

## A Importância do Diálogo Intercultural na Humanização da Assistência à Saúde Indígena

The Importance of Intercultural Dialogue in the Humanization of Indigenous Health Care

La Importancia del Diálogo Intercultural en la Humanización de la Salud Indígena

### RESUMO

**Introdução:** dada a necessidade de se efetivar a humanização nos contextos multiculturais de cuidado, sobretudo em relação à saúde indígena, que ainda encontra heranças etnocêntricas e coloniais em suas práticas. **Objetivo:** refletir sobre o cuidado intercultural à saúde indígena, enfatizando-se a importância do diálogo para a humanização dessa prática assistencial.

**Método:** trata-se de um ensaio teórico reflexivo, conduzido a partir de uma fundamentação socioantropológica indígena e das ciências da saúde, onde buscou-se articular conceitos em torno do diálogo intercultural e da humanização da saúde. **Resultados e discussão:** o ensaio resultou em quatro eixos temáticos onde se discutiu a permanência do etnocentrismo nas práticas assistenciais, as subjetividades e necessidades subjetivas dos povos indígenas e as possibilidades de humanização da assistência a partir de um processo de diálogo intercultural. **Considerações finais:** identificou-se no diálogo intercultural uma possibilidade de promoção da transversalidade de saberes nos contextos de cuidado multicultural indígena.

**PALAVRAS-CHAVE:** Povos Indígenas; Humanização da Assistência; Assistência à Saúde Culturalmente Competente; Saúde das Minorias Étnicas; Etnicidade.

### ABSTRACT

**Introduction:** given the need to achieve humanization in multicultural care contexts, especially in relation to indigenous health, which still finds ethnocentric and colonial legacies in its practices. **Objective:** to reflect on intercultural indigenous health care, emphasizing the importance of dialogue for the humanization of this care practice. **Method:** this is a reflective theoretical essay, conducted from an indigenous socio-anthropological foundation and health sciences, where we sought to articulate concepts around intercultural dialogue and the humanization of health. **Results and discussion:** the essay resulted in four thematic axes where the permanence of ethnocentrism in care practices, the subjectivities and subjective needs of indigenous peoples and the possibilities of humanizing care through a process of intercultural dialogue were discussed.

**Final considerations:** a possibility was identified in intercultural dialogue to promote the transversality of knowledge in the contexts of indigenous multicultural care.

**KEYWORDS:** Indigenous Peoples; Humanization of Assistance; Culturally Competent Care; Health of Ethnic Minorities; Ethnicity.

### RESUMEN

**Introducción:** ante la necesidad de lograr la humanización en contextos de atención multiculturales, especialmente en lo relacionado con la salud indígena, que aún encuentra legados etnocéntricos y coloniales en sus prácticas. **Objetivo:** reflexionar sobre el cuidado intercultural de la salud indígena, enfatizando la importancia del diálogo para la humanización de esta práctica de cuidado. **Método:** se trata de un ensayo teórico reflexivo, realizado desde una fundamentación socioantropológica indígena y de las ciencias de la salud, donde buscamos articular conceptos en torno al diálogo intercultural y la humanización de la salud. **Resultados y discusión:** el ensayo resultó en cuatro ejes temáticos donde se discutieron la permanencia del etnocentrismo en las prácticas de cuidado, las subjetividades y necesidades subjetivas de los pueblos indígenas y las posibilidades de humanizar el cuidado a través de un proceso de diálogo intercultural. **Consideraciones finales:** se identificó una posibilidad en el diálogo intercultural para promover la transversalidad de los saberes en los contextos de atención multicultural indígena.

**PALABRAS CLAVE:** Pueblos Indígenas; Humanización de la Atención; Asistencia Sanitaria Culturalmente Competente; Salud de las Minorías Étnicas; Etnicidad.

