os profissionais de saúde, de que a cultura é um adereço ou obstáculo à prática clínica. Pelo contrário, a cultura é o tecido onde o sofrimento é vivido, narrado e tratado. No caso da saúde mental indígena, a cultura não pode ser apenas um “contexto” a ser considerado, mas sim o fundamento da própria construção do que se entende por doença, cura e cuidado. Isso exige que os profissionais de saúde não apenas conheçam outras culturas, mas repensem criticamente o lugar de seu próprio saber, abrindo-se ao diálogo com outras epistemologias.

A medicalização do sofrimento indígena, quando descolada de sua dimensão cultural, reforça práticas coloniais de silenciamento e epistemicídio. Portanto, para que se possa promover uma verdadeira humanização do cuidado em saúde mental, é indispensável um reposicionamento ético e político dos profissionais de saúde, especialmente daqueles formados no paradigma biomédico. Isso passa por reconhecer o valor dos saberes tradicionais, construir pontes entre diferentes racionalidades médicas e desenvolver práticas interculturais que coloquem no centro do cuidado a escuta, o respeito e a agência dos povos indígenas sobre seus próprios processos de cura (Athias, 2023).

Insistimos que em cada uma das sociedades indígenas com as quais tivemos contato a doença é reconhecida como uma experiência humana universal. Os povos indígenas desenvolveram modelos teóricos e técnicas sobre os processos de enfermidade, que são utilizadas pelos agentes para enfrentar e tratar de solucionar os problemas relacionados às doenças e à recuperação da saúde já bem assinalados por Citarella (1995) e Langdon (1996). Portanto, saúde e cultura estão

mutuamente implicadas, pois as noções de saúde e de doença nos remetem às práticas culturais específicas de determinada sociedade indígena.

Levando em conta as questões colocadas anteriormente, nos parece um grande desafio para os profissionais de saúde que atuam em áreas de contato interétnico desenvolver estratégias, modelos, e linhas de ação que apontem para um desenvolvimento local por meio de uma perspectiva mais tolerante com a cultura indígena. Apesar de existir um crescente interesse, principalmente por indigenistas, nos conhecimentos e saberes tradicionais, ainda se pode constatar que tais saberes indígenas e as práticas tradicionais de cura estão limitados aos estudos antropológicos, sem um alcance significativo nos centros formadores de profissionais de saúde (Athias, 2023).

Atualmente, o desafio das populações indígenas não é apenas resistir ou negociar com os Estados nacionais, mas também posicionar-se em um ecossistema de hipermídia onde seus saberes são frequentemente apropriados, descontextualizados ou silenciados. É nesse ambiente hiperconectado e saturado de imagens, discursos e narrativas que as lutas indígenas por autonomia e reconhecimento ganham novos contornos — ora com aliados inesperados, ora enfrentando novas formas de colonialismo simbólico.

O problema não está apenas no diálogo entre modelos distintos de saúde, mas na forma como esse diálogo se dá, ou seja, quase sempre atravessado por relações assimétricas de poder e pela dificuldade do sistema oficial em reconhecer outras epistemologias como legítimas. A “tradução” entre sistemas culturais, quando feita de forma unidirecional, corre o risco de despolitizar o saber indígena e submetê-lo à lógica tecno-científica ocidental.

Neste sentido, uma proposta de atuação na área da saúde com uma abordagem e atitudes interculturais ainda está em processo de implementação. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas está bem clara no tocante a uma ação específica e diferenciada quando coloca como diretrizes que se deve preparar os recursos humanos para atuação em contexto intercultural; que deve haver monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; que deve existir uma articulação das práticas tradicionais indígenas de saúde com a promoção do uso adequado e racional de medicamentos, visando à promoção de ações específicas em situações especiais etc (MS/PNASPI, 2002: 13).

Os profissionais que atuam nas áreas indígenas se deparam com tal situação, portanto se entende que uma proposta dessa natureza está posta como base programática na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, visando à implementação de modelos de atenção entre



duas culturas que coexistem em um território geográfico e sobretudo sem entender os princípios de epidemiologia intercultural.

O que ainda se pode perceber é que os estudos sobre a medicina indígena são apresentados por meio de um discurso com a lógica (racionalidade) do mundo ocidental. E isso pode ser visto como um obstáculo para a compreensão da prática indígena de cura. Os detentores de saber no Rio Negro, por exemplo, sempre dizem que não conseguem traduzir para o português os sentidos dos termos existentes nas práticas xamânicas. Em outras palavras, a língua portuguesa não tem palavras que possam traduzir ou indicar certos processos e certas transformações que a língua indígena possibilita na comunicação. Então, para falar da ideia e das concepções de saúde, doença e cura existentes nas medicinas indígenas, é necessário se aproximar da língua, do pensamento e da racionalidade indígena.

