

Diferenças, tensões e articulações entre os conhecimentos indígenas em saúde e o modelo biomédico na formação universitária

Thalyta Juliana da Silva Gomes¹
Universidade Federal do Amazonas

Socorro de Fátima Moraes Nina²
Universidade do Estado do Amazonas

Marcelo Calegare³
Universidade Federal do Amazonas

Resumo: O artigo analisa as percepções de mulheres indígenas universitárias sobre as diferenças, tensões e possibilidades de articulação entre os conhecimentos indígenas em saúde e o modelo biomédico na formação universitária. A pesquisa é descritiva e qualitativa por entrevista semiestruturada com seis mulheres indígenas com idades entre 20 e 29 anos. Analisamos os dados a partir da Análise Temática de Braun e Clarke, ancorada em uma perspectiva decolonial. Os resultados indicam que, apesar das diferenças entre os conhecimentos indígenas em saúde e o modelo biomédico, ambos são sistemas legítimos, capazes de contribuir para o cuidado e tratamento de doenças. Contudo, apesar da riqueza dos conhecimentos indígenas, a formação universitária ainda permanece marcada pela centralidade do modelo biomédico. Ainda assim, as estudantes desenvolvem habilidades para articular ambos os conhecimentos. Concluímos que a universidade deve promover uma formação inclusiva, intercultural e decolonial, fortalecendo o diálogo horizontal entre a pluralidade de conhecimentos em saúde.

Palavras-chave: conhecimentos indígenas em saúde; modelo biomédico; mulheres indígenas; formação universitária; articulação de saberes.

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM).

² Doutora em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Amazonas (UEA).

³ Doutor em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP). Professor Adjunto da Faculdade de Psicologia (FAPSI) e permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

Differences, tensions, and connections between indigenous health knowledge and the biomedical model in university education

Abstract: The article analyzes the perceptions of indigenous female university students regarding the differences, tensions, and possibilities for articulation between indigenous health knowledge and the biomedical model in university education. The research is descriptive and qualitative, based on semi-structured interviews with six indigenous women aged between 20 and 29 years. We analyzed the data using Braun and Clarke's Thematic Analysis, anchored in a decolonial perspective. The results indicate that, despite the differences between indigenous health knowledge and the biomedical model, both are legitimate systems capable of contributing to the care and treatment of diseases. However, despite the richness of indigenous knowledge, university education still remains marked by the centrality of the biomedical model. Even so, students develop skills to articulate both types of knowledge. We conclude that universities should promote inclusive, intercultural, and decolonial education, strengthening horizontal dialogue between the plurality of health knowledge.

Keywords: indigenous knowledge in health; biomedical model; indigenous women; university education; articulation of knowledge.

Diferencias, tensiones y articulaciones entre los conocimientos indígenas en salud y el modelo biomédico en la formación universitaria

Resumen: El artículo analiza las percepciones de las mujeres indígenas universitarias sobre las diferencias, tensiones y posibilidades de articulación entre los conocimientos indígenas en salud y el modelo biomédico en la formación universitaria. La investigación es descriptiva y cualitativa, basada en entrevistas semiestructuradas con seis mujeres indígenas de entre 20 y 29 años. Analizamos los datos a partir del análisis temático de Braun y Clarke, basado en una perspectiva descolonial. Los resultados indican que, a pesar de las diferencias entre los conocimientos indígenas sobre salud y el modelo biomédico, ambos son sistemas legítimos, capaces de contribuir al cuidado y tratamiento de enfermedades. Sin embargo, a pesar de la riqueza de los conocimientos indígenas, la formación universitaria sigue estando marcada por la centralidad del modelo biomédico. Aun así, las estudiantes desarrollan habilidades para articular ambos conocimientos. Concluimos que la universidad debe promover una formación inclusiva, intercultural y descolonial, fortaleciendo el diálogo horizontal entre la pluralidad de conocimientos en salud.

Palabras clave: conocimiento indígena en salud; modelo biomédico; mujeres indígenas; formación universitaria; articulación de saberes.

A universidade constitui um espaço de encontro entre diversos grupos sociais, incluindo os povos indígenas, que possuem diferentes culturas, histórias, vivências e saberes. Segundo Luna, Paladino e Cyrino (2025), o campo da saúde é uma das áreas de maior interesse entre jovens e adultos indígenas. Esse interesse faz parte de um projeto político mais amplo, no qual o ingresso de indígenas nas universidades configura-se como uma ferramenta estratégica de luta e fortalecimento desses povos. Como enfatizaram Ayres, Brando e Ayres (2023), a presença indígena no ensino superior representa um movimento de resistência, entendido como um processo de retomada de território. Essa presença é resultado de lutas individuais e coletivas por uma educação superior pautada na equidade e na qualidade, que valorize e promova a articulação entre os diversos saberes existentes (GOMES e NINA, 2024).

Dentre os estudantes indígenas, destacamos nesta pesquisa as mulheres, por compreendermos que seu ingresso na universidade configura um movimento de afirmação e reivindicação pelo reconhecimento de seus saberes, de suas cosmologias e de suas formas próprias de compreender a saúde. Como apontaram Molina e Ribeiro (2022), para as mulheres indígenas, estar na universidade constituiu um passo importante na luta pela igualdade de direitos entre homens e mulheres indígenas. Ao ingressarem na universidade, buscam espaços que possibilitem o compartilhamento de seus saberes, valores e modos de vida, visando reconhecimento e respeito (ROMANI *et al.*, 2025).

As mulheres indígenas ocupam uma posição importante na preservação e transmissão dos conhecimentos ancestrais de seus povos. Como destacou Kambeba (2020), elas são reconhecidas como guardiãs e educadoras desses conhecimentos. Entre a diversidade de conhecimentos que possuem, destacam-se: os conhecimentos específicos sobre gestação, fertilidade e saúde feminina das mulheres do Alto Rio Negro (AZEVEDO, 2009); a diversidade de saberes relacionados à gestação, parto e puerpério das mulheres Karipuna e Galibi-Marworno (TASSINARI, 2021); os saberes e práticas de autoatenção à menstruação, adquiridos por meio de experiências coletivas das mulheres Munduruku (DIAS-SCOPEL e SCOPEL, 2019); e os conhecimentos sobre o uso de plantas medicinais e suas propriedades curativas das mulheres Xipaya e Kuruaya (XIPAIA, PARENTE e BARROS, 2022). Essa diversidade de conhecimentos evidencia que os saberes e práticas de cuidado em saúde indígenas são plurais, diversos e diferentes, pois dependem da cosmologia, dos mitos e das tradições de cada povo (SCHWEICKARDT, FREITAS e AHMADPOUR, 2020).

