

## **Políticas públicas para povos indígenas e preservação de medicinas tradicionais no Brasil**

Public policies for indigenous peoples and preservation of traditional medicines in Brazil

Marina Evangelista Ferrer<sup>1</sup>, Adailson Henrique Miranda de Oliveira<sup>1</sup>,  
Luciano Tourinho<sup>1\*</sup>

1. Faculdade Santo Agostinho de Itabuna, FASAI, Itabuna, Bahia, Brasil.

\*Autor correspondente: Luciano de Oliveira Souza Tourinho, Pós-Doutor – E-mail: luciano.tourinho@itabuna.fasa.edu.br, Curso de Medicina – Faculdade Santo Agostinho de Itabuna, Endereço profissional: Av. Ibicaraí, n. 3270, Nova Itabuna – Itabuna, CEP 45600-000.

### **RESUMO**

A presente pesquisa trata de uma revisão narrativa de literatura com o objetivo de mapear as necessidades de transformações da relação das políticas públicas de saúde com as medicinas tradicionais indígenas no Brasil, com foco na evolução e inclusão dessas políticas na Atenção Primária e seu alcance aos povos originários. Para a coleta de dados, foram selecionadas as bases de dados Pubmed e Google Acadêmico, além de busca manual nas listas de referências dos trabalhos selecionados. Desse modo, observou-se que grande parte dos serviços de saúde ainda operam sob a limitação etnocêntrica da não inclusão do uso de plantas medicinais na promoção e no cuidado à saúde. Em vista disso, a competência intercultural e a capacitação das equipes de saúde carecem de ser aprimoradas, além de haver necessidade de correção estrutural na forma com que as políticas e serviços de saúde são delineados e implantados.

**Palavras-chave:** Saúde indígena; Políticas públicas; Plantas medicinais;

Atenção primária; Vulnerabilidades sociais.

## **ABSTRACT**

The present research is a narrative review of the literature with the objective of mapping the needs for changes in the relationship between public health policies and traditional indigenous medicines in Brazil, focusing on the evolution and inclusion of these policies in Primary Care and their reach to native Brazilians. For data collection, the Pubmed and Google Scholar databases were selected, in addition to a manual search in the reference lists of the selected works. Thus, it was observed that most health services still operate under the ethnocentric limitation of not including the use of medicinal plants in health promotion and care. In view of this, the intercultural competence and training of health teams need to be improved, in addition to the need for structural correction in the way in which health policies and services are designed and implemented.

**Keywords:** Indigenous health; Public policy; Medicinal plants; Primary attention; Social vulnerabilities.

## **Introdução**

A presente pesquisa se destina a reunir estudos sobre políticas públicas de saúde para povos indígenas, compilando produções da área que evidenciam a necessidade de transformação dos serviços públicos de saúde no Brasil para que haja garantia de sua eficácia.

Apesar de serem notáveis os avanços constitucionais<sup>1</sup> a respeito dos direitos dos povos indígenas no Brasil, a execução de muitos desses direitos ainda passa por um longo processo de aprimoramento, dentre eles o direito à saúde e às singularidades, além da minimização de suas vulnerabilidades sociais.

Partindo da premissa de que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada para o Sistema Público de Saúde (SUS)<sup>2</sup>, a sua evolução histórica ganha destaque nesta produção. Entre os avanços alcançados no âmbito da Atenção Primária estão políticas públicas que adotam o uso de plantas medicinais e da fitoterapia através do SUS<sup>3,4</sup>. A implantação dessas políticas, no entanto, ainda não se configura como uma realidade em muitas regiões que prestam serviços aos povos indígenas.

Considerando que o uso de plantas medicinais é uma realidade

ancestral para esses povos, sendo inerente às suas culturas e, por milênios, condição imprescindível para manutenção de sua saúde e suas vidas<sup>5</sup>, faz-se necessário encontrar meios para que os serviços de cuidado à saúde não se desvirtuem, através do etnocentrismo e do modelo biomédico, e sujeite os povos indígenas a uma condição de vulnerabilidade cultural, simbólica e cosmológica. Desse modo, tendo em vista o contexto multicultural presente no Brasil, e que a competência cultural é necessária na Atenção Primária<sup>6</sup>, a implantação do uso de plantas medicinais para o cuidado à saúde de indivíduos indígenas se mostra uma condição essencial para que as políticas públicas abracem seu dever previsto na Constituição Federal e o Brasil não perca sua vasta riqueza cultural.