Em termos gerais, os saberes indígenas e as práticas tradicionais de cura são um conjunto muito diversificado de conhecimentos práticos, experimentais e teóricos sobre a relação da pessoa com os “entes” que possibilitam a cura. Tais conhecimentos formam um patrimônio cultural, que se transmite entre as gerações, e se baseiam na observação da natureza, nas relações sociais, tendo a terra como base da produção de alimentos e da reprodução social, bem como do cuidado com o corpo contra as doenças e os infortúnios. Nesse sentido, o território e a natureza são os espaços coletivos de elaboração e reelaboração da identidade étnica, da linguagem e dos sistemas de comunicação (Athias, 2024).

Algumas das condições ambientais e culturais tendo em vista uma sustentabilidade pode ser encontrada nas práticas produtivas dos povos indígenas e podem ser percebidas nos seus entendimentos simbólicos, bem como nos seus instrumentos tecnológicos, que são resultados de uma convivência com a natureza e da transformação ambiental (Lévi-Strauss, 1972; Descola, 1996). Nessa relação com a natureza, os povos indígenas produzem seus saberes baseados na “simbolização” cultural do ambiente, em significados sociais associados à natureza e apropriações de regras sociais de acesso e uso de práticas de gestão de ecossistemas e da saúde do corpo.

Em suma, a medicina indígena não é um conjunto de práticas isoladas, mas sim um sistema holístico que interliga corpo, espírito, ancestralidade, território e linguagem simbólica. Sua prática é relacional, personalizada e vinculada à experiência comunitária. Ao contrário da abordagem biomédica centrada na doença, o foco está na harmonia entre o ser e o coletivo, entre a natureza e o social. E, sobretudo, deve ser entendida como um sistema complexo de conhecimento que envolve diagnóstico, terapêutica, cosmologia, rituais e agentes especializados. Diferentemente da medicina



ocidental, que se apoia majoritariamente na biologia e na farmacologia, as medicinas indígenas operam a partir de uma visão integradora entre corpo, espírito, ambiente e sociedade (Krenak, 2020).

Os conhecimentos sobre plantas, os rituais de cura, os cantos, as rezas e os mitos formam um arcabouço simbólico e prático que sustenta uma epistemologia indígena sobre os processos de saúde e doença. Esses saberes são transmitidos oralmente, por gerações, e estão profundamente enraizados nos seus territórios, na memória e na identidade cultural dos povos originários. No entanto, esses sistemas têm sido progressivamente ameaçados por vários fatores: a perda de território, a evangelização, a escola formal e a medicina hegemônica, além da pressão de uma cultura midiática que tende a simplificar ou estereotipar o conhecimento tradicional (Kopenawa; Albert, 2015).

A clínica que surge sobre os restos dessas práticas torna-se uma disciplina enraizada no discurso científico inaugurado pela razão iluminista, que comanda todo o desenvolvimento das ciências desde a queda da época medieval até os dias atuais. Com ela, terminam as formas incipientes de construção coletiva do saber e se introduz a validação das verdades a partir de sua comprovação experimental ou empírica, nos marcos das teorias explicativas unilineares em voga. Como afirma Comelles (2004), termina a relação meio (sociedade, cultura) - doença e começa o reino de outra relação, mais específica e unívoca: natureza-doença. Em outras palavras, a doença, de pathos social, torna-se um fenômeno natural. A nova forma de conhecer a realidade no campo da saúde e da doença que emerge com essa mudança paradigmática transfere o domínio do corpo pela medicina (e, naturalmente, pelos médicos) para um cenário privativo dos "especialistas", das instituições sanitárias e das políticas de Estado.

Nesse cenário, profissionais, tratados de medicina, dispositivos de saúde, planos e programas estão projetados para operar sobre um mundo humano reificado, reduzido às suas misérias biológicas e desconectado das realidades sócio-históricas que o condicionam e o limitam. O modelo biomédico é a ideologia médica do liberalismo econômico, a ferramenta teórico-metodológica com a qual opera no domínio do processo saúde-doença-atenção. O divórcio que promove ativamente em relação às ciências sociais obedece à necessidade de preservar o corpo do sujeito isolado de todo influxo interpretativo que ameace incorporar um campo explicativo-compreensivo que reconheça a pessoa humana, a este ser social que é, ao mesmo tempo, sujeito individual e social, e que se encontra multideterminado em uma complexa trama de relações sociais.



Essa abordagem biomédica limita a compreensão da saúde indígena, reduzindo-as a fenômenos puramente biológicos e ignorando a complexidade das relações sociais e culturais que as influenciam. É fundamental, portanto, questionar essa abordagem e buscar uma compreensão mais ampla e integrada da saúde e da doença, que leve em conta a complexidade da experiência dos povos indígenas (Kopenawa; Albert, 2015).

Interculturalidade em saúde: desafios e possibilidades

Observamos, nesses últimos anos de implementação dos serviços de saúde nos distritos sanitários, tanto em Pernambuco quanto em outras áreas, uma ampliação da discussão sobre as questões de saúde nos mais diversos espaços de decisões de políticas públicas. Há, todavia, uma tendência de os debates se voltarem para questões imediatas concernentes à organização dos serviços de saúde em detrimento de uma discussão estratégica sobre o modelo de atenção e sobre as possibilidades surgidas nesse processo de distritalização. Em outras palavras, o que se percebe quando entrevistamos as equipes de saúde que atuam nos DSEIs são diferentes entendimentos sobre a noção de saúde, o que realmente dificulta a relação com os indígenas, que são vistos apenas como “usuários” do modelo de saúde com os quais estão trabalhando.