Entretanto, apesar da riqueza dos conhecimentos em saúde das mulheres indígenas, esses conhecimentos não são reconhecidos nem valorizados na universidade, onde predomina uma formação fortemente orientada pelo modelo biomédico. Esse modelo entende a saúde e a doença segundo a racionalidade cartesiana pautada no método empírico, linguagem matemática e neutralidade científica, baseando-se numa perspectiva mecanicista do corpo humano dividido pelas especialidades médicas a partir da fisiologia, anatomia e dos agentes patógenos

(CALEGARE *et al.*, 2025). Como apontaram Registro, Pinheiro Elias e Romanin Seti (2025), o modelo biomédico exerce influência dominante que frequentemente desvaloriza outros modos de compreender e atuar na saúde, marcado por um regime disciplinar que deslegitima a autonomia da sociedade, colocando-a em uma posição passiva, incapaz e ilegítima diante de seus próprios processos de saúde e doença.

Por outro lado, os conhecimentos indígenas em saúde são sistemas de saberes e práticas voltados ao cuidado, tratamento e cura de doenças, a partir de uma concepção de saúde integral. Como destacou Barreto (2018), trata-se de um modelo de conhecimento que considera que a doença e a saúde não se restringem ao aspecto biológico, mas envolvem aspectos cosmopolíticos que ampliam a noção de saúde para além do corpo físico. A partir disso, compreendemos que os conhecimentos indígenas em saúde se diferenciam do modelo biomédico, tanto em seus fundamentos epistemológicos quanto em suas práticas. Enquanto o modelo biomédico se baseia em uma racionalidade centrada nos aspectos biológicos e fisiológicos do corpo, os conhecimentos indígenas em saúde se fundamentam em uma concepção integral da saúde, que considera aspectos físicos, emocionais, espirituais e territoriais.

Essas diferenças ontológicas geram tensões na formação universitária, onde o modelo biomédico predomina como referencial legítimo e universal, enquanto os conhecimentos indígenas são frequentemente invisibilizados, desvalorizados e subalternizados. Embora o ensino superior busque incorporar a interculturalidade, os cursos da área da saúde ainda permanecem centrados em currículos biologicistas, curativistas e hospitalocêntricos (NASCIMENTO, HATTORI e TERÇAS-TRETTEL, 2020), refletindo heranças do colonialismo epistêmico ocidental (MIRANDA, 2024) e de estruturas econômicas que mantêm certos saberes como centrais, enquanto outros permanecem subalternizados.

Diante desse contexto, a compreensão das percepções das mulheres indígenas sobre as diferenças, tensões e possibilidade de articulação entre os conhecimentos indígenas em saúde e o modelo biomédico na formação universitária ainda é insuficientemente discutida, evidenciando a necessidade de pesquisas que abordem essa temática. Investigar como esses saberes se diferenciam, entram em tensão e podem se articular nos cursos da área da saúde é fundamental para repensar a formação universitária, questionando a centralidade do paradigma biomédico com o intuito de promover iniciativas que reconheçam a pluralidade de saberes existentes. Feitas essas considerações, o objetivo deste artigo é analisar as percepções de mulheres indígenas universitárias sobre as diferenças, tensões e possibilidades de articulação entre os conhecimentos indígenas em saúde e o modelo biomédico na formação universitária.

Percurso metodológico

Como proposta metodológica, adotamos uma abordagem qualitativa de caráter descritivo, por tratar dos significados, valores, crenças, motivações e atitudes presentes na realidade social das pessoas, os quais correspondem a um nível mais profundo das relações, processos e fenômenos, buscando conhecer a maneira como as pessoas se relacionam com seu mundo cotidiano (BAUER e GASKELL, 2008; MINAYO, 2014). Utilizamos como instrumentos para a coleta de dados a entrevista semiestruturada, tendo sido escolhida por sua flexibilidade, pois proporciona maior abertura ao diálogo com as participantes. Esse instrumento se

caracteriza por um roteiro preestabelecido com um número reduzido de perguntas abertas, permitindo que as entrevistadas se expressem livremente e possibilitando a realização de perguntas complementares para a compreensão do fenômeno estudado (OLIVEIRA, GUIMARÃES e FERREIRA, 2023).

As entrevistas foram realizadas entre 31 de outubro de 2023 e 29 de fevereiro de 2024, com duração média de 1 hora e 30 minutos cada. Para a seleção das participantes, utilizamos a técnica de amostragem *snowball* (bola de neve), uma forma de amostragem não probabilística indicada para pesquisas com grupos pequenos, que ocorre por meio de redes de referências e indicações (VINUTO, 2014). Participaram da pesquisa seis mulheres indígenas universitárias, matriculadas em cursos da área de saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA). A definição do número de participantes fundamentou-se no critério de saturação dos dados. Conforme explicou Minayo (2017), na pesquisa qualitativa o número de participantes não é previamente estabelecido por cálculo estatístico, mas orientado pelo momento em que as informações passam a apresentar recorrência e deixam de acrescentar novos elementos analíticos relevantes. Assim, ao observarmos que os conteúdos passaram a reiterar sentidos já identificados, sem o acréscimo de novos elementos, o material das seis entrevistas demonstrou-se suficiente para os objetivos da pesquisa. Trata-se, portanto, de um recorte situado, sem a pretensão de generalizações estatísticas, mas voltado à compreensão das percepções dessas estudantes no contexto de formação universitária.

No que se refere aos procedimentos éticos adotados na pesquisa, para preservar suas identidades, as participantes são apresentadas por nomes de rios que atravessam suas comunidades de origem, escolhidos por sugestão delas próprias ao refletirem sobre sua ligação com seus territórios. Elas apresentam perfis diversificados em termos de naturalidade, povo a que pertencem e curso: Rio Abacaxis, natural de Nova Olinda do Norte, 20 anos, povo Maraguá, cursando medicina; Rio Madeira, natural de Itacoatiara, 20 anos, povo Baré, cursando Odontologia; Rio Negro I, natural de São Gabriel da Cachoeira, 29 anos, povo Baré, cursando Enfermagem; Rio Negro II, natural de Barcelos, 20 anos, povo Baré, cursando Odontologia; Rio Solimões, natural de Tefé, 21 anos, povo Kokama, cursando Enfermagem; e Rio Uaupés, natural de São Gabriel da Cachoeira, 20 anos, povo Tukano, cursando Odontologia.

Para a análise dos dados, utilizamos a Análise Temática proposta por Braun e Clarke (2006), por possibilitar de forma flexível a identificação, análise e interpretação das vivências acadêmicas compartilhadas pelas mulheres indígenas no cotidiano universitário. A análise foi conduzida a partir de um movimento constante de ir e vir no conteúdo das entrevistas, seguindo as seis fases propostas pelas autoras: (1) familiarização com os dados; (2) geração de códigos iniciais; (3) busca por temas; (4) revisão de temas; (5) definição e nomeação de temas; (6) produção do relatório.

