

CORPOREIDADE E SAÚDE EM POVOS TRADICIONAIS: INTERFACES ENTRE CULTURA, IDENTIDADE E PRÁTICAS DE CUIDADO

**Corporeality And Health Among Traditional Peoples: Interfaces Between
Culture, Identity, And Care Practices**

Artemis de Araujo Soares

E-mail correspondente: artemissoares@gmail.com

Data de publicação: 09 de Março de 2026

DOI: 10.55703/27644006060102

RESUMO

Objetivo: analisar, na literatura científica, como a corporeidade é compreendida em povos tradicionais, com ênfase nas interfaces entre cultura, identidade e práticas de cuidado em saúde. Método: trata-se de uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida a partir da análise de 28 estudos nacionais e internacionais selecionados por aderência temática ao objeto investigado. A extração e a síntese dos dados permitiram organizar os achados em eixos analíticos relacionados à corporeidade, territorialidade, ancestralidade, pluralismo terapêutico, gênero e atenção diferenciada em saúde. Resultados: a literatura evidenciou que a corporeidade, em povos tradicionais, não se restringe ao corpo biológico, sendo compreendida como experiência relacional, cultural, espiritual, territorial e comunitária. Os estudos demonstraram que indígenas, quilombolas e outras comunidades tradicionais organizam o cuidado em saúde por meio de sistemas plurais que articulam saberes ancestrais, práticas terapêuticas locais, redes familiares, apoio comunitário e serviços biomédicos. Observou-se, ainda, que o corpo constitui espaço de inscrição da identidade, da memória coletiva, do pertencimento étnico-cultural e da continuidade dos modos tradicionais de viver, adoecer e cuidar-se. Conclusão: a compreensão da corporeidade em povos tradicionais amplia o debate em saúde para além do modelo biomédico e reforça a necessidade de abordagens interculturais e políticas de saúde culturalmente sensíveis, capazes de reconhecer a diversidade de racionalidades terapêuticas, o território, a ancestralidade e as práticas tradicionais de cuidado.

Palavras-chave: corporeidade; povos tradicionais; identidade cultural; práticas de cuidado.

ABSTRACT

Objective: to analyze how corporeality has been addressed in the scientific literature on traditional peoples, with emphasis on the interfaces between culture, identity, and health care practices. **Method:** this is an integrative literature review based on the analysis of 28 national and international studies selected according to their thematic adherence to the investigated topic. **Data extraction and synthesis** allowed the findings to be organized into analytical axes related to corporeality, territoriality, ancestry, therapeutic pluralism, gender, and differentiated health care. **Results:** the literature showed that corporeality among traditional peoples is not limited to the biological body, but is understood as a relational, cultural, spiritual, territorial, and communal experience. The studies demonstrated that Indigenous, Quilombola, and other traditional

communities organize health care through plural systems that articulate ancestral knowledge, local therapeutic practices, family networks, community support, and biomedical services. The body was also identified as a space where identity, collective memory, ethnic-cultural belonging, and the continuity of traditional ways of living, becoming ill, and caring are inscribed. **Conclusion:** understanding corporeality among traditional peoples broadens the health debate beyond the biomedical model and reinforces the need for intercultural approaches and culturally sensitive health policies capable of recognizing the diversity of therapeutic rationalities, territory, ancestry, and traditional care practices.

Keywords: corporeality; traditional peoples; cultural identity; care practices.

INTRODUÇÃO

A saúde de povos tradicionais tem sido progressivamente reconhecida, no campo científico, como um fenômeno que ultrapassa definições estritamente biomédicas e exige compreensão ampliada dos processos de viver, adoecer e cuidar. Em diferentes contextos indígenas, quilombolas e originários, o corpo não é concebido como uma entidade isolada, fragmentada ou exclusivamente biológica, mas como uma realidade relacional, atravessada por dimensões espirituais, territoriais, familiares, comunitárias e cosmológicas

(1-5,10,14,17). Nessa perspectiva, a corporeidade assume centralidade analítica por expressar, simultaneamente, identidade, pertencimento, memória coletiva, experiências históricas e formas culturalmente situadas de cuidado.

A literatura internacional demonstra que, em povos tradicionais, a noção de saúde está profundamente vinculada à integração entre corpo, mente, espírito, família e terra. Entre os Māori, por exemplo, a compreensão ampliada da saúde foi sistematizada como um modelo

relacional que articula dimensões corporais, emocionais, espirituais e familiares, constituindo referência clássica para o debate sobre saúde indígena e determinantes culturais do bem-estar (1,2). Estudos posteriores reforçaram que experiências corporais, como a dor, não podem ser interpretadas apenas sob parâmetros fisiológicos, uma vez que envolvem sentidos culturais, vínculos sociais e referências espirituais que modulam a percepção do sofrimento e os caminhos terapêuticos adotados (3). Da mesma forma, práticas comunitárias de fortalecimento corporal, atividade física e construção de ambientes terapêuticos culturalmente orientados demonstram que o cuidado com o corpo, em povos tradicionais, está inserido em valores coletivos e em relações profundas com território, ancestralidade e identidade cultural (4,5).

Essa compreensão também se estende a outros povos originários. Em populações aborígenes australianas, a cultura tem sido descrita como determinante estrutural da saúde, interferindo diretamente na experiência de bem-estar, proteção emocional, resiliência e recomposição subjetiva diante de processos históricos de colonização e exclusão (6,7). Entre First Nations e outros grupos indígenas do

Canadá, estudos mostram que a conexão cultural, o pertencimento comunitário e a continuidade de práticas tradicionais se associam positivamente à saúde mental e ao fortalecimento identitário, especialmente entre jovens e mulheres indígenas em contextos de vulnerabilidade social e institucional (10,11,16). Em populações Sámi, mesmo em contextos urbanos, a manutenção da identidade cultural permanece como componente essencial do bem-estar, evidenciando que a corporeidade, nesses grupos, não se separa das experiências de pertencimento étnico, memória coletiva e reconhecimento social (14).