Na realidade, a discussão sobre o desenvolvimento de um “sistema local de saúde” tal como a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, (MS/PNASPI, 2002) preconiza no modelo de Distritos Sanitários se mantém em segundo plano e dispõe de pouco espaço nos debates e nas esferas de decisão. O que está acontecendo de fato é que os conselhos de saúde, em razão de questões conjunturais, discutem temas de responsabilidade dos gestores e transferem questões sobre as práticas administrativas para os debates nas reuniões dos conselhos (Menezes, 2019) ainda presentes nas práticas administrativas dos DSEI.

Consequentemente, temas como qualidade dos serviços, satisfação das populações indígenas, medicina tradicional e medicina ocidental, todos aspectos importantes para o desenvolvimento de sistemas locais de saúde e muito menos o entendimento consensual do que seja de fato o processo saúde-doença com o povo com que se está trabalhando. Basta ver o Documento Final da última conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, em que se pode perceber que a ênfase está no desenvolvimento de um modelo de saúde centralizado buscando ampliar um número de metas sem perceber as realidades locais dos povos indígenas.

Evidentemente, estamos falando de uma organização de serviços de saúde que tem uma história de muitos anos, mas a relação com os povos indígenas vem de muitos anos com diferentes

tentativas e diferentes modelos de organização de serviços de saúde. Na realidade, a sobrevivência e a resistência dos povos indígenas do Brasil, e das Américas, constituem, sem dúvida, um dos fatos mais significativos da história recente das relações interétnicas da humanidade. Acho importante iniciar esta apresentação discutindo as relações interétnicas, aqui entendidas como a relação entre os povos indígenas e a sociedade nacional. A atual situação de saúde dos povos indígenas está fortemente relacionada com os diversos contextos históricos que esses povos têm vivido. Nesse sentido, existem situações diferenciadas e não se pode dizer que são as mesmas e idênticas em todas as terras indígenas. A atual relação dos povos indígenas com a sociedade nacional está mediada, principalmente, pelas políticas públicas existentes que derivam da Constituição Federal de 1988 (Langdon; Diehl, 2007).

No decorrer de todos os anos de colonização e dominação aos quais os povos indígenas foram submetidos e do desenvolvimento das mais diversas formas de relação que essas populações mantiveram, e mantêm, com os Estados nacionais, sempre existiram possibilidades de criação de posturas antagonistas entre o Estado e as sociedades indígenas. Na atualidade, o grande desafio para os povos indígenas das Américas tem sido o de buscar novas estratégias de negociação com os Estados nacionais, criando modelos de relações interculturais a partir dos processos de relação com os governos, ainda, com atitudes colonialistas.

No campo da organização dos serviços de saúde, é necessário salientar que as relações entre a sociedade nacional e os povos indígenas foram se definindo em diferentes contextos sociopolíticos, tendo, como pano de fundo, três dimensões presentes nos processos de formação dos Estados nacionais na América Latina: a primeira, em direção a uma concentração econômica dos recursos, própria de um modelo de desenvolvimento de fronteiras; a segunda, estabelecendo um poder de um Estado centralizador em todos os níveis; e a terceira via foi aquela desenvolvida principalmente no Brasil, a da existência de uma fictícia “unidade étnica” nacional (DaMatta, 1987: 36), o que percebemos que os programas de saúde para os indígenas levam em sua “essência”.

Insistimos, neste texto, que pensar uma prática de saúde intercultural implica reconhecer os povos indígenas como sujeitos de direitos, produtores de conhecimento e detentores de formas válidas de cuidado. A interculturalidade em saúde não é apenas uma prática técnica, mas uma construção política baseada no respeito, na escuta e no reconhecimento da diversidade epistêmica. Muitos profissionais de saúde que atuam nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) ainda têm formação alicerçada unicamente nos paradigmas da biomedicina, sem compreensão profunda



sobre os sistemas médicos indígenas. Além disso, ainda há pouca participação dos terapeutas tradicionais nos processos de formação, decisão e gestão dos serviços de saúde.

Para que haja uma prática verdadeiramente intercultural, é necessário criar espaços de conformação onde os terapeutas indígenas não sejam apenas objetos de estudo ou colaboradores periféricos, mas atores centrais na produção do conhecimento e na construção de modelos locais de atenção à saúde. A valorização da oralidade, da memória coletiva, dos rituais e das práticas de cura devem estar presentes nos currículos de formação e nas diretrizes das políticas públicas (Athias, 2024).

Uma efetiva política de saúde intercultural exige a criação de espaços de diálogo e intercâmbio de saberes, a valorização dos terapeutas tradicionais, a formação de profissionais bilíngues e o respeito às particularidades culturais de cada povo. Além disso, deve-se permitir que os saberes tradicionais tenham presença formal nos currículos e programas de formação em saúde.