RECEBIDO EM: 17/02/2025 APROVADO EM: 05/03/2025

**Como citar este artigo:** Lima LGA, Ricarte EC, Aguiar MSS, Lima AS, Figueiredo SD, Lima SHN, Higino BGS, Medeiros ES. A Importância do Diálogo Intercultural na Humanização da Assistência à Saúde Indígena. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];15(95):15848-15859. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v15i95p15848-15859

**ID Luiz Gustavo Alves Lima**  
Discente do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte.  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8580-5463>

**ID Erica Carneiro Ricarte**  
Doutoranda em Cuidados Clínicos em Saúde na Universidade Estadual do Ceará.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4851-6116>

**ID Maria Sônia da Silva Aguiar**  
Discente do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte.  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6797-2418>

**ID André da Silva Lima**  
Graduado em Psicologia pela Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte.  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9346-8720>

**ID Stefani Dantas de Figueiredo**  
Discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte.  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6535-0260>

**ID Samay Hiwston Napoleão de Lima**  
Discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte/IDOMED.  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-0249-8457>

**ID Bruna Gabriele da Silva Higino**  
Discente do curso de Fisioterapia da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte/IDOMED.  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-5061-402X>

**ID Emmanuela Suzy Medeiros**  
Doutora em Ciências da Educação pela Faculdade do Norte do Paraná, Mestre em Educação pela Universidade São Marcos, docente no Centro Universitário Paraíso do Ceará.  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7030-9486>

## INTRODUÇÃO:

Desde a colonização, os povos indígenas passaram por um processo institucionalizado de extermínio, invasão dos seus territórios e marginalização do seu ser e estar no mundo, de modo que esse processo devastador gerou não só inúmeros danos aos modos de vida, em razão da desestruturação das relações desses indivíduos com o território, a comunidade e a natureza<sup>1</sup>, como também uma desidentificação e um apagamento epistemológico profundos, ocasionados pela assimilação cultural que se impôs a esses povos<sup>2</sup>.

Atualmente, apesar de todo esse processo, cerca de 1,6 milhões de indígenas ainda resistem no Brasil, totalizando mais de 300 de etnias<sup>3</sup>, que apesar de estarem inseridas no campo das prerrogativas do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1</sup>, ainda enfrentam desafios no acesso e na efetivação de uma assistência integral à saúde, sobretudo em razão do neocolonialismo e do etnocentrismo que ainda aflige o sistema<sup>4,5</sup>.

Trata-se sobretudo da manutenção de um caráter de imposição cultural, que ainda subroga à ineficácia os saberes que compõem a epistemologia indígena, em

detrimento do conhecimento científico biomédico e das visões de mundo ocidentais<sup>6</sup>, gerando um óbice assistencial que produz efeitos nos múltiplos níveis organizativos do SUS, desumanizando e afetando a eficácia e a capacidade resolutiva-assistencial desse sistema<sup>7,8</sup>.

Uma problemática que se exemplifica muitas vezes na desconsideração das necessidades de saúde e da eficácia dos seus próprios métodos curativos que esses povos acumularam em sua existência, além dos impactos gerados pelo contraste cultural no processo assistencial e pelas diferenças nosológicas e interpretativas acerca dos conceitos de cuidado, saúde e doença<sup>9,10</sup>.

Desse modo, diante do imperativo ético e legal do direito à saúde que assiste essa população<sup>1</sup>, questionou-se nesse trabalho acerca da importância das competências interculturais no âmbito assistencial de saúde, bem como, das contribuições dialógicas nesse processo, sobretudo para a efetivação de um campo comunicativo e relacional eficaz, capaz de promover a saúde em sua integralidade e dar respostas alinhadas às necessidades singulares de saúde desses indivíduos.

Nesse sentido, objetivou-se refletir

sobre o cuidado intercultural à saúde indígena, enfatizando-se a importância do diálogo para a humanização dessa prática assistencial.

## MÉTODO:

Trata-se de um ensaio teórico reflexivo, conduzido a partir dos pressupostos teóricos de Meneghetti (2021)<sup>11</sup> e Adorno (2003)<sup>12</sup> onde buscou-se, ao contrário de comprovar uma hipótese ou esgotar evidências científicas em torno de um tema, promover uma reflexão crítica a fim de se articular conceitos e promover um avanço conceitual e teórico a partir dos questionamentos advindos de um processo reflexivo.