No contexto latino-americano, a discussão torna-se ainda mais relevante diante da persistência de desigualdades históricas, barreiras de acesso e tensões entre sistemas tradicionais de cuidado e o modelo biomédico hegemônico. Estudos com comunidades indígenas mexicanas evidenciam que gravidez e parto são experiências corporais atravessadas por gênero, espiritualidade, normas culturais e violência estrutural, revelando que o cuidado reprodutivo não pode ser analisado fora das condições sociais e políticas que moldam a vida desses povos (13). Em paralelo, investigações sobre segurança cultural em serviços de saúde indicam que a ausência de

reconhecimento das concepções tradicionais de corpo, maternidade, território e coletividade compromete a qualidade da assistência e intensifica processos de inadequação institucional, sofrimento e descontinuidade do cuidado (8,9,15).

No Brasil, a temática assume particular importância diante da diversidade étnico-cultural de povos indígenas, quilombolas e outras comunidades tradicionais, cujos modos de vida preservam sistemas próprios de interpretação do corpo, da saúde e da doença. No campo da saúde indígena, análises antropológicas apontam que a articulação entre serviços formais e medicina indígena permanece como um dos grandes desafios para a efetivação da atenção diferenciada, uma vez que o modelo assistencial frequentemente encontra dificuldades para incorporar, de forma concreta, o pluralismo terapêutico presente nos territórios (17,28). Estudos com equipes de saúde que atuam junto à população Mbyá-Guarani e em Distritos Sanitários Especiais Indígenas mostram que a compreensão profissional sobre cuidado indígena nem sempre acompanha os sentidos atribuídos pelas comunidades às práticas corporais, espirituais e terapêuticas, gerando assimetrias interculturais importantes no processo

assistencial (26,28). Além disso, pesquisas com idosos indígenas revelam que o cuidado, no curso da vida, envolve não apenas atenção funcional ao corpo envelhecido, mas também respeito a papéis sociais, vínculos familiares e referências culturais próprias de cada povo (27).

Entre populações quilombolas, os estudos também evidenciam que a saúde é vivida a partir de uma lógica ampliada, situada no cotidiano, na família, no trabalho, no território e nas relações comunitárias. Investigações com homens quilombolas mostram que os conhecimentos e práticas de saúde são construídos em articulação com experiências locais, sociabilidades e formas específicas de perceber o corpo e o autocuidado (18). Entre mulheres quilombolas, pesquisas sobre representações sociais da saúde indicam que o cuidado está fortemente relacionado à vida doméstica, à organização familiar, ao ambiente e às práticas cotidianas de proteção e manutenção da vida (20). Os itinerários terapêuticos femininos, por sua vez, revelam circulação simultânea entre recursos tradicionais, apoio comunitário e serviços formais, mostrando que o cuidado em saúde não segue uma lógica linear, mas plural e negociada (19).

Outro eixo relevante da literatura nacional refere-se ao uso de plantas medicinais, saberes tradicionais e transmissão intergeracional do cuidado. Estudos realizados em comunidades quilombolas, indígenas e tradicionais brasileiras demonstram que o uso de recursos terapêuticos baseados em plantas, banhos, óleos, preparados locais e conhecimentos ancestrais permanece como componente estruturante das práticas de cuidado, tanto no enfrentamento de agravos quanto na manutenção cotidiana da saúde (21-23,25). Em comunidades Wajãpi, a participação feminina na utilização e transmissão desses saberes reforça o papel das mulheres como guardiãs do cuidado e mediadoras da continuidade cultural (25). De modo semelhante, pesquisas com mulheres quilombolas sobre alimentação infantil e amamentação evidenciam que práticas corporais e maternas são transmitidas entre gerações como parte de um sistema mais amplo de reprodução social, identidade e pertencimento (24). Assim, a corporeidade, nesses contextos, não se restringe ao corpo anatômico, mas se manifesta como experiência cultural encarnada, inscrita em rotinas, ritos, memórias e vínculos comunitários.

Apesar do avanço dessas evidências, observa-se que a produção científica ainda se encontra dispersa entre diferentes campos disciplinares, como saúde coletiva, antropologia, enfermagem, etnobiologia e saúde indígena, o que dificulta uma compreensão integrada sobre as interfaces entre corporeidade, cultura, identidade e práticas de cuidado em povos tradicionais. Além disso, parte da literatura privilegia recortes específicos, como parto, dor, plantas medicinais ou saúde mental, sem necessariamente articular esses elementos em uma análise mais abrangente do corpo como categoria sociocultural e política no campo da saúde (3,8,12,19,21,23). Nesse sentido, uma revisão integrativa torna-se pertinente por permitir a síntese crítica de evidências produzidas em diferentes contextos, metodologias e populações, favorecendo a identificação de convergências, singularidades e lacunas do conhecimento.

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar, na literatura científica, como a corporeidade é compreendida e vivenciada em povos tradicionais, destacando suas interfaces com cultura, identidade e práticas de cuidado. Busca-se, assim, compreender de que maneira os estudos têm abordado o corpo como espaço de produção de

sentido, memória, ancestralidade, resistência e cuidado, bem como discutir os desafios colocados à organização de práticas e políticas de saúde

culturalmente sensíveis, especialmente em contextos marcados por desigualdades históricas e tensões interculturais (6,7,15,17,26,28).

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida com o propósito de sintetizar e analisar criticamente evidências científicas sobre corporeidade e saúde em povos tradicionais, com ênfase nas interfaces entre cultura, identidade e práticas de cuidado. Optou-se por esse delineamento por se tratar de um método capaz de reunir, avaliar e integrar resultados de estudos com diferentes abordagens metodológicas, permitindo compreensão ampliada de fenômenos complexos no campo da saúde. A condução da revisão seguiu as etapas clássicas propostas para revisões integrativas, identificação do problema, busca na literatura, avaliação dos estudos, extração e análise dos dados, e apresentação da síntese, e foi descrita em conformidade com as recomendações do PRISMA 2020 para transparência do processo de seleção dos estudos.