## **Material e métodos**

Foi utilizado o método de revisão narrativa por possibilitar uma discussão ampliada. A revisão foi feita de forma não sistemática no período de outubro de 2022 a novembro de 2022. Para atender ao tema proposto, foi abordada a caracterização dos povos indígenas no Brasil e o histórico da Atenção Primária até o atual estágio de evolução.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados Pubmed e Google Acadêmico, complementada com uma busca manual nas listas de referências dos trabalhos selecionados. Além disso, foram utilizados livros, um documentário, dados de documentos oficiais nacionais do IBGE e do Ministério da Saúde e documentos oficiais internacionais. A busca incluiu as palavras-chave *práticas integrativas* ou *indígenas* ou *vulnerabilidades sociais* ou *plantas medicinais* ou *interculturalidade* combinados com *políticas públicas* ou *atenção primária* ou *saúde indígena*.

As buscas foram realizadas por um dos autores, sem limitação de data, país do estudo ou área de conhecimento. Através desse procedimento de busca, foram identificadas, inicialmente, 47 publicações elegíveis para inclusão nesta revisão. Em seguida, selecionou-se as publicações mais relevantes para a proposta de tema e, ao final, foram analisadas e inclusas publicações referenciadas nos trabalhos selecionados, totalizando 36 publicações.

Foram incluídos no estudo artigos nos idiomas inglês e português. A

seleção dos artigos, documentos oficiais nacionais e internacionais abrangeu o período de 1973 a 2022.

## **Resultados e discussão**

### **A Caracterização Dos Povos Indígenas No Brasil**

De acordo com a lei que regulamenta a questão indígena no Brasil, conhecida como Estatuto do Índio<sup>7</sup> (Lei n. 6.001, de 19 de dezembro de 1973), [Índio] “é todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional”.

A mesma lei traz, em seu artigo terceiro, que: comunidade indígena ou grupo tribal é um conjunto de famílias ou comunidades índias, quer vivendo em estado de completo isolamento em relação aos outros setores da comunhão nacional, quer em contatos intermitentes ou permanentes sem, contudo, estarem neles integrados.

Tal estatuto foi promulgado, no entanto, no período da ditadura militar, no início dos anos 1970, e transmite que o direito à saúde dos povos indígenas seria de responsabilidade da Funai, sem articulação com o sistema nacional de saúde vigente à época e sem a previsão de formas de controle social das ações de saúde.

Por essas razões e por vislumbrar a integração dos indígenas à sociedade nacional, o que resultaria em uma perda da riqueza cultural desses povos, - o que reflete o olhar do regime ditatorial, que considerava os povos indígenas como obstáculo para o desenvolvimento do país - o Estatuto do Índio passou a ser firmemente criticado<sup>8</sup>. Dessa forma, desenrolou-se a criação do Projeto de Lei n. 2.057, em 1991<sup>9</sup>, conhecido como Estatuto das Sociedades Indígenas, adaptado em 2016 para Estatuto dos Povos Indígenas (PLS n. 169/2016), que reconhece esses povos como sujeitos políticos com direito à autodeterminação, ou seja, de exercer soberanamente o direito de determinar o próprio estatuto político. O Projeto de Lei transmite a responsabilidade do direito à saúde dos povos indígenas ao Ministério da Saúde, na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas e prevê a participação comunitária por meio dos conselhos de saúde. Além disso, são citados os direitos ancestrais à

terra, à diferença cultural e à auto-identificação, garantindo, assim, a proteção social, cultural, territorial e jurídica, além da igualdade<sup>10</sup>. A substituição do Estatuto do Índio, ainda que iniciada em 1991, ainda aguarda designação do relator<sup>11</sup>.

Entre as conquistas da caracterização dos povos indígenas no Brasil, está a Constituição de 1988, que reconhece que o Estado precisa assegurar as condições para que os povos indígenas possam viver à luz de seus próprios princípios culturais e sociais, sem a perspectiva de que virão a se integrar à sociedade nacional.

Segundo a Constituição Federal, Capítulo VIII, Dos Índios, Artigo 231: São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens<sup>1</sup>.