Tal análise foi amparada a partir de uma ampla fundamentação bibliográfica antropológica, social e jurídica, alinhada a estudos da saúde indígena e das ciências da saúde, de modo que esse ensaio resultou em quatro eixos temáticos, sendo eles: 1. O Etnocentrismo e seus impactos aos modos de vida dos povos indígenas, 2. As subjetividades e as cosmovisões de saúde no cuidado multicultural, 3. A necessidade de um cuidado intercultural e 4. Instrumentalizando um cuidado culturalmente

adequado através do diálogo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO:

### Eixo 1 - Um olhar antropológico para o etnocentrismo e a imposição cultural:

A partir dos primeiros contatos entre os povos indígenas e os europeus, no processo de colonização, o pensamento ocidental passa a ocupar um espaço de dominação pela força, de modo que, motivada por um ponto de vista etnocêntrico, a sociedade ocidental passa a impor as suas normas culturais, em detrimento das cosmovisões dos povos tradicionais, promovendo uma assimilação forçada desses grupos à cultura dominante<sup>2,6</sup>.

Assim, esse processo foi marcado por uma ampla subrogação do conhecimento indígena à ineficácia e ao esquecimento, dada a sua leitura, sob um viés interpretativo ocidental e etnocêntrico, como sendo desalinhado da racionalidade, passível portanto de uma assimilação à cultura ocidental, a fim de que estes alcançassem o mais recente estado na “linearidade da evolução social”<sup>9,13,1,8</sup>.

No entanto, a partir de uma difusão mais ampla das reflexões antropológicas, sobretudo a partir das contribuições teóricas de Mauss (2023)<sup>14</sup>, Malinowski (1976)<sup>15</sup> e Lévi-Strauss (2011)<sup>16</sup>, o pensamento científico moderno passa a observar a necessidade de se adotar uma postura contra-hegemônica, defendendo a importância de se fundamentar as relações multiculturais a partir de princípios éticos e antropológicos como a alteridade e a relativização cultural.

Trata-se portanto de se reconhecer que o pensamento, a racionalidade e os modos de vida ocidentais, apesar de mais difundidos e dominantes, também são culturais, de modo que esses não possuem uma superioridade epistemológica intrínseca, tampouco podem ser comparados ou hierarquizados aos das demais sociedades<sup>1</sup>.

Nessa linha de pensamento, Lévi-Strauss (1952, 1990)<sup>17,18</sup>, defende a necessidade de se enxergar as culturas a partir de uma processo de relativização, afastan-

do-se as noções de que há uma evolução cultural linear, mas sim que cada modo de ser e estar no mundo reflete o resultado de um conjunto de fatores históricos, sociais e ambientais próprios de um povo, que devem ser considerados na leitura etnográfica, o que Geertz (1978)<sup>19</sup> também conceituou como uma “descrição densa”, isto é, aprofundada nas realidades e nos modos de vida da cultura que se deseja observar.

Assim, apesar das inovações teóricas promovidas pela antropologia, sobretudo para a horizontalidade e humanização, ainda se observa que o pensamento colonial resiste em inúmeras representações e manifestações sociais, inclusive na assistência à saúde, principalmente em razão da arraigada predominância do paradigma biomédico, que passa a se autodeterminar como o único meio legítimo de se pensar a saúde, sob o crivo do racionalismo científico ocidental e das concepções reduzidas aos aspectos e às causas biogenéticas do adoecimento<sup>20,21,22</sup>.

Assim, conforme apontam Sartori e Leivas (2017)<sup>1</sup>, enquanto as compreensões biomédicas são capazes de implicar em uma leitura mutilada da saúde para os povos ocidentais, objetificando o corpo e desconsiderando os impactos psicossociais no processo saúde-doença<sup>22</sup>, para os indígenas, essa imposição pode ocasionar problemas ainda maiores, dada a discrepância nosológica, conceitual e paradigmática desses sistemas interpretativos.