A questão norteadora da revisão foi formulada da seguinte maneira: como a literatura científica tem abordado a corporeidade em povos tradicionais,

especialmente em suas relações com cultura, identidade e práticas de cuidado em saúde? A partir dessa pergunta, foi estruturada uma estratégia de busca orientada para recuperar estudos empíricos, teóricos e de síntese que contemplassem povos indígenas, quilombolas e outras comunidades tradicionais, considerando diferentes contextos nacionais e internacionais. Para ampliar a sensibilidade da busca, foram utilizados descritores e termos livres em português e inglês, combinados por operadores booleanos. Entre os principais termos empregados, destacaram-se: “corporeidade”, “body”, “embodiment”, “health”, “traditional peoples”, “traditional communities”, “indigenous peoples”, “quilombola”, “cultural identity”, “healing practices”, “traditional medicine”, “care practices” e “cultural safety”. A combinação desses termos buscou abranger tanto estudos explicitamente centrados no corpo quanto pesquisas que, embora não utilizassem o termo “corporeidade” no título ou resumo, abordassem o corpo como experiência

cultural, espiritual, territorial ou relacional. A revisão integrativa, justamente por seu caráter abrangente, admite estratégias iterativas e sensíveis de busca para captar a complexidade do fenômeno investigado.

As buscas foram planejadas para bases reconhecidas na área da saúde e ciências afins, com prioridade para PubMed/MEDLINE, e complementação prevista em bases multidisciplinares e regionais como Scopus, Web of Science, Embase, CINAHL, SciELO e LILACS, a fim de aumentar a cobertura de estudos internacionais e latino-americanos. Para a composição da base analítica desta revisão, foram considerados estudos reais recuperáveis em bases indexadas, com aderência temática ao objeto proposto. A seleção privilegiou publicações que abordassem diretamente ou de modo substantivo: a) concepções culturais do corpo e da saúde; b) relações entre identidade étnico-cultural e bem-estar; c) práticas tradicionais de cuidado, cura e uso de recursos terapêuticos locais; d) itinerários terapêuticos; e) interfaces e tensões entre sistemas tradicionais e serviços biomédicos.

Foram adotados como critérios de inclusão: artigos originais, qualitativos, quantitativos, mistos, estudos de caso,

estudos etnográficos, revisões de escopo, revisões narrativas e artigos teórico-analíticos com relevância conceitual para o tema; publicações disponíveis em português, inglês ou espanhol; estudos com foco em povos tradicionais, povos indígenas, quilombolas, First Nations, Māori, Aboriginal and Torres Strait Islander peoples, Sámi e outras populações culturalmente tradicionais; e trabalhos que apresentassem contribuição direta para a compreensão da corporeidade, identidade cultural, práticas de cuidado ou segurança cultural em saúde. Foram excluídos editoriais, cartas, comentários, textos sem relação substantiva com o tema, estudos exclusivamente biomédicos sem interface cultural, publicações duplicadas e trabalhos cujo foco central não permitisse extração analítica pertinente aos objetivos da revisão. A definição de critérios explícitos de elegibilidade e a documentação do fluxo de seleção estão alinhadas ao PRISMA 2020.

A triagem ocorreu em etapas sucessivas. Inicialmente, os registros identificados foram submetidos à leitura de títulos e resumos para avaliação de pertinência temática. Em seguida, os estudos potencialmente elegíveis foram analisados em maior profundidade quanto ao alinhamento com o objeto da revisão.

Por fim, foi composta uma amostra analítica final de 28 estudos, selecionados por sua consistência temática, diversidade de contextos e capacidade de responder à questão norteadora. A amostra incluiu 12 estudos nacionais e 16 internacionais, contemplando diferentes populações tradicionais e distintos desenhos metodológicos, o que favoreceu uma síntese abrangente e comparativa. A apresentação final do processo de elegibilidade poderá ser acompanhada por fluxograma no padrão PRISMA 2020, com detalhamento do número de registros identificados, excluídos e incluídos em cada fase.

Para a extração dos dados, foi construída uma matriz padronizada contendo: autoria, ano de publicação, país ou contexto, população ou objeto de estudo, delineamento metodológico, dimensão da corporeidade abordada, práticas de cuidado ou interface cultural analisada e principais achados. Esse procedimento permitiu organizar de forma sistemática as evidências e comparar estudos de diferentes naturezas metodológicas, o que é compatível com o método de revisão integrativa. A análise foi orientada por redução, organização, comparação e síntese temática dos dados extraídos, buscando identificar convergências, singularidades e lacunas

do campo. Esse tipo de organização matricial é consistente com o uso da revisão integrativa como método de incorporação de evidências na saúde.

A síntese dos resultados foi realizada por análise temática integrativa, a partir da leitura comparativa dos estudos incluídos. Os achados foram agrupados em eixos de sentido emergentes da própria literatura: corporeidade, identidade e cosmovisão de saúde; território, ancestralidade e espiritualidade nas práticas de cuidado; pluralismo terapêutico e uso de recursos tradicionais; gênero, maternidade e transmissão intergeracional do cuidado; e atenção diferenciada, segurança cultural e desafios institucionais. Essa estratégia analítica permitiu articular estudos qualitativos, quantitativos e teóricos em uma interpretação crítica comum, preservando a especificidade de cada contexto sociocultural sem perder a visão de conjunto.

Por se tratar de revisão de literatura com utilização exclusiva de dados secundários, sem envolvimento direto de seres humanos, não houve necessidade de submissão a Comitê de Ética em Pesquisa. Ainda assim, foram respeitados os princípios de rigor metodológico,

fidelidade às fontes e transparência na apresentação dos critérios adotados.

RESULTADOS

A análise integrativa dos 28 estudos incluídos evidenciou que a corporeidade, em povos tradicionais, é abordada na literatura como uma categoria ampliada e relacional, indissociável de identidade cultural, ancestralidade, território, espiritualidade e práticas comunitárias de cuidado (1-7,10,14-17). Em vez de uma compreensão centrada exclusivamente no corpo biológico, os estudos apontam que o corpo é vivido, interpretado e cuidado a partir de matrizes simbólicas e coletivas que organizam a experiência de saúde e doença em diferentes contextos socioculturais (1-5,17,23).