Na fase de familiarização com os dados, realizamos a transcrição e revisão das entrevistas, com leituras repetidas para identificar significados e padrões nas falas das estudantes. Em seguida, na geração de códigos iniciais, agrupamos falas com significados semelhantes, resultando em uma extensa lista com diferentes grupos de falas. Na fase de busca por temas, classificamos esses grupos de falas em temas em potencial. Posteriormente, na fase de revisão de temas, realizamos um refinamento em dois níveis: primeiro, verificamos a coerência interna de cada grupo de falas; depois, realizamos um processo similar, porém comparando o conteúdo das entrevistas na totalidade. Na fase de definição e nomeação de te-

mas, elaboramos um mapa temático com os temas que foram definidos e refinados. Por fim, na fase de produção do relatório, realizamos a análise e a escrita final da história contada a partir dos relatos das estudantes indígenas.

É importante ressaltar que partimos do lugar de pesquisadoras(es) não indígenas amazônidas, o que implica que a análise desenvolvida está situada a partir dessa posição. Considerando esse contexto, adotamos um exercício constante de reflexividade, com o intuito de evitar interpretações que reproduzissem a lógica colonial de deslegitimação, invisibilização e subalternização de outros modos de compreender e cuidar da saúde. Ressaltamos ainda que este estudo faz parte dos resultados de uma pesquisa de mestrado aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM), sob o parecer n.º 70179823.7.0000.5020. A pesquisa seguiu as orientações das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como a Carta Circular n.º 1/2021-CONEP/SECNS/MS.

A análise revelou três temas centrais e três subtemas: (I) diferenças entre os conhecimentos indígenas em saúde e o modelo biomédico na formação universitária (especialistas que realizam o parto: parteira e ginecologista obstetra; especialistas no tratamento e cura de doenças: benzedor e médico; práticas de tratamento de doenças: uso de plantas medicinais e medicamentos farmacológicos); (II) a hegemonia do modelo biomédico e a desvalorização dos conhecimentos indígenas em saúde; (III) articulação de saberes: quando os conhecimentos indígenas em saúde e o modelo biomédico se encontram na universidade.

Diferenças entre conhecimentos indígenas em saúde e o modelo biomédico na formação universitária

Esse tema aborda as percepções das estudantes acerca das diferenças entre os conhecimentos indígenas em saúde, aprendidos em seus contextos comunitários, e aqueles vinculados ao modelo biomédico, ensinados na universidade. Neste eixo temático, discutem-se especificamente: os especialistas que realizam o parto — parteira e ginecologista obstetra; os especialistas no tratamento e cura de doenças — benzedor e médico; e as práticas de tratamento de doenças — uso de plantas medicinais e medicamentos farmacológicos —, por serem essas as categorias que emergiram das narrativas das estudantes.

Especialistas que realizam o parto: parteira e ginecologista obstetra

Os (as) especialistas que realizam o parto são responsáveis por conduzir o nascimento de uma criança, assegurando o bem-estar da gestante e do recém-nascido. No contexto das comunidades indígenas, essa função varia conforme o povo, os saberes que possuem e o contexto em que o parto ocorre. Conforme relata a estudante de Medicina Rio Abacaxis, do povo Maragüá, em sua comunidade essa função é desempenhada por parteiras da própria comunidade:

Lá na comunidade, o parto é diferente. Lá é a parteira que faz, as mais velhas da aldeia que fazem o parto. Elas sabem o tempo certo. Elas sabem o que fazer (...) elas sabem como fazer (...) elas entendem do parto (...) como eu posso dizer (...) elas têm o dom de partejar alguém. E sempre dá certo, invocado. E aqui é o médico, é o G.O. que faz o parto, né (...) e é diferente. (Rio Abacaxis)

O relato da estudante Rio Abacaxis evidencia que diferentes contextos culturais e formativos apresentam referências próprias sobre quem realiza o parto e sobre como ele ocorre. Ao compartilhar sua experiência, a estudante compara o parto em sua comunidade com aquele ensinado na universidade, revelando não somente diferenças entre os especialistas que o conduzem, mas também dos conhecimentos que eles possuem. Para o povo Maraguá, as mulheres mais velhas são quem conduzem o parto, reconhecidas como parteiras não por certificações formais, mas por critérios comunitários ligados à experiência, à transmissão intergeracional e à dimensão relacional do cuidado. Ao afirmar que essas mulheres possuem um “dom”, a estudante destaca que elas detêm saberes e habilidades específicas, construídas e legitimadas na própria comunidade. Nesse contexto, o parto segue o ritmo do corpo da mulher, integrando as dimensões físicas, simbólicas e espirituais, evidenciando uma concepção de cuidado que vai além do corpo físico. Assim, o parto configura-se como um evento coletivo, ancestral e cultural, e não apenas biológico, em contraste com o que é ensinado nos cursos de formação universitária.

Esse contraste também se evidencia no modo como os modelos de assistência ao parto se desenvolveram no Brasil. De acordo com Brasil et al. (2018), a assistência ao parto e ao nascimento no país não ocorre de maneira homogênea. As autoras destacaram que, embora a maioria dos partos seja atualmente realizada em ambiente hospitalar, o parto domiciliar com a presença de parteiras tradicionais ainda acontece, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, especialmente em áreas rurais, ribeirinhas, florestais e de difícil acesso, bem como entre as populações quilombolas e indígenas.

Nesse contexto, as parteiras sempre desempenharam um papel central nas comunidades indígenas, sendo responsáveis tanto pela realização dos partos quanto pelos cuidados gerais com a saúde (GUSMAN, RODRIGUES e VILLELA, 2019). Entretanto, conforme apontaram Silva *et al.* (2019), a partir do século XX, as práticas de parto e nascimento passaram por profundas transformações no Brasil. O parto, antes realizado em domicílio sob os cuidados das parteiras, foi progressivamente transferido para o ambiente hospitalar, sob a responsabilidade de médicos obstetras. Como consequência, o parto domiciliar passou a ser considerado uma atividade de risco, enquanto os partos cesarianos tornaram-se cada vez mais frequentes na rotina obstétrica (COSTA, PIMENTEL e SCHWEICKARDT, 2023).

Assim, o parto passou a ocorrer de forma institucionalizada e orientado por intervenções médicas que desconsideravam o curso natural do corpo e a experiência subjetiva da mulher em trabalho de parto. Em outras palavras, a institucionalização do parto favoreceu sua medicalização, submetendo-o a uma lógica de controle técnico. No entanto, o uso inadequado de intervenções e práticas médicas, aliado ao aumento das taxas de mortalidade materna, levou ao surgimento de movimentos sociais que passaram a questionar as formas de assistência propostas pelo modelo biomédico (ALVES *et al.*, 2022).

Diante desse cenário, intensificaram-se as discussões sobre o parto e surgiram propostas voltadas à sua humanização, conforme as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2014). Assim, entendemos por humanização do parto o reconhecimento das mulheres enquanto protagonistas, garantindo-lhes o direito à informação, ao acolhimento e à tomada de decisões sobre seu próprio corpo e o processo de parto. Contudo, como destacaram Buffon e Martins (2023), a efetividade desse processo enfrenta impasses, uma vez que o modelo tecnográfico vigente, aliado à medicalização da assistência ao trabalho de

parto, mantém o corpo materno sob o domínio dos profissionais, retirando das mulheres a autonomia sobre suas escolhas.