### Eixo II - As subjetividades e as cosmovisões de saúde no cuidado mult cultural:

A partir da constatação do esgotamento do modelo biomédico, paralelamente à superação paradigmática da superioridade epistemológica ocidental, inicia-se um processo de abertura a uma concepção ampliada de saúde nas ciências modernas, que passa a devolver o foco do cuidado à figura paciente, e não mais à doença, de modo que o fenômeno do adoecimento passa a ser visto como um aspecto altamente subjetivo e condicionado por inúmeros fatores biopsicossociais, o que alimenta a discussão cada vez mais enfática, da im-

portância de se garantir a humanização e um cuidado centrado no paciente<sup>21,20</sup>.

Assim, se constata que apenas intervir nas causas fisiológicas do adoecimento, em uma ação patologizante e medicalizadora não é o suficiente, de modo que a assistência à saúde efetiva e humanizada só pode ser feita a partir de uma intervenção adaptada às necessidades e às singularidades do paciente<sup>21,22</sup>. No entanto, enquanto no contexto de uma sociedade uniétnica essa sensibilidade constitui uma necessidade, ao se tratar de um âmbito multicultural, como é a assistência à saúde indígena, essa exigência se amplia totalmente.

Diante disso, evidencia-se nas representações indígenas uma compreensão divergente da ocidental em torno do processo saúde-doença, de modo que, a partir da constatação dos aspectos biopsicossociais desse fenômeno, não é possível que o sistema de saúde ofereça um cuidado integral sem que este esteja sensível às diferentes visões de mundo, adaptando-se às concepções multiculturais de saúde<sup>4</sup>.

Analisar os desafios que implicam a prática do cuidado humanizado demanda a compreensão do contexto tempestivo que o encontro terapêutico intercultural pode figurar, isso porque a própria visão de corpo e do processo saúde-doença entre as culturas é discrepante, de modo que para a sociedade ocidental, enquanto o corpo é visto como um sistema anátomo-fisiológico material e individualizado, na cosmovisão indígena este passa a ser compreendido como um elemento multifacetado e culturalmente constituído, capaz de sofrer implicações e descompassos oriundos do convívio social, espiritual e ambiental<sup>23</sup>.

Exemplo disso é a noção de corpo adotada pelos povos Kaiowá, que conforme descreve Cadogan (1962)<sup>24</sup>, é tida a partir de uma construção por dois tipos de alma, uma corporal e outra espiritual, que se acompanham do tupichúa, um espírito animal que se assenta no ombro do indivíduo e que juntamente aos demais elementos, condiciona aspectos corporais como a afeição alimentar e o desejo sexual<sup>25</sup>.

Evidencia-se nas representações indígenas acerca do “corpo” e das concepções de

“saúde” e “bem-estar”, considerações holísticas, a partir de uma interligação de diferentes domínios da natureza, que alinham processo fisiológicos, como a alimentação, a aspectos socioculturais, ambientais, físicos e espirituais, constituindo algo como uma vitalidade sistêmica, semelhante a uma concepção ocidental de saúde biopsi-cossocial<sup>23,26</sup>.

Um panorama que se assemelha às compreensões dos Wajãpi, onde a “doença” se origina de um processo de agressão espiritual prévia<sup>9</sup> ou dos Wari', que interpretam as ameaças ao *hwara opá* (o equivalente ao termo ocidental de “saúde”) como fenômenos espirituais ou extra-corpóreos<sup>26</sup>.

Assim, diante da apreensão das diferenças na concepção ocidental e indígena a respeito do fenômeno saúde-doença, observa-se também que as compreensões do significado de cuidado também são dissonantes, de modo que as noções de “cura” assumem formas distintas, das sociedades indígenas, que não apresentam um alinhamento à intervenção nas condições individuais ou corporais de saúde, e sim na promoção de um equilíbrio espiritual, social, ambiental e cósmico, a ser efetivada a partir de uma atuação multifatorial, envolvendo aspectos como a alimentação, as relações sociais e as intervenções espirituais<sup>25</sup>.

### Eixo III - A necessidade de um cuidado intercultural:

Conforme observam Pontes, Garnelo e Rego (2014)<sup>27</sup>, na realidade brasileira de Estado uniétnico que governa uma sociedade multiétnica e multicultural, observa-se a necessidade de superação da relação colonizador-colonizado. Dessa forma, ressalta-se como elemento essencial ao processo de diálogo clínico, estabelecido no cuidado intercultural, a articulação entre as práticas, a partir de condições de simetria e igualdade, promovendo-se um processo de negociação terapêutica.