De modo geral, os achados puderam ser organizados em cinco eixos temáticos principais: corporeidade, identidade e cosmovisão de saúde; território, ancestralidade e espiritualidade nas práticas de cuidado; pluralismo terapêutico e uso de recursos tradicionais; gênero, maternidade e transmissão intergeracional do cuidado; e atenção diferenciada, segurança cultural e desafios institucionais (1-7,13,15,17,19,23,26,28). Essa organização permitiu integrar resultados de estudos teóricos, qualitativos, quantitativos e revisões, preservando a especificidade dos diferentes povos analisados.

Tabela 1. Síntese temática dos principais achados dos estudos incluídos

Eixo temático	Síntese dos achados	Referências
Corporeidade, identidade e cosmovisão de saúde	O corpo é concebido como realidade integral, articulada à mente, espiritualidade, família, coletividade e pertencimento étnico-cultural.	1-4,10,14,16,17
Território, ancestralidade e espiritualidade nas práticas de cuidado	O cuidado em saúde aparece vinculado ao território, à terra, à memória ancestral, aos rituais e às cosmologias locais.	2,5-7,9,13,14,17

Eixo temático	Síntese dos achados	Referências
Pluralismo terapêutico e uso de recursos tradicionais	Os estudos mostram coexistência entre medicina tradicional, uso de plantas, recursos naturais, apoio familiar/comunitário e serviços biomédicos.	11,12,17-23,25
Gênero, maternidade e transmissão intergeracional do cuidado	Mulheres ocupam papel central na preservação e transmissão de saberes de cuidado, especialmente em parto, alimentação infantil e plantas medicinais.	8,9,13,19,20,24,25
Atenção diferenciada, segurança cultural e desafios institucionais	Persistem barreiras institucionais na incorporação das concepções tradicionais de corpo e cuidado pelos serviços formais de saúde.	8,11,15,17,26-28

Corporeidade, identidade e cosmovisão de saúde

O primeiro eixo mostrou que a literatura compreende a corporeidade em povos tradicionais como uma experiência integral, na qual o corpo está vinculado à subjetividade, à vida espiritual, à família e ao mundo social. Nos estudos clássicos com os Māori, a saúde é apresentada como integração entre corpo, mente, espírito e família, compondo uma estrutura relacional que afasta interpretações fragmentadas do processo saúde-doença (1,2). Nessa mesma direção, estudos sobre dor, atividade física e práticas comunitárias de fortalecimento corporal demonstraram que a experiência do corpo não é apenas funcional ou

anatômica, mas atravessada por valores culturais, sentidos coletivos e pertencimento identitário (3,4).

Entre jovens First Nations, aborígenes australianos e populações indígenas urbanas, a conexão cultural foi associada ao bem-estar e à saúde mental, evidenciando que identidade e cultura não operam como fatores periféricos, mas como componentes centrais da experiência corporal e emocional (6,10,14,16). Em contextos brasileiros, esse entendimento também se confirmou. A reflexão antropológica sobre saúde indígena no Brasil indica que o corpo é interpretado em articulação com cosmologias próprias, relações com a coletividade e sistemas tradicionais de

cura, o que exige leitura intercultural do fenômeno saúde-doença (17). Assim, a corporeidade emergiu como uma categoria que articula existência física, identidade e continuidade cultural.

Território, ancestralidade e espiritualidade nas práticas de cuidado

O segundo eixo destacou que o cuidado em saúde, em povos tradicionais, está fortemente ancorado no território e na ancestralidade. A literatura internacional identificou que terra, paisagem, ambiente e espiritualidade participam ativamente da construção do bem-estar e das práticas terapêuticas (2,5,6). No contexto Māori, o território não apareceu apenas como espaço geográfico, mas como dimensão constitutiva da saúde, do pertencimento e da cura (2,5). De forma semelhante, estudos com povos aborígenes e Sâmi mostraram que a saúde é profundamente afetada pela manutenção dos vínculos com a terra, com a memória coletiva e com os referenciais culturais herdados (6,7,14).

Em estudos voltados ao parto e à saúde reprodutiva, o território também surgiu como componente decisivo. A experiência do parto “on Country” foi descrita como estratégia de fortalecimento de autonomia, segurança

cultural e vínculo comunitário, demonstrando que o corpo materno não pode ser dissociado do espaço cultural onde o cuidado se realiza (9). Entre indígenas Huichol, a gravidez e o parto foram analisados como experiências atravessadas por gênero, espiritualidade e estrutura social, reforçando que o corpo reprodutivo é culturalmente produzido e protegido em redes coletivas de sentido (13). Nos estudos brasileiros sobre saúde indígena, a atenção diferenciada também foi vinculada ao reconhecimento do território como espaço terapêutico, político e identitário, embora com dificuldades de tradução efetiva na prática institucional (17,28).

Pluralismo terapêutico e uso de recursos tradicionais

O terceiro eixo foi um dos mais consistentes da revisão. Os estudos mostraram ampla presença de pluralismo terapêutico, com coexistência entre práticas tradicionais, conhecimentos locais, redes familiares e comunitárias e busca seletiva por serviços biomédicos (11,12,17-23,25). Entre American Indians com dor crônica, as práticas tradicionais permaneceram relevantes no manejo do sofrimento corporal, demonstrando que a dor é cuidada em circuitos terapêuticos que extrapolam a clínica biomédica (12).

Entre mulheres indígenas no Canadá, a integração entre serviços formais e serviços culturais foi apontada como requisito para respostas mais adequadas às necessidades de saúde (11).

No Brasil, esse eixo se mostrou particularmente forte entre populações quilombolas, indígenas e comunidades tradicionais amazônicas. Os itinerários terapêuticos de mulheres quilombolas evidenciaram circulação entre família, apoio comunitário, práticas tradicionais e serviços formais, sem exclusão rígida entre esses recursos (19). Estudos com homens quilombolas também indicaram que os conhecimentos e práticas de saúde são produzidos a partir da experiência cotidiana, do território e das sociabilidades locais (18). Em paralelo, pesquisas etnobotânicas e revisões sobre comunidades tradicionais brasileiras revelaram uso expressivo de plantas medicinais, banhos, óleos, preparados artesanais e outros recursos terapêuticos, mostrando que o cuidado é sustentado por uma farmacopéia culturalmente compartilhada (21-23,25). Desse modo, a literatura aponta que a corporeidade é manejada por sistemas de cuidado plurais, não lineares e negociados, nos quais tradição e biomedicina coexistem em arranjos próprios de cada contexto (17,19,23).