Saberes tradicionais e as tecnologias: visibilização ou estereotipia

As tecnologias midiáticas contemporâneas têm desempenhado um papel ambíguo na relação com os povos indígenas. Por um lado, essas tecnologias oferecem possibilidades de visibilidade, registro, circulação e afirmação de saberes ancestrais. Redes sociais, plataformas digitais, documentários e projetos colaborativos de comunicação têm sido usados por comunidades para narrar suas histórias, denunciar violências e reivindicar direitos.

Além disso, a presença de mídias digitais nas comunidades indígenas, com celulares, rádios comunitárias e plataformas digitais, reconfigura os modos de aprender, ensinar e praticar a medicina tradicional. A interculturalidade hoje passa, inevitavelmente, por entender como essas tecnologias podem tanto fortalecer quanto ameaçar a continuidade dos saberes tradicionais.

Por outro lado, também se observa uma tendência à mercantilização e espetacularização das culturas indígenas, que são muitas vezes reduzidas a imagens exóticas, superficiais ou românticas. A superprodução de imagens pode, assim, contribuir para uma "infoxicação" cultural. Isto é, a "infoxicação" cultural refere-se ao excesso de informação que afeta a cultura e as práticas sociais, levando a uma sensação de sobrecarga, desorientação e, por vezes, desinformação. Este fenômeno, que pode ser comparado a uma "intoxicação" pela informação, é causado pela facilidade de acesso a grandes volumes de dados e informações, muitas vezes de fontes duvidosas ou não credíveis. Criando um impacto significativo em que o conhecimento tradicional perde profundidade e se transforma em conteúdo de consumo rápido.



Neste contexto, a interculturalidade exige também uma educação midiática crítica, que permita aos próprios povos indígenas dominar as linguagens e ferramentas digitais, apropriando-se delas de forma soberana para expressar suas narrativas e saberes, que na realidade, estão profundamente relacionados à sustentabilidade dos modos de vida. O entendimento da saúde não se separa da relação com a terra, com os seres espirituais, com os alimentos e com a memória ancestral. Assim, o território é não apenas um espaço físico, mas um campo simbólico, social e espiritual.

A perda territorial, portanto, tem impacto direto na capacidade de reprodução dos saberes e práticas de cura. A interculturalidade, nesse sentido, não pode ser pensada de forma descolada da luta por território, autonomia e autodeterminação dos povos.

Tecnologias digitais, saúde indígena e os desafios da interculturalidade

Insistir em dizer mais uma vez, que os povos indígenas se configuram coletividades socialmente organizadas por meio de vínculos econômicos, ambientais, espirituais e culturais próprios. Sua relação com a saúde, o território e o corpo coletivo diferem radicalmente dos padrões urbanos e ocidentais. A saúde indígena enfrenta, nas últimas décadas, transformações intensas e preocupantes, como: o crescimento das doenças crônicas; os efeitos da época das tentativas de “aculturação” dos povos indígenas pelo Estado; a urbanização forçada, e, mais recentemente, os impactos devastadores da pandemia de Covid-19. As taxas alarmantes de infecção e óbitos registrados entre populações indígenas durante a pandemia revelam a profunda vulnerabilidade dessas comunidades diante de crises sanitárias, resultado não apenas da precariedade da assistência, mas também da persistente negligência estatal e da negação de seus direitos territoriais e culturais.

Nesse cenário, a introdução de tecnologias digitais nas estratégias de atenção à saúde tem sido apresentada como uma solução inovadora. Ferramentas como o REDCap (Research Electronic Data Capture), capazes de organizar e armazenar dados clínicos em tempo real, passaram a ser utilizadas em comunidades indígenas com o argumento de melhorar a coleta de informações e a gestão do cuidado. Embora essas tecnologias apresentem vantagens práticas – como agilidade, rastreabilidade e acesso remoto – seu uso indiscriminado levanta uma série de questões éticas, políticas e culturais que não podem ser ignoradas.

A saúde indígena, para além de um campo técnico, é um território intercultural. Ela se estrutura em redes de sentido onde o corpo, a doença e a cura são compreendidas, como falamos anteriormente, por meio de narrativas cosmogônicas, práticas coletivas, rezas, plantas medicinais e



relações espirituais com o território. Nesse contexto, a adoção de tecnologias digitais na saúde precisa ser pensada com atenção à pluralidade epistêmica e às formas próprias de cuidado das populações indígenas. A mera inserção de plataformas digitais, sem diálogo com os saberes locais e sem o consentimento informado das comunidades, pode reforçar dinâmicas coloniais, substituindo práticas tradicionais por procedimentos biomédicos padronizados, fragmentando ainda mais a relação entre o indígena e seu modo de vida.

Além disso, é preciso refletir sobre a governança dos dados gerados por essas tecnologias. A quem pertencem as informações coletadas? Como e onde são armazenadas? Quem tem acesso? Em tempos de crescente digitalização e vigilância, o uso de tecnologias digitais em comunidades indígenas levanta preocupações quanto à autonomia informacional, ao respeito à privacidade e à possibilidade de usos indevidos dos dados para fins alheios ao cuidado. A ausência de uma regulação clara e interculturalmente construída pode colocar em risco a autodeterminação desses povos.