Essa visão faz-se necessária sobretudo em razão do hibridismo cultural adotado pelos grupos indígenas, que ao experimentarem a vivência da interculturalidade, adotam um uso complementar não con-

flituoso da atenção biomédica ocidental, que é somada à tradicional<sup>7,9</sup>, constituindo uma prática de coexistência que não se confunde com a aculturação.

Exemplo disso são os povos Siona e Wajãpi, que reconhecem, nas palavras de Silveira (2022)<sup>9</sup>, a eficácia pragmática da abordagem biomédica no tratamento dos sintomas e efeitos de determinadas doenças, sobretudo as chamadas “doenças de branco”, relatadas por Gallois (1991)<sup>28</sup>, de modo que em meio a esse hibridismo cultural, os sentidos e as escolhas terapêuticas passam por um processo conduzido a partir da subjetividade e do diálogo.

Sendo assim, um cuidado culturalmente sensível deve estar alinhado à negociação intercultural, que ao contrário de um processo de aculturação, está aberto, a partir do respeito, a um entendimento mútuo dos valores, crenças e visões dos atores envolvidos, em um processo horizontal que deve ser orientado sobretudo por um alinhamento às necessidades e representações dos pacientes<sup>29</sup>, tendo em vista que “nem sempre as mudanças que julgamos necessárias e imprescindíveis para a melhoria das condições de vida de nossos clientes coincidem com os desejos e com a visão de mundo dessas pessoas” (Sabóia, 2003, p. 120)<sup>30</sup>.

Uma demanda que por sua vez é apontada por Leininger (2006)<sup>31</sup>, que identifica na Teoria da Enfermagem Transcultural a possibilidade de propiciar, nos seus modos de ação, uma acomodação cultural do cuidado, a partir do respeito às diferentes expectativas assumidas pelos pacientes em contextos multiétnicos, de modo que se adequa o plano de cuidados às demandas culturais desses indivíduos, reduzindo-se desfechos negativos em saúde, eventos adversos e problemas na adesão terapêutica<sup>29</sup>.

### Eixo IV - Instrumentalizando um cuidado culturalmente adequado através do diálogo:

Conforme conceituam Brooks, Manias e Bloomer (2019)<sup>29</sup>, a adequação cultural do cuidado tem como elemento fundante a comunicação, para tanto, os autores esquamizam a necessidade do profissional

possibilitar uma aproximação linguística, desenvolver um relacionamento de confiança, priorizar as considerações culturais no cuidado e promover a participação dos pacientes e da família no planejamento terapêutico e na tomada de decisão como atributos fundamentais desse processo.

Diante de um contexto multicultural, as barreiras clínicas, fortalecidas a partir da não “aceitação, apreciação, exploração ou compreensão” das diferenças socioculturais pelo profissional, figuram como elementos capazes de impedir um cuidado culturalmente adequado<sup>32</sup>. Assim, Pontes, Garnelo e Rego (2014)<sup>27</sup>, em um estudo conduzido com membros da etnia Baniwa, exemplificam elementos que traduzem tais barreiras clínicas no contexto da saúde indígena, geradas sobretudo devido a não-compreensão<sup>32</sup> das particularidades culturais, gerando impactos negativos, como descrito pelos autores:

“a mistura de pessoas de diferentes etnias, entendida como uma situação de risco à saúde; a desconsideração das dietas e restrições alimentares tradicionais das famílias enfermas; e a proibição de especialistas, conhecedores de plantas, pajés e benzedores realizarem seus tratamentos nos espaços dos serviços públicos, além do não reconhecimento das doenças tradicionais” (Pontes, Garnelo e Rego, 2014, p. 341)<sup>27</sup>.