Gênero, maternidade e transmissão intergeracional do cuidado

O quarto eixo revelou forte protagonismo das mulheres na organização, preservação e transmissão das práticas de cuidado. Nos estudos internacionais sobre parto e maternidade, mulheres indígenas e aborígenes relataram que o cuidado ao corpo gestante e materno depende de segurança cultural, apoio comunitário, presença da família e respeito às práticas tradicionais (8,9,13). A ausência desses elementos nos serviços hospitalares foi associada a experiências de estranhamento, inadequação e sofrimento, enquanto contextos culturalmente seguros favoreceram autonomia, pertencimento e proteção (8,9).

Na literatura nacional, a centralidade feminina também foi amplamente evidenciada. Mulheres quilombolas apareceram como guardiãs de práticas de saúde no cotidiano doméstico, na alimentação infantil e nos itinerários terapêuticos familiares (19,20,24). As práticas de amamentação e cuidado infantil foram descritas como processos transmitidos entre gerações, articulando corpo, maternidade, memória e identidade cultural (24). Entre as mulheres Wajãpi, o uso tradicional de

plantas medicinais reforçou o papel feminino na preservação do conhecimento terapêutico e na mediação do cuidado comunitário (25). Esses resultados indicam que o corpo, especialmente em sua dimensão reprodutiva e cuidadora, é um espaço de reprodução cultural, aprendizado intergeracional e continuidade dos modos tradicionais de viver e cuidar.

Atenção diferenciada, segurança cultural e desafios institucionais

O quinto eixo reuniu estudos que discutiram os limites da organização institucional dos serviços de saúde frente às especificidades culturais dos povos tradicionais. Na literatura internacional, a segurança cultural foi tratada como condição essencial para o cuidado efetivo, sobretudo em contextos de parto, saúde materna e atendimento a populações indígenas historicamente vulnerabilizadas (8,11,15). Os estudos indicam que a desconsideração das concepções tradicionais de corpo, saúde, território e família compromete a adesão ao cuidado, a experiência assistencial e a efetividade das ações de saúde (8,15).

No Brasil, os estudos sobre saúde indígena mostraram que a política de atenção diferenciada ainda enfrenta dificuldades práticas para incorporar o

pluralismo terapêutico e os sentidos culturais do cuidado (17,26,28). As representações de profissionais de saúde sobre a população Mbyá-Guarani evidenciaram tensões interculturais na interpretação do cuidado, sugerindo que as equipes nem sempre compreendem adequadamente os referenciais simbólicos das comunidades atendidas (26). Além disso, análises realizadas no contexto do Alto Rio Negro apontaram que, embora a atenção diferenciada seja reconhecida como princípio importante, sua concretização cotidiana permanece limitada por entraves organizacionais, formativos e epistemológicos (28). O cuidado a idosos indígenas também reforçou essa questão, ao mostrar que práticas culturalmente situadas de atenção ao corpo envelhecido nem sempre são plenamente reconhecidas pelos serviços (27). Em síntese, os resultados indicam que a incorporação da corporeidade como categoria culturalmente situada ainda constitui desafio significativo para a saúde institucional.

Síntese integrativa dos resultados

Em conjunto, os estudos analisados convergem ao demonstrar que a corporeidade, em povos tradicionais, constitui uma experiência encarnada de cultura, memória, território,

espiritualidade e pertencimento coletivo (1-7,10,14-17). O corpo não aparece como objeto neutro ou universal, mas como lugar de inscrição da identidade e de produção de práticas de cuidado socialmente compartilhadas. A saúde, nesse cenário, é produzida em redes de sentido que incluem relações familiares, saberes ancestrais, recursos naturais, rituais, territorialidade e itinerários terapêuticos próprios (11,12,17-25).

DISCUSSÃO

Os achados desta revisão indicam que a corporeidade, em povos tradicionais, não pode ser compreendida a partir de uma racionalidade estritamente anatomofisiológica. A literatura analisada converge para uma noção de corpo como experiência relacional, na qual dimensões físicas, emocionais, espirituais, familiares, territoriais e coletivas se articulam na produção da saúde e do cuidado (1-7,10,14-17). Essa interpretação é consistente com formulações clássicas da saúde indígena, como a perspectiva Māori de Durie, que descreve a saúde a partir de quatro dimensões integradas, espiritual, psíquica, corporal e familiar, e com análises posteriores que reafirmam o papel dos determinantes culturais na saúde de povos originários.

Ao mesmo tempo, os resultados também evidenciam que essa lógica ampliada do cuidado frequentemente entra em tensão com modelos assistenciais centrados em racionalidades biomédicas e padronizadas (8,15,17,26-28). Essa tensão reforça a necessidade de abordagens interculturais e de políticas de saúde mais sensíveis às formas pelas quais os povos tradicionais compreendem e vivem o corpo, a doença e o cuidado.

Nessa direção, a revisão permite sustentar que a corporeidade, para povos tradicionais, constitui uma categoria sociocultural e política. O corpo não é apenas o lugar onde a doença se manifesta, mas também o espaço em que se inscrevem memória coletiva, ancestralidade, identidade étnica, vínculos comunitários e experiências históricas de resistência. Tal interpretação é particularmente relevante porque desloca o debate da saúde para além da assistência clínica, reconhecendo que viver bem, adoecer e curar-se dependem de formas culturalmente situadas de se relacionar com o mundo, com o território e com a coletividade (1,2,5-7,14,16,17). Esse resultado dialoga com a literatura que identifica a cultura não como adorno simbólico do cuidado, mas como

fundamento estruturante da experiência de saúde em populações indígenas e tradicionais.

Um dos pontos mais consistentes da base analisada foi a centralidade do território. Nos estudos incluídos, a terra apareceu não apenas como espaço físico de moradia, mas como dimensão ontológica do cuidado, da identidade e da continuidade cultural (2,5,6,9,13,14,17). O território organiza práticas terapêuticas, regula relações com ancestralidade, orienta o uso de recursos naturais e participa diretamente da produção do bem-estar. Em termos analíticos, isso significa que a corporeidade em povos tradicionais é também uma corporeidade territorializada. O corpo é vivido em conexão com o lugar, com a paisagem, com os ciclos naturais e com os marcos simbólicos da coletividade. Essa constatação é particularmente importante para contextos em que deslocamento, desterritorialização e urbanização fragilizam referências culturais e impactam negativamente a saúde mental e o pertencimento.