Dessa maneira, compete às políticas públicas o dever de respeitar a singularidade dos povos indígenas e minimizar a situação de vulnerabilidade social, econômica, cultural, territorial e de saúde em que esses grupos se encontram, reconhecendo seu direito de preservar seus modos de vida, cosmovisões e saberes.

O Censo Demográfico de 2010 contabilizou a população indígena com base nas pessoas que se declararam indígenas no quesito cor ou raça e para os residentes em Terras Indígenas que, apesar de não terem se declarado, se consideraram indígenas. Este Censo revelou que, das 896 mil pessoas que se declaravam ou se consideravam indígenas, 572 mil, ou 63,8%, viviam na área rural e 517 mil, ou 57,7%, moravam em Terras Indígenas oficialmente reconhecidas. Dessa forma, destaca-se que o percentual de indígenas vivendo em centros urbanos é de apenas 36,2%, revelando um estreito vínculo com a terra<sup>12</sup>.

### **A Assistência À Saúde: Uma Evolução Histórica Da Atenção Primária**

A Constituição de 1988, em seu artigo 196, define um conceito ampliado de saúde, sendo esta um direito do cidadão e dever do Estado, além da instituição de um Sistema Único de Saúde, pautado nos princípios de

universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade<sup>1</sup>. Esse sistema resultou de um forte movimento social pela construção de um sistema de saúde universal para o país, denominado reforma sanitária<sup>13</sup>.

Acontecia, no cenário internacional, em 1978, a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em Alma-Ata, que reafirmou a saúde como direito humano e uma das principais metas sociais mundiais. Segundo a Declaração de Alma-Ata, foi estabelecido que os cuidados primários de saúde eram essenciais e indivíduos, famílias e comunidade deveriam ter acesso universal e plena participação, a um custo que a comunidade e a sociedade possam suportar. A APS foi considerada a chave para se atingir o objetivo em todo o mundo, respeitando-se as diferenças políticas, econômicas, sociais e culturais de cada país<sup>14</sup>.

Inspiradas pelos princípios da Declaração de Alma-Ata, elaborou-se, em 1986, a Carta de Ottawa, na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, na qual foram listadas as condições, recursos e campos de ação para a promoção da saúde<sup>15</sup>, e a Carta de Adelaide, elaborada em 1988, na 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na Austrália, que ressalta a construção de políticas públicas saudáveis, como fator essencial no impacto sobre a saúde da população<sup>16</sup>. Esses acontecimentos serviram como base para importantes movimentos que confluíram na conformação de um novo paradigma para as estratégias de APS.

Segundo Starfield<sup>2</sup>, a atenção primária é a porta de entrada do sistema de saúde para todas as necessidades e os problemas. A década de 1990, representou um período de importante e significativa mudança na política de saúde do Brasil. Enquanto que, após vários anos, a atenção hospitalar fora privilegiada, a APS passou a receber uma concentração de esforços, programas e investimentos, havendo a criação de incentivos financeiros federais calculados e transferidos em base per capita.

No Brasil, as iniciativas de caráter nacional basearam-se em experiências que tiveram êxito em estados e regiões, como o Programa de Agentes de Saúde, que fora, inicialmente, desenvolvido no estado do Ceará desde 1987, para envolver principalmente mulheres da comunidade em ações

com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde no sertão cearense. Assim, eram realizadas visitas domiciliares regulares às famílias, por meio das quais eram fornecidas as orientações básicas sobre cuidado em saúde por pessoas da própria comunidade devidamente capacitadas para isso.

A partir dessa experiência, em 1991, o Ministério da Saúde adotou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), nas regiões Norte e Nordeste do país, com a proposta de incluir membros respeitados e reconhecidos, como lideranças da comunidade, que tinham influência sobre a população, para serem integrantes da equipe que prestava assistência à saúde. Dessa forma, quando uma pessoa influente na comunidade passou a orientá-la sobre mudanças de hábito e cultura que pudessem melhorar a saúde, houve significativo impacto positivo sobre os indicadores de morbidade e mortalidade na região. Após implementar uma visão ativa da assistência em saúde, focando não apenas no indivíduo, mas na família, com integração junto à comunidade e menos centrada na intervenção médica, o PACS, três anos depois, em 1994, procedeu na formulação do Programa Saúde da Família.