A partir disso, entendemos que, diferentemente do parto institucionalizado e medicalizado, o parto realizado pelas parteiras nas comunidades envolve modos próprios de compreender o corpo da mulher, as concepções de saúde, o parto enquanto um evento social e o protagonismo dessa mulher em trabalho de parto. Essa diferenciação não implica hierarquização entre os conhecimentos indígenas e biomédicos, mas evidencia a existência de outras maneiras legítimas de compreender e conduzir o processo de gestação e parto. Nesse sentido, apesar de modos próprios de compreender o parto e o nascimento, tanto as parteiras quanto as ginecologistas obstétricas devem ser reconhecidas nos espaços de formação universitária, cada qual a partir de seus referenciais epistemológicos e práticas específicas.

Especialistas no tratamento e cura de doenças: benzedor e médico

Os especialistas no tratamento e cura de doenças são aqueles que detêm conhecimentos específicos acerca dos processos de adoecimento e das formas de restabelecimento da saúde. Sua atuação envolve práticas voltadas à prevenção, ao diagnóstico e ao cuidado. O reconhecimento desses especialistas ocorre de acordo com o contexto sociocultural de cada povo. Conforme relata a estudante de Odontologia, Rio Uaupés, do povo Tukano, em sua comunidade quem exerce essa função é o benzedor:

Lá em São Gabriel a gente tem muito a questão do benzimento. Eu vou dar um exemplo. Aqui a pessoa fica doente, vai direto pro hospital, vai direto no médico. Lá não! Lá quando a pessoa fica doente, a gente não vai direto. A gente vai pra um benzedor, pra fazer um benzimento ou benzer algo pra tomar, né. Lá, adoeceu, vai pra um benzedor. (Rio Uaupés)

O relato da estudante Rio Uaupés revela uma concepção de tratamento e cuidado diferente daquela proposta pelo modelo biomédico. Ao adoecerem, as pessoas de sua comunidade recorrem primeiramente ao benzedor, por ser ele o especialista reconhecido e legitimado naquele contexto sociocultural. Isso não implica a negação do médico ou de seus conhecimentos, mas indica que o benzimento representa uma prática de referência de cuidado, enraizada na ancestralidade e na cosmologia desse povo. Enquanto na formação universitária ensina-se que o tratamento e a cura das doenças devem ser conduzidos por um especialista médico, na comunidade da estudante aprende-se que o primeiro cuidado deve ser ancestral, realizado por um benzedor indígena.

Essa lógica de cuidado dialoga com formas semelhantes identificadas em comunidades rurais, ribeirinhas e indígenas da Amazônia, onde a busca por tratamento e cura das doenças não se restringe à racionalidade biomédica. Segundo Vale e Calegare (2025), mesmo com acesso à medicina convencional oferecida por hospitais e unidades de pronto atendimento (UPA), é comum que pessoas de áreas urbanas e rurais recorram a tratamentos próprios da região, marcados por formas singulares de cuidado, como o uso do benzimento. Isso nos leva ao entendimento de que a procura por um benzedor não ocorre pela ausência de médicos, mas pelo reconhecimento de sua legitimidade como especialista no tratamento e cura de doenças.

Os benzedores ocupam um lugar de confiança na comunidade, atuando como

agentes de cuidado. Possuem amplos conhecimentos sobre a identificação de doenças e males, bem como sobre as propriedades curativas das plantas medicinais, as quantidades adequadas, as formas de uso e os modos de preparo dos remédios (BRANCO e ANDRADE, 2024). São procurados(as) para tratar uma variedade de problemas, como quebrantos, mau-olhado, panemas, rasgaduras, espinhelas caídas, erisipelas e manifestações de espíritos malignos, entre outros (VAZ FILHO, 2016).

Conforme explicaram Castro e Villacorta (2021), o benzimento é uma prática que faz parte do cotidiano, dos costumes tradicionais e da cultura de muitas pessoas. Está diretamente relacionado aos conhecimentos ancestrais dos especialistas que o conduzem, sendo uma prática que sofre influências de religiões afrodescentistas e cosmologias indígenas. Como pontuaram Pimentel e Silva (2022), embora não esteja vinculado a nenhuma religião específica, é realizado por pessoas que interpretam e experienciam o sagrado de maneira própria, envolvendo seu modo de vida, costumes e tradições. Em outras palavras, o benzimento é uma prática milenar de tratamento e cura de doenças, realizada pelo especialista benzedor, que busca restabelecer o equilíbrio físico, mental e espiritual da pessoa adoecida, articulando conhecimento, cuidado e ancestralidade.

Diante disso, os benzedores devem ser reconhecidos nos espaços de formação universitária como especialistas no tratamento e cura de doenças por serem detentores de conhecimentos específicos acerca dos processos de adoecimento e das formas de restabelecimento da saúde. Diferentemente do especialista médico que atua segundo os princípios do modelo biomédico e concentra sua prática no diagnóstico e tratamento do corpo físico, o benzedor atua a partir de uma concepção integral da saúde. Nesse sentido, embora apresentem práticas e concepções distintas, tanto o benzedor quanto o médico devem ser reconhecidos na formação universitária, evidenciando a pluralidade de saberes e práticas que compõem os sistemas de cuidado em saúde.

Práticas de tratamento de doenças: uso de plantas medicinais e medicamentos farmacológicos

As práticas de tratamento de doenças correspondem ao conjunto de métodos, procedimentos e conhecimentos utilizados para promover a saúde e o bem-estar das pessoas, podendo variar conforme o contexto cultural, social e científico. Conforme relatam a estudante de Enfermagem Rio Negro I, do Povo Baré, e a estudante de Enfermagem Rio Solimões, do Povo Kokama, em suas comunidades é comum o uso de plantas medicinais para o tratamento de doenças:

Minha avó sempre me cuidava com as coisas caseiras que ela sabia fazer (...) com muito chá. Em relação ao meu período menstrual, eu sentia muita dor (...) eu tenho endometriose. E minha avó fazia chá de boldo, chá com folhas (...) fazia chá com umas madeiras também. E eu tomava e melhorava. E aqui a gente aprende que tem que usar os remédios. (Rio Negro I)

Tem uma mulher lá que faz um chá pra inflamação (...) pra coisas do útero pra mulher tomar (...) “garrafada”, que a gente fala e ela faz com galho de castanheira e outras plantas. E a minha mãe toma e funciona. E aqui já falam que tem que tomar só remédio. (Rio Solimões)

Os relatos das estudantes Rio Negro I e Rio Solimões apresentam práticas de tratamento de doenças baseadas em conhecimentos sobre plantas medicinais construídos a partir da vivência cotidiana em suas comunidades. Para além de

apontar diferenças entre as práticas ensinadas na formação universitária e aquelas aprendidas nas comunidades, esses relatos revelam a existência de outras possibilidades de cuidado com a saúde, fundamentadas em saberes que se consolidam pela experiência, pela observação de seus efeitos e pela transmissão intergeracional. Ao relatarem o uso de chás e de garrafadas (preparos medicinais que consistem em misturas de plantas, cascas e raízes armazenadas em garrafas) em suas comunidades, elas demonstram a diversidade de recursos terapêuticos presentes na natureza e sua importância nas práticas de cuidados indígenas.