Outro eixo central da discussão refere-se ao pluralismo terapêutico. Os resultados mostraram que os povos tradicionais não organizam o cuidado a partir de uma oposição rígida entre

medicina tradicional e biomedicina, mas por meio de composições pragmáticas, culturalmente orientadas e contextuais (11,12,17-23,25). Em diferentes cenários, foram descritos itinerários terapêuticos que articulam uso de plantas medicinais, banhos, rituais, apoio de curadores, saberes familiares, aconselhamento espiritual e busca por serviços formais de saúde (12,17,19,21-23,25). No caso brasileiro, essa coexistência apareceu de forma muito clara entre mulheres quilombolas, cujos itinerários terapêuticos envolvem família, comunidade, recursos tradicionais e serviços biomédicos de maneira simultânea e negociada. O estudo de Oliveira et al. mostra precisamente que esses itinerários são múltiplos e organizados segundo lógicas próprias de cuidado, e não segundo uma linearidade biomédica (19).

Esse achado tem implicações diretas para o campo da saúde coletiva. Em vez de interpretar o recurso à medicina tradicional como barreira ao cuidado formal, os estudos sugerem que ele deve ser compreendido como parte de sistemas legítimos de produção de saúde, ancorados em historicidade, experiência e reconhecimento comunitário (12,17,21-23). Nessa perspectiva, a medicina tradicional não representa um resíduo

pré-científico, mas um conjunto de saberes e práticas socialmente validados que permanecem ativos porque respondem, de forma significativa, às necessidades concretas dos grupos. A discussão proposta por Langdon et al. é particularmente elucidativa ao afirmar que a política de saúde indígena no Brasil só se torna coerente com a noção de atenção diferenciada quando reconhece efetivamente o pluralismo terapêutico e a articulação entre terapias oficiais e indígenas (17).

A revisão também mostrou que gênero e geração ocupam lugar decisivo na organização da corporeidade e do cuidado. As mulheres apareceram, de modo recorrente, como guardiãs de conhecimentos terapêuticos, mediadoras da transmissão intergeracional e protagonistas do cuidado cotidiano, sobretudo nos contextos de parto, maternidade, alimentação infantil e uso de plantas medicinais (8,9,13,19,20,24,25). Esse resultado sugere que a corporeidade feminina, em povos tradicionais, não deve ser lida apenas em sua dimensão biológica ou reprodutiva, mas como locus de continuidade cultural. O corpo materno e cuidador emerge como espaço de ensino, reprodução simbólica e preservação de conhecimentos ancestrais. Essa dinâmica

é visível tanto em estudos nacionais com quilombolas e Wajãpi quanto em pesquisas internacionais sobre maternidade indígena e parto culturalmente seguro (8,9,13,24,25).

Ao mesmo tempo, os resultados sobre parto e saúde reprodutiva indicam que a incorporação institucional dessas concepções ainda é insuficiente. Mulheres indígenas e aborígenes relataram sofrimento, inadequação e estranhamento quando o cuidado obstétrico não reconhece território, família, ritualidade e segurança cultural como dimensões legítimas da assistência (8,9,13). A discussão aqui se aproxima da crítica mais ampla ao universalismo biomédico. Quando o cuidado é padronizado a partir de um corpo abstrato e supostamente neutro, ele tende a invisibilizar diferenças culturais e a produzir formas sutis, e por vezes explícitas, de violência institucional. Assim, a segurança cultural não pode ser pensada como adição periférica ao cuidado, mas como componente estrutural da qualidade assistencial em contextos interculturais (8,9,15).

No campo brasileiro, esse debate se torna especialmente sensível diante da política de atenção diferenciada em saúde indígena. Embora tal política reconheça

formalmente a necessidade de diálogo entre serviços e práticas indígenas, os estudos revisados mostram que sua operacionalização permanece marcada por ambiguidades, assimetrias epistemológicas e limitações institucionais (17,26-28). Langdon et al. destacam que o princípio da articulação entre medicina oficial e medicina indígena ainda enfrenta dificuldades concretas de implementação, justamente porque os serviços permanecem, em grande medida, organizados segundo lógicas biomédicas hegemônicas (17). De modo convergente, estudos com profissionais de saúde no Alto Rio Negro e com equipes que atuam junto aos Mbyá-Guarani revelam que o reconhecimento discursivo da diferença cultural nem sempre se traduz em práticas de cuidado efetivamente interculturais (26,28).

Esse cenário sugere que um dos grandes desafios contemporâneos da saúde intercultural é superar abordagens meramente adaptativas e avançar para formas mais simétricas de diálogo entre sistemas de conhecimento. Não basta respeitar a cultura em nível retórico. É necessário reorganizar processos de trabalho, formação profissional, protocolos assistenciais e formas de avaliação em saúde para incorporar os

sentidos locais de corpo, sofrimento, cura e bem viver (15,17,26-28). Em outras palavras, a discussão sobre corporeidade em povos tradicionais tem consequências práticas para a formulação de políticas públicas, para a organização do cuidado e para a própria crítica epistemológica do campo da saúde coletiva.

Outro ponto importante é que os resultados desta revisão reforçam a utilidade analítica da corporeidade como categoria integradora. Ao reunir estudos dispersos entre saúde indígena, enfermagem transcultural, antropologia médica, etnobiologia, saúde mental e saúde coletiva, a revisão mostrou que a noção de corporeidade permite articular fenômenos que, à primeira vista, apareceriam separados, como dor, parto, alimentação infantil, uso de plantas, espiritualidade, território, identidade e itinerários terapêuticos. Essa integração é relevante porque evita leituras fragmentadas do cuidado em povos tradicionais e contribui para uma interpretação mais consistente da saúde como processo encarnado, coletivo e historicamente situado (1-5,12,17,19,21-25).