A interculturalidade, nesse campo, não deve ser confundida com mera “adaptação” técnica, mas entendida como um processo ético-político de diálogo horizontal entre diferentes sistemas de saber. Isso significa reconhecer os agentes indígenas como produtores de conhecimento e não apenas como beneficiários das tecnologias desenvolvidas alhures. Nesse sentido, a presença de estudantes e profissionais de saúde engajados em experiências com ferramentas digitais, como no caso da comunidade indígena Truká, em Pernambuco, só adquire relevância se estiver ancorada no respeito às epistemologias indígenas e na construção participativa de práticas de cuidado.

É inegável que, quando apropriadas pelas próprias comunidades e articuladas aos seus modos de organização, as tecnologias digitais podem se tornar aliadas na luta por direitos, vigilância epidemiológica autônoma e melhoria da qualidade dos serviços. No entanto, isso requer processos formativos que preparem profissionais de saúde para atuar em contextos interculturais, descolonizando suas práticas e escutando os saberes locais como legítimos e fundamentais. Sem isso, corre-se o risco de reproduzir, por meio de tecnologias aparentemente neutras, antigas práticas de exclusão e silenciamento.

A experiência com o uso do REDCap na comunidade Truká deve ser lido à luz desses desafios. A sua originalidade e viabilidade são inegáveis, mas seu maior potencial reside na capacidade de inspirar práticas que integrem a tecnologia ao diálogo cultural, à escuta sensível e à coautoria indígena nos processos de cuidado. Para que as tecnologias digitais realmente contribuam para o fortalecimento da saúde indígena, elas precisam ser instrumentos de mediação intercultural e



não de homogeneização. Precisam se colocar a serviço da vida indígena em sua plenitude, e não como ferramentas de captura de dados descolados do território, da história e da espiritualidade dos povos originários.

Propostas para uma atitude intercultural em saúde

Colocamos, a seguir, cinco constatações, feitas a partir da análise de diversas situações às quais tivemos acesso em nosso grupo de estudo sobre práticas tradicionais de cura. Elas nos permitem afirmar que a ideia de saúde encontra distintas concepções e que um serviço de saúde específico e diferenciado, tal como debatido na segunda e terceira conferências nacionais de saúde indígenas, está cada vez mais distante do modelo de atenção atual:

1. Os grandes problemas da saúde indígena, entendida como o campo da organização dos Serviços de Saúde para os povos indígenas no Brasil, baseada na legislação específica e relacionada ao Sistema Único de Saúde (Capítulo V da lei 8.080/1990) não são financeiros. O montante gasto em 2020 no Subsistema de Saúde Indígena (Sasi) ultrapassou 100 milhões de reais (INESC/Verdun, 2020). Já foi apontado tanto por lideranças como por membros de organizações governamentais que o maior problema é a gestão e de questões administrativas na implementação, portanto de conhecimento pleno da Secretaria.

2. A legislação atual e as principais resoluções das conferências nacionais apoiam o processo de distritalização e organização dos serviços de saúde nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Em outras palavras, os povos indígenas estão de acordo com a legislação e as regras para o desenvolvimento em áreas indígenas de modo específico e diferenciado para cada um deles, garantindo o fortalecimento de suas culturas, tal como está disposto no conjunto de leis e portarias do Ministério da Saúde que regem atualmente a Saúde Indígena. Portanto, os povos indígenas não se posicionam contra os serviços de saúde, eles querem que sejam executados como previsto e pactuados.

3. É na gestão desses serviços de saúde para os povos indígenas que estão os principais problemas de ordem programática e de ordem contratual no tocante aos recursos humanos. Como apontado em texto anterior sobre as questões da distritalização (Athias; Machado, 2001). Como os DSEIs não têm autonomia orçamentária e financeira, todos os recursos humanos (profissionais de saúde) são contratados via convênios de terceirização com instituições que não têm uma sensibilidade para com a cultura indígena para uma atuação eficiente em territórios interculturais e no campo da saúde, sem ter resolutividade e sem dar solução para os principais problemas de saúde



a nível da atenção primária, ampliando as estruturas de remoções e passando problemas básicos para outro nível de referência. A Sesai ainda não conseguiu resolver esse problema.

4. O Subsistema de Saúde Indígena implementou em todos os territórios indígenas uma rede de controle social, ampliando a participação dos povos indígenas na discussão sobre os processos de decisões. A rede montada existe e hoje responde apenas às necessidades dos DSEIs de continuidade e de questionar a sua forma de atuação. Ações do Controle Social falando contra a inoperância dos DSEIs não são consideradas. Os DSEIs querem os conselheiros distritais e locais bem acomodados apenas dando sustentação para as ações dos DSEIs.