De acordo com o Ministério da Saúde (s.d), as plantas medicinais contêm substâncias presentes em suas folhas, flores, raízes e cascas, capazes de agir no organismo para tratar ou aliviar doenças, sintomas ou condições de saúde. O uso dessas plantas constitui uma das formas mais antigas de práticas terapêuticas (ROCHA et al., 2021), sendo aplicadas no combate de doenças dos sistemas respiratório, urinário e digestivo (como gripe, diarreias, pedras nos rins, inflamação, hipertensão e câncer de próstata), além de sintomas como febre, dores de cabeça, dores musculares, coriza e cólicas (SOUZA et al., 2025). Essa ampla possibilidade de aplicação torna as plantas medicinais um recurso fundamental nas práticas de cuidado nas comunidades.

Além do uso terapêutico, os relatos das estudantes destacam o papel central das mulheres no preparo, manejo e indicação das plantas medicinais. Esse papel envolve a detenção de conhecimentos específicos acerca das propriedades de cada planta, de suas formas de preparo, das dosagens adequadas e das condições de saúde para as quais são indicadas. Como ressaltaram Soares et al. (2025), as mulheres indígenas constituem a maioria entre os detentores desses conhecimentos, sendo responsáveis por cultivar, utilizar e recomendar o uso das plantas não somente em situações de adoecimento, mas também como prática contínua de prevenção e promoção do bem-estar. A transmissão desses conhecimentos ocorre principalmente no ambiente familiar, por meio da convivência com mães e avós, que ensinam como utilizar as propriedades das plantas medicinais (LIMA e CALLEGARE, 2019). Por isso, o uso de chás e garrafadas para o alívio de cólicas menstruais e inflamações configura-se como uma prática comum entre essas mulheres.

Apesar da efetividade das plantas medicinais para o tratamento e cura de doenças nas comunidades, seu reconhecimento nos espaços de formação universitária ainda é limitado, sendo privilegiada a utilização de medicamentos farmacológicos. Isso é um reflexo das relações de poder que atravessam o campo da saúde, nas quais a produção de medicamentos farmacológicos se vincula a interesses industriais e capitalistas, enquanto os conhecimentos sobre plantas medicinais se organizam a partir de lógicas comunitárias, territoriais e relacionais de cuidado, não orientadas pela lógica mercantil. Em outras palavras, as práticas de tratamento de doenças que não atendem aos interesses econômicos acabam ocupando posições subalternas nos processos de validação científica e formação profissional.

Assim, embora os medicamentos farmacológicos ocupem posição central na formação universitária em razão de estruturas históricas e econômicas que os privilegiam, tanto eles quanto as plantas medicinais se constituem como formas legítimas e eficazes de cuidado e tratamento de doenças.

A hegemonia do modelo biomédico e a desvalorização dos conhecimentos indígenas em saúde

Esse tema discute como o modelo biomédico, historicamente predominante nos cursos de formação universitária, estabelece padrões de ensino que influenciam na desvalorização de outros modelos de cuidado em saúde. A centralidade desse modelo não somente define o que é considerado conhecimento legítimo, mas também sustenta relações de poder e interesses econômicos que estruturam a produção acadêmica e científica.

Conforme discutiram Registro, Pinheiro Elias e Romanin Seti (2025), a história contemporânea evidencia que a hegemonia do modelo biomédico gera tensões com outros modelos de atenção à saúde, por meio de relações de poder que afetam a visibilidade e o reconhecimento de outras maneiras de entender e cuidar da saúde. Essa dinâmica é vivenciada pela estudante Rio Negro I, que questiona a falta de reconhecimento dos conhecimentos indígenas na universidade:

Aqui na universidade só querem explicar o que tem prova na ciência (...) esse aqui é o remédio que tá comprovado que é pra essa doença e pronto. Então, lá o remédio que a gente tem, não é comprovado? Então, não faz parte da ciência? A gente tem conhecimento! Por que não falam aqui? (Rio Negro I)

O relato da estudante Rio Negro I apresenta um questionamento importante ao enfatizar que a universidade valoriza os conhecimentos pautados no modelo biomédico, enquanto invisibiliza os conhecimentos indígenas. Contudo, essa invisibilidade é apenas a ponta do problema, pois as estruturas que mantêm o monopólio sobre o saber científico são sustentadas por relações de poder e capital econômico construídas desde o período colonial. Conforme discutiu Quijano (2005), o colonialismo europeu impôs uma racionalidade eurocêntrica que desvaloriza e marginaliza outras formas de conhecimento, reforçando uma estrutura de poder baseada na inferiorização. Para os povos indígenas, o processo de colonização silenciou suas epistemologias, colocando-as como inferiores e marcando a diferença colonial (PENHA, 2023). Nessa perspectiva, Schweickardt e Barreto (2023) apontaram o controle sobre a história como uma estratégia colonial para impor aos povos colonizados uma única narrativa baseada na visão europeia.

Diante disso, mesmo após o fim do colonialismo, a lógica colonial continua a orientar a produção de conhecimento na universidade. Essa lógica mantém práticas e políticas alinhadas a interesses econômicos e capitalistas que privilegiam determinados saberes em detrimento de outros, resultando na desconsideração de saberes e práticas não ocidentais, como os conhecimentos indígenas. Conforme relata a estudante Rio Uaupés, esses conhecimentos são frequentemente desvalorizados nas práticas universitárias, mesmo quando sua eficácia é reconhecida nas comunidades:

Um exemplo, aqui na universidade, se eu falar das plantas que ajudam, não vão acreditar. Por exemplo, pra queimadura, pode usar a babosa (...) na comunidade a gente usa pra cicatrizar a queimadura. Mas se a gente fala aqui, não vão deixar usar. Vão querer usar o remédio. Porque não acreditam nessas coisas. Aqui não é valorizado. Não é reconhecido. (Rio Uaupés)

O relato da estudante Rio Uaupés revela que a maneira como o conhecimento é ensinado na universidade não dialoga com a diversidade de conhecimentos existentes, fazendo com que conceitos como o da interculturalidade não se apliquem na prática. Para Walsh (2009), a interculturalidade é um processo dinâmico e contínuo de relação, comunicação e aprendizagem entre culturas, baseado

no respeito, legitimidade, simetria e igualdade, construído entre pessoas, conhecimentos, saberes e práticas distintas, visando o desenvolvimento de um novo sentido através das diferenças. Entretanto, como destacaram Kayapó e Schwingel (2021), viver a interculturalidade na universidade é um desafio, pois o conhecimento hegemônico frequentemente se sobrepõe ao conhecimento dos povos originários, sendo sustentado por estruturas econômicas e acadêmicas que reforçam a centralidade desse modelo.