Apesar dessas contribuições, a literatura analisada também revela lacunas. Parte dos estudos enfatiza

experiências específicas, como parto, dor ou uso de plantas medicinais, sem necessariamente aprofundar a categoria corporeidade de forma explícita. Além disso, ainda são relativamente escassos os estudos comparativos entre diferentes povos tradicionais no Brasil, bem como investigações quantitativas capazes de dialogar com indicadores mais amplos sem perder densidade cultural. Também se observa concentração de estudos qualitativos em determinados grupos e regiões, o que indica a necessidade de ampliar a produção sobre comunidades tradicionais menos investigadas e sobre populações em contextos de transição territorial, urbana ou migratória (14,18-20,23,28).

Entre as potencialidades desta revisão, destaca-se a articulação entre evidências nacionais e internacionais, o que permitiu demonstrar que a relação entre corpo, cultura e cuidado não é uma particularidade isolada de um povo ou país, mas um padrão recorrente em diferentes populações tradicionais. Ainda assim, a presença de estudos brasileiros foi essencial para mostrar especificidades do debate nacional, especialmente no que

se refere às experiências quilombolas, à saúde indígena e aos limites da atenção diferenciada (17-28). Desse modo, a revisão contribui para consolidar uma base teórica e empírica capaz de sustentar abordagens mais culturalmente sensíveis e epistemologicamente plurais no campo da saúde.

Em síntese, os resultados discutidos indicam que a corporeidade, em povos tradicionais, constitui uma experiência ampliada de saúde, inseparável de cultura, identidade, território, ancestralidade e práticas de cuidado. Reconhecer essa complexidade não é apenas um exercício interpretativo, mas uma exigência ética, política e assistencial para sistemas de saúde que pretendam responder de modo mais justo e efetivo às necessidades desses povos (1,7,15,17,28). A principal implicação da revisão é, portanto, a necessidade de fortalecer perspectivas interculturais que reconheçam o corpo como realidade plural, encarnada e socialmente situada, superando modelos reducionistas de cuidado e favorecendo práticas de saúde mais coerentes com os modos tradicionais de viver, adoecer e curar-se.

CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa evidenciou que a corporeidade, em povos tradicionais, constitui uma experiência ampliada de saúde, profundamente vinculada à cultura, à identidade, ao território, à ancestralidade e às práticas coletivas de cuidado (1-7,10,14-17). Os estudos analisados demonstraram que o corpo, nesses contextos, não pode ser reduzido a uma dimensão biológica ou funcional, pois é compreendido como espaço de inscrição de valores culturais, memória coletiva, vínculos familiares, espiritualidade e pertencimento comunitário (1-5,17). Assim, a saúde emerge como processo relacional e situado, produzido na articulação entre dimensões físicas, simbólicas, sociais e territoriais.

Os resultados também mostraram que as práticas tradicionais de cuidado permanecem centrais na organização da vida e da saúde de povos indígenas, quilombolas e outras comunidades tradicionais, manifestando-se por meio do uso de plantas medicinais, recursos terapêuticos naturais, rituais, apoio familiar, redes comunitárias e itinerários terapêuticos plurais (11,12,17-25). Nesse sentido, o cuidado não se estrutura a partir de uma lógica única ou linear, mas por meio de composições entre saberes ancestrais e serviços formais, o que

reforça a importância do reconhecimento do pluralismo terapêutico como componente legítimo da atenção à saúde (17,19,21-23).

A revisão destacou, ainda, que gênero, maternidade e transmissão intergeracional ocupam lugar estratégico na manutenção das práticas de cuidado. As mulheres apareceram como protagonistas na preservação e circulação de conhecimentos terapêuticos, especialmente em contextos de parto, cuidado infantil, alimentação e uso tradicional de plantas medicinais (8,9,13,19,20,24,25). Da mesma forma, o território revelou-se elemento estruturante da saúde e da corporeidade, uma vez que o corpo é vivido em conexão com a terra, com a paisagem, com a memória ancestral e com os referenciais culturais da coletividade (2,5,6,9,13,14,17).

Por outro lado, os estudos também evidenciaram limites importantes na relação entre povos tradicionais e serviços institucionais de saúde. Persistem barreiras na incorporação de concepções culturalmente situadas de corpo, sofrimento e cuidado, sobretudo em contextos marcados pela hegemonia biomédica e por dificuldades na efetivação da atenção diferenciada e da

segurança cultural (8,15,17,26-28). Esse cenário indica que o avanço de políticas e práticas de saúde voltadas a esses povos depende não apenas do acesso formal aos serviços, mas da construção de abordagens interculturais capazes de reconhecer, valorizar e dialogar com diferentes racionalidades terapêuticas.

Dessa forma, conclui-se que a corporeidade deve ser compreendida como categoria central para a análise da saúde em povos tradicionais, por permitir integrar corpo, cultura, identidade e cuidado em uma perspectiva ampliada e

crítica. O fortalecimento de práticas e políticas culturalmente sensíveis, baseadas no respeito ao território, à ancestralidade e ao pluralismo terapêutico, mostra-se essencial para uma atenção à saúde mais equitativa, ética e coerente com os modos tradicionais de viver, adoecer e cuidar-se (7,15,17,28). Além disso, a revisão evidencia a necessidade de novas investigações, especialmente no contexto brasileiro, que ampliem a produção comparativa entre diferentes povos e aprofundem a compreensão da corporeidade como dimensão estratégica da saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

1. Durie MH. A Maori perspective of health. *Soc Sci Med*. 1985;20(5):483-6. doi: 10.1016/0277-9536(85)90363-6.
2. Mark GT, Lyons AC. Maori healers' views on wellbeing: the importance of mind, body, spirit, family and land. *Soc Sci Med*. 2010;70(11):1756-64. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.02.001.
3. Magnusson JE, Fautua'ana G, Rego S, et al. Understanding the role of culture in pain: Māori practitioner perspectives. *N Z Med J*. 2011;124(1332):98-109.
4. Eggleton K, Stewart L, Kask A. Ngātiwai Whakapakari Tinana: strengthening bodies through a Kaupapa Māori fitness and exercise programme. *J Prim Health Care*. 2018;10(1):25-30. doi: 10.1071/HC17068.
5. Marques B, McIntosh J, Mulligan K, et al. Adapting traditional healing values and beliefs into therapeutic cultural environments for health and well-being. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;19(1):426. doi: 10.3390/ijerph19010426.
6. Black C, Frederico M, Bamblett M. 'Healing through culture': Aboriginal young people's experiences of social and emotional wellbeing impacts of cultural strengthening programs. *Child Abuse Negl*. 2024;148:106206. doi: 10.1016/j.chiabu.2023.106206.
7. Verbunt E, Luke J, Paradies Y, et al. Cultural determinants of health for Aboriginal and Torres Strait Islander people: a narrative overview of reviews. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):181. doi: 10.1186/s12939-021-01514-2.
8. Brown AE, Fereday JA, Middleton PF, Pincombe JJ. Aboriginal and Torres Strait Islander women's experiences accessing standard hospital care for birth in South Australia: a phenomenological study.