Dessa forma, em consonância com Leininger (2006)<sup>31</sup>, defende-se a importância de um processo comunicativo eficaz como meio precípuo da efetivação de um cuidado culturalmente adequado e humanizado à saúde indígena<sup>5</sup>. Dessa maneira, assim como o ato humano da troca, que assume nos estudos antropológicos um lugar de destaque em razão de sua função simbólica<sup>33</sup>, a negociação de conhecimentos em um movimento de relação intercultural no cuidado possui uma importância fundamental<sup>34</sup>.

Portanto, somente a partir de um processo que rompa a verticalização e a imposição de saberes no ambiente clínico é

possível se efetivar um cuidado multicultural humanizando, horizontalizando-se e consequentemente permitindo-se as contribuições dos diferentes atores no contexto clínico.

O que ensina a importância do profissional de saúde se revestir de uma intencionalidade genuína no cuidado, a partir de uma escuta ativa e das compreensões das visões e dos saberes dos pacientes indígenas<sup>35, 36, 37</sup>, para que a partir de uma leitura de mundo das representações desses indivíduos seja possível se efetivar um processo de negociação clínica, sempre com vistas à promoção da saúde, a partir de um hibridismo entre as considerações profissionais e do paciente, em um movimento dialógico.

E assim, conforme apontam Lopes e Sathler (2022)<sup>7</sup>, se efetivar um processo de transversalidade entre os saberes, de modo

que esses se entrecortem e entremetam em um processo democrático de cuidado intercultural, onde o profissional de saúde seja capaz de compreender as subjetividades e promover uma adaptação na assistência, observando aspectos das necessidades individuais que condicionam a integralidade do cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Como parte da herança colonial, a assistência à saúde indígena através do SUS ainda enfrenta desafios em sua eficácia e humanização, sobretudo em razão da permanência das representações etnocêntricas do modelo biomédico e da subrogação epistemológica ocidental, que outorga à cosmovisão indígena em saúde à ineficácia e à irracionalidade. Assim, somado aos impactos que constituíram o trauma

colonial, esse fenômeno impacta no reconhecimento e na consideração dos saberes e modos de vida das sociedades indígenas no cuidado.

Diante disso, identifica-se no diálogo intercultural uma possibilidade de promoção da transversalidade de saberes nos contextos de cuidado multicultural, sobretudo o indígena, permitindo ao profissional reconhecer e compreender as necessidades culturais de saúde, promovendo-se, por meio de um processo de escuta e negociação, uma prática de cuidado culturalmente adequado e consequentemente humanizado.

Sendo assim, observa-se a necessidade de romper com a hegemonia colonial de etnocentrismo e subrogação nas práticas de cuidado, a fim de se garantir o acesso integral, efetivo e sobretudo humano das sociedades indígenas ao SUS.

## REFERÊNCIAS

1. Sartori D, Leivas PGC. O direito à saúde dos povos indígenas e o paradigma do reconhecimento. *Rev Direito Prax.* 2017;8(1):86–117. DOI: <https://doi.org/10.12957/dep.2017.22581>
2. Ribeiro D. Os índios e a civilização. Global Editora e Distribuidora Ltda; 2017
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: indígenas: primeiros resultados do universo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2023
4. Freitas FP de P, Luna WF, Bastos LO de A, Ávila BT. Experiências de médicos brasileiros em seus primeiros meses na Atenção Primária à Saúde na Terra Indígena Yanomami. *Interface (Botucatu).* 2021;25:e200212. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200212>
5. Meira JC, Fernandes AKSiW. Saúde indígena no Brasil no século XXI e a Psicologia indígena. *Amazônica-Revista de Psicopedagogia, Psicologia escolar e Educação.* 2025;18(1):1569–1586
6. Kayser HE. Os direitos dos povos indígenas do Brasil: desenvolvimento histórico e estágio atual. SA Fabris; 2010
7. Lopes DC, Sathler CN. O papel da(o) psicóloga(o) na saúde indígena. *Psicologia: Ciência e Profissão.* 2022;42:e240841. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003e240841>
8. Abrunhosa MA, Machado FR de S, Pontes AL de M. Da participação ao controle social: reflexões a partir das conferências de saúde indígena. *Saúde Soc.* 2020;29(3):e200584. DOI: <https://doi.org/10.1590/S010412902020200584>
9. Silveira NH. Considerações sobre saúde indígena no Brasil a partir de alguns estudos antropológicos fundadores. *Bol Mus Para Emílio Goeldi Ciênc Hum.* 2022;17(1):e20210003. DOI: <https://doi.org/10.1590/2178-2547-BGOELDI-2021-0003>
10. Buchillet D. Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa.* Rio de Janeiro: Contracapa/ABA; 2004
11. Meneghetti FK. O que é um ensaio teórico? *Revista de Administração Contemporânea.* 2011;15(2):320–322. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-65552011000200010>