Conforme explicado por Walsh (2009), embora a interculturalidade seja uma proposta de diálogo entre saberes e valorização da diversidade, quando apropriada por instituições estatais ou pelo sistema neoliberal, pode transformar-se em uma ferramenta de dominação da diversidade e de manutenção de interesses econômicos. É a partir desse contexto que a autora discutiu os conceitos de interculturalidade funcional e interculturalidade crítica. Enquanto a interculturalidade funcional busca a integração das diferenças de grupos étnicos, alinhadas aos interesses econômicos do modelo neoliberal, a interculturalidade crítica questiona e desafia as estruturas de poder existentes, preocupando-se com os excluídos e subalternizados pelo sistema capitalista. Em outras palavras, a interculturalidade crítica parte de um viés insurgente e decolonial, a partir da construção de outras possibilidades pautadas no respeito à diversidade.

Como pontuou Mignolo (2008), estamos ancorados em uma matriz predominantemente eurocentrada. Por isso, a proposta de decolonização do conhecimento busca subverter essa epistemologia dominante por meio da desvinculação de conceitos assentados em bases eurocêtricas, que foram naturalizados e impostos, reivindicando visibilidade para os povos historicamente invisibilizados e considerados incapazes de produzir conhecimento. Ainda segundo o autor, a decolonização não busca a substituição de um conjunto de conceitos por outro a ser igualmente naturalizado, mas a abertura para múltiplas formas de compreender e produzir conhecimento.

Neste sentido, a universidade precisa rever seu sistema de produção de conhecimento, ainda orientado por um referencial eurocêntrico e excludente. Contudo, essa revisão não deve ocorrer somente nos espaços de formação, haja vista que a definição do que é considerado conhecimento legítimo não ocorre apenas na universidade, mas também em instâncias que formulam políticas estatais de saúde e educação, frequentemente orientadas por interesses econômicos que privilegiam o modelo biomédico e que estão nas bases do sistema capitalista. Portanto, problematizar a hegemonia do modelo biomédico na formação universitária não implica estabelecer uma oposição entre sistemas de conhecimento, mas em demonstrar que a centralidade de um único modelo impacta na desvalorização de outros.

Articulação de saberes: quando os conhecimentos indígenas em saúde e o modelo biomédico se encontram na universidade

Este tema discute como as estudantes articulam os conhecimentos em saúde aprendidos em suas comunidades com aqueles ensinados na universidade, analisando de que maneira saberes fundamentados em racionalidades próprias se relacionam nas práticas acadêmicas.

Conforme defendeu Barreto (2021), reconhecer diferentes modelos de conhecimento sobre uma mesma realidade amplia e enriquece a compreensão da vida.

A partir desse entendimento, as estudantes Rio Abacaxis e Rio Madeira mostram como é possível articular saberes indígenas e biomédicos na prática cotidiana da formação universitária:

As coisas que eu aprendo aqui usando medicamentos (...) manobras pra baixar a pressão e pra dor de cabeça, eu consigo adaptar pra cultura do meu povo. Consigo usar os dois saberes, né (...) os saberes que os meus ancestrais, meus avós, meus bisavós me ensinaram e os saberes que eu tô aprendendo aqui. Dá pra atender quem acredita mais na cultura dos chás, das rezas, das compressas com as folhas e quem acredita na parte mais clínica, né. Dá pra usar os dois saberes. (Rio Abacaxis)

Vejo como duas perspectivas diferentes pra aprender (...) duas oportunidades pra ampliar os conhecimentos em relação a determinado assunto ou doença. Se eu for atender uma pessoa de comunidade indígena, eu vou ter uma noção de sua cultura, de seus conhecimentos (...) do que ela tem costume de realizar (...) e ver o que eu posso passar pra ela do que eu aprendi na minha comunidade e aqui na faculdade. Eu tento conciliar os dois saberes, porque eu acho muito importante. (Rio Madeira)

Os relatos das estudantes Rio Abacaxis e Rio Madeira demonstram que a articulação entre conhecimentos indígenas e biomédicos não se configura como uma simples sobreposição de procedimentos, mas como um processo de negociação pautado no respeito à diversidade cultural, revelando a possibilidade de coexistência e diálogo entre esses conhecimentos na universidade. Nessa perspectiva, Coli (2022) defendeu que os conhecimentos podem e devem conviver sem que um se imponha ao outro, sem que um seja considerado superior ao outro, e sem que haja o apagamento ou subjugação de outras formas de conhecimentos existentes. Essa compreensão reforça a necessidade de que a universidade, enquanto instituição formadora, se constitua como um espaço de promoção de diálogos interculturais, não apenas no discurso institucional, mas também no campo das práticas pedagógicas, nas disciplinas curriculares, nos debates acadêmicos e nas atividades de estágio.

Para que esse diálogo se concretize, são fundamentais iniciativas efetivas que possibilitem a articulação entre diferentes conhecimentos no ambiente universitário. Um exemplo é o Projeto Encontro de Saberes, desenvolvido pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Inclusão no Ensino Superior e na Pesquisa (INCTI), sediado na Universidade Federal de Brasília (UnB). A iniciativa propõe a interlocução intercultural e a descolonização do universo acadêmico, historicamente monoepistêmico e eurocêntrico, por meio da inclusão de mestres e mestras dos saberes tradicionais como docentes, que ministram disciplinas em parceria com professores universitários, promovendo diálogos interepistêmicos (ALBERNAZ e CARVALHO, 2022; VIANA e CARVALHO, 2020). Segundo Viana e Carvalho (2020), a proposta vem se expandindo e, nos dez primeiros anos de implementação, já estava presente em 16 universidades, contando também com a participação de instituições internacionais, como a Universidade da Música de Viena e a Pontifícia Universidade Javeriana de Bogotá.

Contudo, ao analisarmos os dados referentes às universidades brasileiras que aderiram à proposta do Projeto Encontro de Saberes, observamos que a universidade em que estudam as participantes desta pesquisa não faz parte dessa iniciativa. É justamente nesse cenário que essas estudantes se destacam. Mesmo inseridas em uma instituição que privilegia a centralidade do modelo biomédico em sua prática, elas desenvolvem habilidades para articular os conhecimentos aprendidos em suas comunidades com aqueles ensinados na universidade, tornando-se agentes de transformação e de descolonização no espaço acadêmico.

Assim, é importante reconhecer que, embora essas iniciativas e as habilidades individuais das estudantes constituam estratégias importantes para articular

conhecimentos indígenas e o modelo biomédico na formação universitária, elas por si só não são suficientes para superar as relações de poder que sustentam os interesses econômicos e moldam a produção científica, os quais continuam a determinar quais saberes são legitimados e quais permanecem subalternizados. Esse panorama evidencia que a articulação de saberes deve ser compreendida dentro de uma perspectiva crítica, que considere não somente as práticas individuais, mas também as estruturas institucionais, sociais e econômicas que estruturam a produção e a legitimação do conhecimento.