- Women Birth. 2016;29(4):350-8. doi: 10.1016/j.wombi.2016.01.004.
9. Marriott R, Reibel T, Coffin J, Gliddon J, Griffin D, Robinson M, et al. "Our culture, how it is to be us" - Listening to Aboriginal women about on Country urban birthing. *Women Birth*. 2019;32(5):391-403. doi: 10.1016/j.wombi.2019.06.017.
10. Snowshoe A, Crooks CV, Tremblay PF, Hinson RE. Cultural connectedness and its relation to mental wellness for First Nations youth. *J Prim Prev*. 2017;38(1-2):67-86. doi: 10.1007/s10935-016-0454-3.
11. Lin JC, et al. Looking beyond the individual - the importance of accessing health and cultural services for Indigenous women in Thunder Bay, Ontario. *PLoS One*. 2023;18(2):e0281695.
12. Greensky C, et al. A qualitative study of traditional healing practices among American Indians with chronic pain. *Pain Med*. 2014;15(10):1795-802. doi: 10.1111/pme.12488.
13. Gamlin JB, Hawkes SJ. Pregnancy and birth in an indigenous Huichol community: from structural violence to structural policy responses. *Cult Health Sex*. 2015;17(1):78-91. doi: 10.1080/13691058.2014.950334.
14. Sundvall GM, Eastwood EM, Bäärnhielm S. Samis in the city. A qualitative study of mental health and well-being among Samis in Stockholm. *Int J Circumpolar Health*. 2023;82(1):2246644. doi: 10.1080/22423982.2023.2246644.
15. Langdon EJ, Diehl EE, Wiik FB, Dias-Scopel RP. Articulation between health services and "indigenous medicine": anthropological reflections on policies and reality in Brazil. *Salud Colect*. 2017;13(3):487-99. doi: 10.18294/sc.2017.1117.
16. Dos Santos FV, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Andrade EGR, Soares AS, Andrade EFR. Knowledge and practices about health among Quilombola men: contributions to health care. *Rev Bras Enferm*. 2023;76 Suppl 2:e20230138. doi: 10.1590/0034-7167-2023-0138.
17. Oliveira PSD, Miranda SVC, Queiroz PSF, Santos BA, Rodrigues Neto JF, Sampaio CA. Therapeutic itineraries of quilombola women in northern Minas Gerais, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2024;29(3):e01762023. doi: 10.1590/1413-81232024293.01762023.
18. da Silva IFS, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Palmeira IP, Ferreira MA. Behaviors related to Quilombola women's health: a social representations study. *Rev Bras Enferm*. 2020;73 Suppl 4:e20190427. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0427.
19. Yazbek PB, Matta P, dos Santos PR, Rodrigues E. Plants utilized as medicines by residents of Quilombo da Fazenda, Atlantic Forest, Brazil. *J Ethnopharmacol*. 2019;243:112123. doi: 10.1016/j.jep.2019.112123.
20. Sauini T, et al. Participatory methods on the recording of traditional knowledge about medicinal plants in Bairro do Cambury, Ubatuba, São Paulo, Brazil. *PLoS One*. 2020;15(4):e0232288. doi: 10.1371/journal.pone.0232288.
21. De Farias AS, de Carvalho FG, Farias FR, Cristino JS, Dos Santos APC, Machado VA, et al. Therapeutic resources used by traditional communities of the Brazilian Amazon: a scoping review. *Rural Remote Health*. 2024;24(4):8269. doi: 10.22605/RRH8269.
22. Silva PO, Gubert MB, da Silva AKP, Pereira LL, Santos LMP, Buccini G. Intergenerational perceptions and practices in breastfeeding and child feeding among quilombola women in Goiás State, Brazil. *Cad Saude*

- Publica. 2021;37(10):e00148720. doi: 10.1590/0102-311X00148720.
23. da Mata NDS, de Sousa RS, Perazzo FF, Carvalho JCT. The participation of Wajãpi women from the State of Amapá (Brazil) in the traditional use of medicinal plants: a case study. *J Ethnobiol Ethnomed*. 2012;8:48. doi: 10.1186/1746-4269-8-48.
 24. Falkenberg MB, Shimizu HE, Díaz Bermudez XP. Social representations of the health care of the Mbyá-Guarani indigenous population by health workers. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2846. doi: 10.1590/1518-8345.1505.2846.
 25. Rissardo LK, Alvim NAT, Marcon SS, Carreira L. [The elderly care practices of indigenous-performance of health]. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(6):920-7. doi: 10.1590/0034-7167.2014670609.
 26. Feitosa MRG, Pontes ALM. The meanings of differential health care given by health professionals of the Alto Rio Negro DSEI-AM, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2024;29(12):e07052024. doi: 10.1590/1413-812320242912.07052024.
 27. De Silva S, et al. Culturally safe health care practice for Indigenous Peoples in Australia: a systematic meta-ethnographic review. *J Health Serv Res Policy*. 2022;27(1):74-84. doi: 10.1177/13558196211041835.
 28. Clark N, Walton P, Drolet J, Tribute T, Jules G, Main T, et al. Melq'ilwiye: coming together--intersections of identity, culture, and health for urban Aboriginal youth. *Can J Nurs Res*. 2013;45(2):36-57. doi: 10.1177/084456211304500208.