12. Adorno TW. Notas de literatura. Rio de Janeiro: Editora 34; 2003
13. Teixeira DZ, et al. O encontro presencial na atenção à saúde indígena: uma perspectiva em Lévinas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018;71:2848–2853. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0389>
14. Mauss M. *Essai sur le don: forma e razão da mudança nas sociedades arcaicas*. Pufe; 2023
15. Malinowski B. *Os argonautas do pacífico ocidental*. São Paulo: Abril (Coleção Os Pensadores); 1976
16. Lévi-Strauss C. *Tristes tropics*. Pinguim Reino Unido; 2011
17. Lévi-Strauss C. *Raça e história*. Paris: UNESCO; 1952
18. Lévi-Strauss C. *Pensamento Selvagem (o)*. Editora Papyrus; 1990
19. Geertz CA. *A interpretação das culturas* (Wrober, F., Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Zahar; 1978
20. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*. 2002;11(1):67–84. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>
21. Capra F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix; 1982
22. Pereira PA. A biomedicina como sistema cultural. *Antropologia Experimental*. 2019;(19). DOI: <https://doi.org/10.17561/rae.v19.10>
23. Coimbra JR, Santos RV, Cardoso AM. Processo saúde–doença. In: Barros DC, Silva DO, Gugelmin SÂ, organizadores. *Vigilância alimentar e nutricional para a saúde indígena*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007:47–74. DOI: [10.7476/9788575415870.004](https://doi.org/10.7476/9788575415870.004)
24. Cadogan L. Aporte à etnografia do guarani de Amambai, Alto Japão. *Revista de Antropologia*. 1962;10(1-2)
25. Garnelo L. Política de saúde indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: Garnelo L, Pontes AL, organizadores. *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI; 2012:18–59
26. Santos RV, Coimbra Jr. *Saúde e povos indígenas*. Editora Fiocruz; 1994
- Pontes ALM, Garnelo L, Rego S. Reflexões sobre questões morais na relação de indígenas com os serviços de saúde. *Revista Bioética*. 2014;22:337–346. DOI : <https://doi.org/10.1590/1983-80422014222015>
27. Gallois DT. A categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena? In: Buchillet D, organizadores. *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP; 1991:175–205
28. Brooks L, Manias E, Bloomer M. Comunicação culturalmente sensível em saúde: uma análise conceitual. *Collegian*. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/J.COLEGN.2018.09.007>
29. Sabóia VM. *Educação em saúde: a arte de talhar pedras*. Niterói: Intertexto; 2003
30. Leininger MM. *Diversidade e universalidade do cuidado cultural: uma teoria mundial de enfermagem*. Jones & Bartlett Learning; 2006
31. Betancourt JR, Green AR, Carollo JE, Ananeh-Firempong O. Definindo competência cultural: uma estrutura prática para abordar disparidades raciais/étnicas em saúde e assistência médica. *Public Health Rep*. 2003;118:293–302
32. Lévi-Strauss C. *As estruturas elementares da família*. Walter de Gruyter; 2009
33. Jabur SM, Silveira FA. Linguagem como abertura ao diálogo entre cuidado em saúde e educação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2015;39(4):565–73. DOI : <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e00802014>
34. Luft HM, Mota DS, Silva CS. Paulo Freire e o diálogo: interfaces entre a saúde pública e a educação escolar. *Rev Contexto Educ*. 2022;37(117):9–23. DOI : <https://doi.org/10.21527/2179-1309.2022.117.12882>
35. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática pedagógica*. 3.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1997
36. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987