A atuação da APS foi remodelada pelo Governo Federal, tomando forma no Programa Saúde da Família – atualmente chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF tem o objetivo de promover a qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades através do fortalecimento da atenção básica à saúde nos sistemas municipais. As equipes de saúde atuam realizando ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos e manutenção da saúde da comunidade, através de consultas multiprofissionais, visitas domiciliares, grupos educativos, reuniões com a comunidade, atividades de matriciamento e ações coletivas<sup>13</sup>.

O modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, em 1996, foi redefinido através da Norma Operacional Básica 96 (NOB 1/96), que instituiu o Piso de Atenção Básica (PAB), tornando o repasse financeiro da saúde mais equitativo a todos os municípios brasileiros<sup>17</sup>. Essa mudança favoreceu a adesão dos municípios ao Programa de Saúde da Família, expandindo assim o acesso da população. A partir disso, foram instituídos incentivos, na atenção primária, a populações historicamente negligenciadas, como quilombolas, assentamentos agrários, populações indígenas e municípios brasileiros com baixos Índices de

Desenvolvimento Humano, fazendo cumprir, dessa forma, o princípio de equidade previsto para o SUS<sup>18</sup>.

### **Cultura E Saúde: A Preservação Da Medicina Indígena Na Atenção Primária À Saúde**

Surgiram, nas últimas décadas, movimentos sociais e políticas públicas a fim de resgatar os saberes tradicionais e valorizar a promoção e integralidade no cuidado à saúde, estimulando a interação humanidade-natureza<sup>19</sup>. A partir da declaração de Alma-Ata, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu o uso de plantas medicinais e fitoterápicos como estratégias efetivas em saúde, validando suas propriedades curativas, profiláticas e paliativas<sup>20</sup>. No Brasil, o tema foi abordado em 1986, na 8ª Conferência Nacional<sup>21</sup>, que teve o papel de definir a inclusão das denominadas práticas alternativas de assistência à saúde no Sistema Único de Saúde, ainda em construção, o que permitiria ao usuário a escolha da terapêutica desejada. A posterior regulamentação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)<sup>3</sup> e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos<sup>4</sup> determinou a adoção do uso de plantas medicinais e da fitoterapia no SUS, com foco na atenção primária à saúde, como uma alternativa a mais de tratamento para processos de adoecimento da população, de forma a valorizar o saber popular<sup>22</sup>.

Constatou-se, no entanto, que em 2020 apenas 54% dos municípios brasileiros ofereciam as práticas integrativas através do SUS<sup>23</sup>, com o acesso concentrado nas regiões Nordeste e Sudeste<sup>24</sup>, sendo que as regiões onde mais se encontra grupos reconhecidos como indígenas são a região Norte – que está em penúltimo lugar em índices de oferta das Práticas Integrativas pelo SUS – e a região Nordeste<sup>25</sup>.

Dessa forma, é possível notar que comunidades indígenas residentes na região Norte, em sua maioria, não usufruí dos serviços previstos nas políticas públicas nacionais mencionadas, assim como boa parte dos indivíduos indígenas distribuídos pelo país. Logo, falta às políticas públicas a geração não só de acesso a bens e serviços (principal objetivo desde suas criações), mas o acesso a fazer escolhas.

As florestas brasileiras contam com uma extensa diversidade cultural, onde os povos originários utilizam, de forma empírica, seus recursos naturais como meio de se alimentar e como fonte curativa das mais diversas enfermidades. O conhecimento medicinal tradicional a esses grupos se mostra essencial para sua sobrevivência desde tempos imemoriáveis<sup>5</sup>, além de muitas vezes fazerem parte de sua mais íntima esfera cultural e cosmológica, sendo, portanto, a perda desses saberes uma grave ameaça a muitas culturas e à saúde desses indivíduos.

Além disso, são notáveis as relações de poder imersas nos processos interculturais, em que os sistemas de conhecimento tradicionais e ocidentais se encontram assimetricamente posicionados, à medida que as políticas públicas partem do universo cultural de sujeitos detentores do poder de formulá-las e implantá-las em direção ao universo cultural dos grupos alvos, neste caso os povos originários. Nesse contexto, raramente leva-se em consideração as dimensões simbólicas da compreensão do processo saúde-doença por esses grupos<sup>26</sup> e a supressão de valiosos saberes torna-se uma realidade.