5. As medicinas indígenas e as práticas tradicionais de cura estão em uso em todos os territórios distritais, pois aí temos várias experiências concretas sobre o uso delas, porém elas não fazem parte das estatísticas nem existem formas de medir os atendimentos que os praticantes da medicina indígenas realizam anualmente em seus territórios. O Sistema de Informação e Acompanhamento da Saúde Indígena (SIASI) aponta apenas para a prática médica oficial do modelo biomédico. No entanto, quando as equipes de saúde saem das aldeias (e algumas delas ficam até um ano sem receber equipe de saúde), quem atua nessas aldeias são os praticantes das medicinas indígenas, são os terapeutas tradicionais, os especialistas de cura dessas aldeias que estão no seu trabalho diário de apoiar as ações de saúde em prol do bem-estar dessas comunidades. São centenas desses praticantes que têm o poder de cura e conhecimento tradicional de reconhecimento no seu grupo para atuar nos corpos daqueles que precisam de atenção especializada.

Uma eficiente formação intercultural em saúde deve partir de uma mudança paradigmática. Não basta inserir "conteúdos indígenas" em currículos prontos. É preciso abrir os espaços de formação à participação efetiva de lideranças, pajés, parteiras, terapeutas e sabedores indígenas, de modo que eles possam definir, junto com os demais, os conteúdos, métodos e prioridades. A valorização destes saberes tradicionais deve ser acompanhada de mecanismos de proteção contra a biopirataria, a apropriação indevida e o uso sem consentimento. A educação intercultural precisa, assim, ser também uma educação para os direitos.

A interculturalidade como horizonte ético e político

A noção de saúde (e doença) tal como é concebida pelos povos indígenas leva em consideração o bem-estar na totalidade do ser, sem, no entanto, dar ênfase aos aspectos biológicos, tal como se entende a partir de uma perspectiva da biomedicina. Tais entendimentos diferenciados conformam, a nosso ver, os laços necessários para uma postura intercultural com relação a essas



diferentes concepções. E seria nesses espaços do cotidiano do atendimento onde deveria acontecer o diálogo entre os representantes das práticas de cura e os profissionais de saúde.

A epistemologia indígena tem seus fundamentos, em cada uma das culturas, nas tradições peculiares de cada povo. Apesar da existência significativa de uma distância geográfica, vários povos apresentam elementos comuns de entendimentos. É importante ressaltar que, quando falamos da ideia de doença, estamos falando sobre como determinada sociedade entende e reproduz essa ideia. É verdade que a saúde e o bem-estar estão relacionados ao corpo, com o biológico. Portanto, para entender o corpo, é necessário entender a anatomia e a fisiologia desde o ponto de vista de determinado grupo indígena.

Em termos gerais, as práticas de cura dos povos indígenas buscam um equilíbrio entre o ser e a relação com ele mesmo. Essa totalidade, muitas vezes difícil de ser percebida por nós, ocidentais, na realidade engloba o que poderíamos chamar de constituição genética, as emoções, os saberes, os sistemas de inserção com a realidade natural, as formas de alimentação e as atividades de produção. E o indivíduo tem relação com o seu grupo, mantendo uma compreensão com uma ancestralidade que está associada aos modelos de parentescos, às formas de comunicação, aos processos de ritualização de práticas de cura. A relação do grupo com a natureza oferece possibilidades de interpretação de fatores ambientais que produzem entendimentos sobre o frio, o calor, os espíritos e os personagens dessa natureza, que estão presentes nas narrativas mitológicas.

Estamos argumentando, aqui, que a noção de saúde utilizada pelos indígenas nas mais específicas práticas tradicionais de cura se apresenta como um “modelo” intimamente relacionado a uma cosmologia e não como um fenômeno fragmentado sem relação com os entendimentos e saberes tradicionais comuns de um povo indígena. Neste sentido, as diversas etiologias são as portas de entrada para se entender as dinâmicas das práticas tradicionais de cura e, sobretudo, para aprender sobre os diversos procedimentos diagnósticos e terapêuticos que têm sido o enfoque principal das pesquisas e dos debates teóricos no campo da antropologia da saúde indígena no Brasil.

A diversidade cultural é um dado histórico constitutivo das sociedades humanas. No entanto, à medida que os processos de colonização, modernização e globalização foram se intensificando, observa-se a imposição de modelos hegemônicos de conhecimento, especialmente aqueles baseados na racionalidade científica ocidental. As culturas indígenas, ao longo da história, foram sistematicamente marginalizadas, tendo seus saberes desqualificados ou invisibilizados.



As tecnologias midiáticas contemporâneas, ao mesmo tempo que oferecem espaços inéditos para a visibilidade das causas indígenas, também produzem novas tensões. A espetacularização das culturas indígenas em redes sociais e mídias digitais, muitas vezes filtrada por interesses exógenos, compromete a integridade dos saberes tradicionais. Trata-se de um desafio ético, político e comunicacional.

Contudo, as culturas indígenas são sistemas vivos e dinâmicos que reelaboram suas práticas e conhecimentos a partir das interações interétnicas, sem, no entanto, abrir mão de seus fundamentos cosmológicos. Tais culturas são plurais e se constituem pela interação com o meio ambiente, pelos mitos, ritos, linguagens, formas de produção, relações de parentesco e, também, pelos seus sistemas de cura.