Considerações finais

Este artigo teve como objetivo analisar as percepções de mulheres indígenas universitárias sobre as diferenças, tensões e possibilidades de articulação entre os conhecimentos indígenas em saúde e o modelo biomédico na formação universitária. Os resultados evidenciaram que, apesar das diferenças epistemológicas entre os conhecimentos em saúde aprendidos nas comunidades e aqueles ensinados na universidade, ambos são capazes de contribuir para o cuidado e tratamento de doenças. No entanto, mesmo diante da riqueza dos conhecimentos indígenas, as estudantes vivenciam uma formação ainda fortemente marcada pelo modelo biomédico, que tende a deslegitimar, invisibilizar e subalternizar outros modos de compreender e cuidar da saúde, reforçando hierarquias epistemológicas no campo da formação universitária. Ainda assim, as mulheres indígenas desenvolvem habilidades de articulação entre os conhecimentos indígenas e o modelo biomédico, por meio de práticas de cuidado que respeitam a diversidade cultural e a integralidade da saúde.

Quanto às limitações deste estudo, é importante destacar o número reduzido de participantes, o que impede generalizações acerca das diferenças epistemológicas, dos procedimentos adotados e dos especialistas reconhecidos tanto pelo conhecimento indígena quanto pelo modelo biomédico. Contudo, os relatos obtidos fornecem indícios consistentes sobre a relevância e a legitimidade dos tratamentos em saúde associados a cada sistema de conhecimento. Ressaltamos que este estudo não teve a pretensão de esgotar as questões relativas às percepções de mulheres indígenas universitárias, mas de contribuir para o debate sobre a formação universitária em cursos da saúde.

Dessa forma, entendemos que as universidades precisam adotar não somente em seus discursos institucionais, mas também em suas práticas, a interculturalidade e a decolonialidade como caminhos para o reconhecimento e a valorização dos conhecimentos indígenas em saúde. Isso requer estratégias que promovam o diálogo horizontal entre diferentes sistemas de saberes, por meio da criação de espaços de aprendizagem coletiva nos quais as diversas epistemologias coexistam dialogicamente e sem hierarquias. Isso contribuirá para a justiça epistêmica, ao favorecer a revisão dos modos de produzir e transmitir o conhecimento nas universidades.

Portanto, em vez de serem espaços que perpetuem a invalidação ou hierarquização entre os saberes, as universidades devem promover uma formação inclusiva, intercultural e decolonial, capaz de fortalecer o diálogo entre a diversidade de conhecimentos em saúde e de incorporar em suas disciplinas curriculares debates epistêmicos que contribuam para a construção de uma universidade mais plural. Sabemos que essa é uma missão difícil de ser lograda, visto que o modelo de ciência ocidental está diretamente atrelado ao modo de produção capitalista

que lhe sustenta. Não obstante haja esse entrelaçamento, é importante que as vozes femininas indígenas de estudantes universitárias sejam ouvidas, para que, mesmo que lenta e progressivamente, estas gerem reverberações que se transformem em mudanças.

Recebido em 28 de novembro de 2025.

Aprovado em 10 de março de 2026.

Referências

ALBERNAZ, P. de C.; CARVALHO, J. J. de. Encontro de Saberes: por uma universidade antirracista e pluriepistêmica. *Horizontes Antropológicos*, 28 (63): 333-358, 2022.

ALVES, R.; GOMES, L.; JARQUÍN RIVAS, R.; LIMA ALVES, R. Dialética entre dois mundos e saberes: das parteiras tradicionais à medicalização do parto. *Revista do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas*, (18): 153-69, 2022.

AZEVEDO, M. Saúde reprodutiva e mulheres indígenas do Alto Rio Negro. *Caderno CRH*, 22 (57): 463-77, 2009.

AYRES, A. D.; BRANDO, F. da R.; AYRES, O. M. Presença indígena na universidade como retomada de território. *Revista Brasileira de Educação*, 28: 1-19, 2023.

BARRETO, J. P. L. Bahserikowi - Centro de Medicina Indígena da Amazônia: concepções e práticas de saúde. *Amazônica - Revista de Antropologia*, 9 (2): 594-612, 2018.

BARRETO, João Paulo Lima. *Kumuã na Kahtiroti-ukuse: uma “teoria” sobre o corpo e o conhecimento prático dos especialistas do Alto Rio Negro*. Tese (Doutorado em Antropologia Social), UFAM, 2021.

BARRETO, J. P. L.; BARRETO, I. M.; FERNANDES, D. M.; BARRETO, A. L.; FERNANDES, C. L. S. “Centro de Medicina Indígena Bahserikowi”. In: SCHWEICKARDT, J. C.; BARRETO, J. P. (org.). *Trançar, Destrançar e Tecer na Dança e no Canto – Práticas da Medicina Indígena na Amazônia*. Porto Alegre: Rede Unida, 2023. pp. 85-115.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som – Um Manual Prático*. Petrópolis: Vozes, 2008.

BRANCO, C. S. R.; ANDRADE, I. E. J. O lugar dos detentores do saber da medicina tradicional: invisibilidade de raizeiros em políticas públicas. *Revista Cadernos do Ceom*, 37 (60): 82-92, 2024.

BRASIL, G.; NEVES, D. C.; MACIEL, D. M. V. L.; FIGUEREDO, R. C. Parto no Brasil: intervenção médica ou protagonismo da mulher? *Scire Salutis*, 8 (2): 9-23, 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Humanização do parto e do nascimento* (Cadernos Humaniza SUS, v. 4). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares*. Brasília: Secretária de Atenção à Saúde, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d].

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2): 77-101, 2006.

BUFFON, T. de M.; MARTINS, C. A. L. A humanização do parto: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 6 (3): 11095-109, 2023.

CALEGARE, M.; FERNANDES, F. O. P.; GOMES, T. J. da S.; VALE, J. A. do.; SALES, T. de N. "Medicinas: diversidade e pluralidade de práticas e saberes sobre doença, cuidado, cura e saúde". In: SCORSOLINI-COMIN, F.; MACEDO, A. C.; BAIRRÃO, J. F. M. H. (eds.). *Etnopsicologia: trançando mundos*. São Carlos: Pedro & João Editores, 2025. pp. 171-196.

CASTRO, R. C. Q.; VILLACORTA, G. M. O ofício de benzer como produção de conhecimento no município de Tracuateua (PA), Amazônia, Brasil. *Nova Revista Amazônica*, 9 (1): 143-161, 2021.

CARVALHO, J. C.; VIANNA, L. C. R. O encontro de saberes nas universidades: uma síntese dos dez primeiros anos. *Revista Mundaú*, 1 (9): 23-49, 2020.

COLI, R. N. Decolonialidade: ruptura com a hegemonia do conhecimento e re-verberações na arte. *Farol*, 17 (25): 102-113, 2022.

COSTA, G. D. F.; PIMENTEL, C.; SCHWEICKARDT, J. C. Perfil das parteiras tradicionais do Amazonas: relações do partejar entre serviços de saúde e participação política. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 33: e33023, 2023.

DIAS-SCOPEL, R. P.; SCOPEL, D. Promoção da saúde da mulher indígena: contribuição da etnografia das práticas de autoatenção entre os Munduruku do Estado do Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 35: 1-11, 2019.