Neste sentido, a interculturalidade surge como uma perspectiva política e epistemológica que busca redimensionar o diálogo entre diferentes sistemas culturais, sem hierarquias. Mais que uma simples convivência, trata-se de construir espaços de tradução mútua, negociação e aprendizagem entre formas diversas de compreender o mundo, a vida, o corpo, a saúde e a doença.

Em um mundo marcado por crises ambientais, sanitárias e civilizatórias, os saberes indígenas oferecem contribuições fundamentais para repensar a relação entre humanidade e natureza, entre corpo e espírito, entre saúde e bem-viver. A interculturalidade, nesse contexto, é mais do que uma exigência técnica: é um horizonte ético e político que nos convida à escuta, ao respeito e à co-construção de outros futuros possíveis. É preciso também refletir criticamente sobre os riscos da mediação superficial das culturas indígenas, que tende a representar suas práticas de forma folclórica ou exótica. Uma verdadeira abordagem intercultural em tempos digitais deve se apoiar em uma ética da escuta, da reciprocidade e da coautoria dos saberes.

Propor uma política pública de saúde indígena intercultural requer mais do que boa vontade institucional. Requer repensar os modelos de produção de saber, os canais de circulação do conhecimento e as estruturas de poder que definem o que é considerado válido. Requer também repensar o papel das mídias como espaços de disputa simbólica e potencial criação de pontes interculturais.

Reconhecer e integrar as medicinas indígenas nos sistemas oficiais de saúde é um passo fundamental para a construção de uma sociedade plural, justa e verdadeiramente democrática. E, diante do poder das tecnologias midiáticas, este reconhecimento também passa pela produção de narrativas, pela comunicação autônoma e pela afirmação dos saberes em seus próprios termos.



A construção de um sistema de saúde indígena respeitoso e integrado às medicinas tradicionais exige a formalização de espaços de escuta e participação ativa dos terapeutas indígenas. Isso significa incluir esses saberes nos processos formativos, reconhecer sua legitimidade epistemológica e garantir sua presença nas decisões sobre políticas de saúde.

Assim, a medicina tradicional indígena, longe de ser um resquício do passado, é um campo contemporâneo de saber, experiência e luta por dignidade. O diálogo intercultural, se feito com seriedade e compromisso, pode ser uma das chaves para um novo pacto civilizacional. Avançar nessa direção é, sem dúvida, um dos grandes desafios contemporâneos da antropologia da saúde, mas também uma oportunidade para reimaginar os sistemas de cuidado à luz da diversidade, da justiça cognitiva e da pluralidade de mundos possíveis.

Referências

ATHIAS, Renato. 2024. “Serviços de Saúde, práticas tradicionais de cura e interculturalidade entre os povos indígenas”. In DIAS-Scopel, Raquel; PICOLE, Renata Palópoli; SCOPEL, Daniel; LEMOS, Everton Ferreira & GUILHERMINO Jislaine de Fátima (Orgs): Saúde Indígena: Abordagens Antropológicas e Epidemiológicas. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida.

ATHIAS, R. 2023.

In FERNANDEZ, Annelise Caetano Fraga; PAGLIARO, Graciela Esther & MATTOS, Izabel Missagia (Orgs). Rio de Janeiro: Telha.

BRUNELLI, Gilio. 1996. “Do xamanismo aos xamãs: estratégias Tupi-Mondé frente à sociedade envolvente”. in LANGDON, E. J.(ed.): Xamanismo no Brasil: novas perspectivas. Florianópolis: UFSC.

CITARELLA, L. et al. 1995.

. Santiago: Sudamericana.

COIMBRA, Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo Ventura. & ESCOBAR, Ana. 2003.

. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO.

COMELLES J. 2004. “El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el s. XXI”. In JUÁREZ, Fernández G. (Ed.): Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas, pp. 65–74). Abya-Yala.

CORTÉS-GARCÍA M. 2020. E
Ciencias de la Salud, vol 18 (1): 6–9.

Revista

DA MATTA, Roberto. 1987.
Rocco.

. São Paulo:



DESCOLA, Ph. [1996] 2001. “Construyendo naturalezas. Ecología simbólica y práctica social”, In Descola, P. & Pálsson, G. (Coordenadores): *Naturaleza e Sociedad. Perspectivas Antropológicas*. México: Siglo Veintiuno Editores.

DEVEREUX, Georges. 1981.
. 4: 521-525.

DORNELES Wayhs, A. C.; Amaral Rezende Bento, B. d. & Aguiar Quadros, F. A. d. 2019.
. 4. Trayectorias Humanas Trascontinentales.

FERREIRA, L.O. 2013.
. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, vol 20 (1): 203-219.

FOUCAULT, Michel. 1979. . Rio de Janeiro: Graal.

GOOD, B. J. 1994. . Cambridge: Cambridge University Press.

JUÁREZ, Gerardo Fernández. 2004.
. Ediciones Abya-Yala.

KLEINMAN, Arthur. 1988. , Berkeley: University of Califórnia Press.

KLEINMAN, Arthur. 1992.
. Qualitative Health Research, vol 2 (2):127-134.

KOPENAWA, Davi; ALBERT, Bruce. 2015. . São Paulo: Companhia das Letras.