GOMES, T. J. S.; NINA, S. de F. M. A presença de mulheres indígenas nas universidades brasileiras: uma revisão de escopo. *Revista de Psicologia*, 33 (2): 1-12, 2024.

GUSMAN, C. R.; RODRIGUES, D. A.; VILLELA, W. V. Paradoxos do programa de parteiras tradicionais no contexto das mulheres Krahô. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24 (7): 2627-36, 2019.

KAMBEBA, Márcia Wayna. *O lugar do saber*. São Leopoldo: Casa Leiria, 2020.

KAYAPÓ, Edson; SCHWINGEL, Kassiane. *Universidade: território indígena*. Porto Alegre: COMIN, 2021.

LIMA, T. C.; CALEGARE, M. G. A. Os significados atribuídos pelos jovens de comunidade ribeirinha amazônica ao uso de plantas medicinais. *Revista Amazônica*, 23 (2): 600-25, 2019.

LUNA, W. F.; PALADINO, M.; CYRINO, E. G. “Estranhos” na Escola Médica: experiências indígenas em cursos de medicina de universidades federais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29 (12): 1-12, 2024.

MIGNOLO, W. D. Epistemic Disobedience: the de-colonial option and the meaning of identity in politics. *Gragoatá*, 12 (22): 11-41, 2008.

MINAYO, M. C. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5 (7): 1-12, 2017.

MINAYO, Maria Cecília. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, V. A. M. de.; BELIZÁRIO, A. B. Q.; PEREIRA, M. F. Encontro de Saberes: Interculturalidade Crítica e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29 (12): 1-10, 2024.

MOLINA, K.; RIBEIRO, P. R. C. “Lugar de indígena é onde ela quiser!”: um estudo com mulheres indígenas universitárias. *Revista da FAEBA: Educação e Contemporaneidade*, 32 (72): 130-47, 2023.

NASCIMENTO, V. F. do.; HATTORI, T. Y.; TERÇAS-TRETEL, A. C. P. Desafios na formação de enfermeiros indígenas em Mato Grosso, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25 (1): 47-56, 2020.

OLIVEIRA, S.; GUIMARÃES, O. M.; FERREIRA, J. L. As entrevistas semiestruturadas na pesquisa qualitativa em educação. *Revista Linhas*, 24 (55): 210-36, 2023.

PENHA, I. L. M. O conhecimento indígena é uma matéria decolonial? *Revista Brasileira de Estudos do Lazer*, 10 (3): 133-46, 2023.

PIMENTEL, J. G. S. O.; SILVA, J. C. As Benzedeiras e a cura pela fé. *Revista Presença Geográfica*, 9 (3): 32-40, 2022.

QUIJANO, A. “Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina”. In: LANDER, E. (ed.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais*. Buenos Aires: CLASCO, 2005. pp. 107-130.

REGISTRO, M.; PINHEIRO ELIAS, G.; ROMANIN SETI, M. E. (2025). Reflexões sobre o modelo biomédico e suas implicações no campo da saúde coletiva. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, 13 (1): 5061-69, 2025.

ROCHA, L. P. B.; ALVEZ, J. V. O.; AGUIAR, I. F. S.; SILVA, F. H.; SILVA, R. L.; ARRUDA, L. G.; FILHOS, E. J. N.; BARBOSA, B. V. D.; AMORIM, L. C.; SILVA, P. M.; SILVA, M. V. Use of medicinal plants: history and relevance. *Research, Society and Development*, 10 (10): 1-11, 2021.

ROMANI, M.; MELLO, C. M.; SILVA, D. R.; SILVA, M. A. R. da. Permanência e desafios das acadêmicas indígenas de uma universidade pública do Paraná. *Caderno Pedagógico*, 22 (6): 1-20, 2025.

SCHWEICKARDT, J. C.; FREITAS, J. M. B.; AHMADPOUR, B. “A saúde indígena no contexto da interculturalidade no cotidiano do trabalho”. In: SCHWEICK-

ARDT, J. C.; FREITAS, J. M. B.; AHMADPOUR, B. (org.). *Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural*. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. pp. 8-24.

SCHWEICKARDT, J. C.; BARRETO, J. P. (eds.). “Desatando e tecendo os nós para decolonizar a Medicina Indígena na Amazônia”. In: SCHWEICKARDT, J. C.; BARRETO, J. P. (eds.). *Trançar, destrançar e tecer na dança e no canto – práticas da medicina indígena na Amazônia*. Porto Alegre: Rede Unida, 2023. pp. 14-32.

SILVA, F.; NUCCI, M.; NAKANO, A. R.; TEIXEIRA, L. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. *Saúde E Sociedade*, 28 (3): 171-84, 2019.

SOARES, N. de A.; SOUZA, T. T. de.; GARCIA, J. V. M.; ALMEIDA, M. D. de.; VALLINOTO, I. M. V. C. O uso de plantas medicinais na terapêutica de afecções infantis na etnia Tembé Tenetehar. *Revista Delos*, 18 (65): 1-25, 2025.

SOUZA, A. O.; SANTOS, A. R.; SOUSA, M. A. S. de.; RAMALHO, P. O.; SANTOS, R. V. M. dos.; PESSÔA, V. N.; OLIVEIRA, I. G.; JOSÉ, D. L.; BATISTA, Â. M. R.; SOUZA, Z. H. de.; SANTOS, D. K. C.; SILVA, M. C. da. Usos medicinais tradicionais de plantas na comunidade indígena Pium (Centro-Oeste de Roraima), Amazônia Ocidental, Brasil, no contexto da Educação do Campo. *Caderno Pedagógico*, 22 (4): 1-21, 2025.

TASSINARI, A. A “mãe do corpo”: conhecimentos das mulheres Karipuna e Galibi-Marworno sobre gestação, parto e puerpério. *Horizontes Antropológicos*, 27 (60): 95-126, 2021.

VALE, J. A.; CALEGARE, M. Itinerários terapêuticos de usuárias não indígenas do Centro de Medicina Indígena Bahserikowí. *Revista Habitus – Revista do Instituto Goiano de Pré-História e Antropologia*, 23 (2): 1-13, 2025.

VAZ FILHO, Florência Almeida. *Pajés, benzedores, puxadores e parteiras: os imprescindíveis sacerdotes do povo na Amazônia*. Santarém: UFOPA, 2016.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, 22 (44): 203-20, 2014.

WALSH, C. “Interculturalidade crítica e pedagogia decolonial: insurgir, re-existir e re-viver”. In: CANDAU, V. M. (ed.). *Educação intercultural na América Latina: entre concepções, tensões e propostas*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2009. pp. 12-43.

XIPAIA, A. P.; PARENTE, F. DE A.; BARROS, F. B. As plantas medicinais na vida de mulheres indígenas Xipaya e Kuruaya: histórias, conhecimentos tradicionais e usos na cidade de Altamira, Pará. *Tellus*, 22 (47): 137-164, 2022.