KRENAK, Ailton. 2020. . São Paulo: Companhia das Letras.

LANGDON, E. J. 2004. “Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde”. In: LANGDON, E. J. & GARNELO, L. (Org.): *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*, 33-52. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia.

LANGDON, E. Jean. 1996. “Introdução: Xamanismo - Velhas e Novas Perspectivas”. In: LANGDON, E. Jean (org.) *Xamanismo no Brasil - Novas Perspectivas*, pp. 9-37. Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina.

LANGDON, E.; DIEHL, E. E. 2007.
. Saúde Soc., vol16 (2): 19-36.

LANGDON, E. J. 2020.
. ANTHROPOLOGICA, vol 38: 5-12.

LANGDON, J. E.; WICK, Flavio. 2010.
. Revista Latino-Am. Enfermagem 18(3).



- LAPLANTINE, François. 1978. . Lisboa: Editorial Vega.
- LAPLANTINE, François. 1991. . São Paulo: Martins Fontes.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. 1967 [1958]. . Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- MENDONÇA, S. 2009. . Curso de Especialização em Saúde Indígena. São Paulo: UAB, Unifesp.
- MENDES, Eugênio Vilaça. 1995. . 4. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO
- MENENDEZ, E. L. "Prefácio". 2013. In SOUZA, M. P. S. (Org.): Processos de Alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2002. . PNASPI: SESAI.
- RAMOS, Alcida Rita. 1992. "O antropólogo como ator político". In ARANTES, A. (org). Desenvolvimento e direitos humanos: a responsabilidade do antropólogo. Ob. Cit
- TOBIAS, Rodrigo; TOLEDO, Noeli das Neves; BEZERRA, Camila Carlos; ALVES, Raniele Alana Lima; ANDRADE, Tais Rangel Cruz (org.). A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2023. (Série Saúde & Amazônia, v. 26). E-book (PDF). ISBN 978-65-5462-065-9; DOI: 10.18310/9786554620659.
- SANTOS, Ricardo Ventura; ESCOBAR, Ana. (orgs.). 2001. . , Cadernos de Saúde Pública, vol 17(2).
- SANTOS, R.V; COIMBRA Jr, C.C. 1994. . Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- SIMONI, A. T.; GUIMARÃES, B.N.; SANTOS, R. V. 2024. " . Caderno de Saúde Pública, 40(4).
- SPIVAK, Gayatri Chakravorty. 1993. "Can the Subaltern Speak?". In: WILLIAMS, Patrick & CHRISMAN, Laura (eds.): Colonial discourse and post-colonial theory. London: Havester / Wheatsheaf.
- VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. 1992. . Chicago: University of Chicago Press.

Recebido em: 25/05/2025
Aprovado em: 09/09/2025
Publicado em: 12/09/2025



Cultural diversity, indigenous medicines, and interculturality in the age of new digital technologies

Abstract: Cultural diversity is a central theme in debates about identity, rights, and recognition. Indigenous peoples, with their ancestral cultures and unique systems of communication, challenge homogenizing forms of knowledge and social organization. In Brazil, there are 266 indigenous peoples and 170 spoken languages, facing complex challenges to assert their cultures and knowledge systems. The 2022 Demographic Census revealed a significant increase in the indigenous population, which exceeded 1.5 million individuals (88.8% more than in the 2010 IBGE census). It is essential to consider methodological factors and self-identification when analyzing census results and developing public policies. Interculturality in health is a challenge and an opportunity to recognize and value traditional indigenous knowledge and therapeutic practices. It is necessary to reposition indigenous medicines in a place of recognition and dialogue, rather than reducing them to the logic of biomedicine or cultural folklore.

Keywords: cultural diversity; indigenous peoples; interculturality; indigenous health.

Diversidad cultural, medicinas indígenas e interculturalidad en la era de las nuevas tecnologías digitales

Resumen: La diversidad cultural es un tema central en los debates sobre identidad, derechos y reconocimiento. Los pueblos indígenas, con sus culturas ancestrales y sistemas de comunicación únicos, desafían las formas homogeneizadoras de conocimiento y organización social. En Brasil, existen 266 pueblos indígenas y 170 lenguas habladas, que enfrentan complejos desafíos para afirmar sus culturas y sistemas de conocimiento. El Censo Demográfico de 2022 reveló un aumento significativo de la población indígena, superando los 1,5 millones de personas. Es fundamental considerar los factores metodológicos y la autoidentificación al analizar los resultados del censo y desarrollar políticas públicas. La interculturalidad en la atención médica es tanto un desafío como una oportunidad para reconocer y valorar los conocimientos tradicionales y las prácticas terapéuticas indígenas. Es necesario reposicionar las medicinas indígenas en un espacio de reconocimiento y diálogo, en lugar de reducir las a la lógica de la biomedicina o el folclore cultural.

Palabras-clave: diversidad cultural; pueblos indígenas; interculturalidad; salud indígena.

Direitos autorais das pessoas autoras, 2025. Licenciado sob Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Esta licença permite compartilhar o material para fins não comerciais, desde que seja dado o devido crédito à obra original, sem modificações. Texto da Licença:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