No Brasil, o Conselho Nacional de Saúde exerce o papel de fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde nas diferentes áreas, levando as demandas da população ao poder público, o que poderia tornar a implantação das políticas públicas menos verticalizada e servir para a inserção de políticas que atuem na preservação de culturas originárias, como o uso de plantas medicinais nas redes públicas. No entanto, há características nos conselhos que dificultam sua constituição como instâncias de democracia deliberativa. Entre elas, sobressaem as distorções na representação e a baixa representatividade dos conselheiros.

A necessidade de que os conselheiros representem de fato os interesses da população que eles se propõem a representar nem sempre é contemplada na conformação dos conselhos. Apesar de a participação popular, nesse sistema, de ser a força capaz de influenciar os serviços públicos, a falta de valorização dos trabalhadores e usuários em relação a esse espaço de comunicação faz com que o exercício do diálogo se torne a estratégia fundamental para a sua consolidação.

Alguns estudos apontam que o processo de institucionalização do

conselho tem representado uma limitação da participação popular e do controle social, o que se confirma em locais onde os conselheiros não são eleitos, mas indicados, e as decisões não são divulgadas para a população<sup>6</sup>.

É preciso considerar, portanto, que esses espaços formais não são suficientes. É necessário também que se trabalhe na formação de espaços democráticos de discussão dentro de cada comunidade alvo das políticas<sup>26</sup>.

Outro desafio para o acesso dos povos originários a um serviço de saúde que os contemple culturalmente ocorre devido aos profissionais da saúde não aprenderem sobre medicina tradicional em seus cursos de formação ou de extensão e muitas vezes desconhecerem evidências científicas acerca das plantas medicinais<sup>27,28</sup>. Uma pesquisa realizada junto a nove profissionais de uma Unidade de Saúde da Família (USF) da zona rural do município de Pelotas (RS) evidencia que, entre os profissionais participantes, nenhum teve contato com disciplinas ou discussões, durante a trajetória acadêmica, que abordasse o tema de plantas medicinais<sup>28</sup>

Segundo os estudos, a limitação de entendimento ocorre devido a uma falha estrutural dos planos de ensino acadêmico e das instituições, que não oferecem cursos de capacitação com o tema ou incentivos para que os profissionais busquem esses conhecimentos<sup>28</sup>. Contudo, um estudo de Alonso-Castro e colaboradores<sup>27</sup> revela interesse de 73% da amostra de profissionais em adquirir informações, por meio de cursos de capacitação, materiais complementares ou outras fontes que abordassem a utilização de plantas medicinais na APS<sup>28,29</sup>.

O desconhecimento sobre plantas medicinais resulta, também, na insegurança dos profissionais de saúde em prescrevê-las, assim como evidenciam os dados apresentados por Mattos e colaboradores<sup>29</sup>, onde os entrevistados desconheciam as plantas ou os fitoterápicos contidos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Embora a competência cultural seja citada como uma das características da atenção primária à saúde, atribuindo aos profissionais a tarefa de lidar com a diversidade cultural, o desconhecimento – ou mesmo o aberto desprezo – dos fatores culturais no processo saúde-doença é uma postura comum encontrada e na qual vigora o paradigma biomédico,

É perceptível, desse modo, um profundo etnocentrismo impregnado à prática médica, de modo que a visão de mundo de um grupo social (e a sua cultura) é tomada como referência em relação às outras culturas. Assim, é assumida uma postura “civilizatória” em relação às pessoas, para que, acriticamente, elas se aproximem de uma concepção reducionista da saúde<sup>6</sup>, deixando de lado seus modos de praticar ancestrais artes de cura.

Segundo o documentário Paisagens do Conhecimento, o conhecimento tradicional, em algumas comunidades indígenas da Amazônia, passa por um processo de esquecimento e desvalorização, à medida que os indivíduos esperam por médicos e remédios convencionais, que nem sempre aparecem. Paralelo a isso, a paisagem ao redor dessas comunidades, que vivem cercadas pela grandiosa biodiversidade da Floresta Amazônica, guarda espécies vegetais ricas em propriedades medicinais. Essa constatação, revela o documentário, motivou a confecção de um sistema denominado Montagem Da Paisagem do Conhecimento<sup>30</sup>.

O projeto consiste em reunir conhecimentos pessoais e ancestrais sobre plantas de uso medicinal baseados nas experiências de cada indivíduo da comunidade, por meio de um levantamento das partes usadas das plantas para cada finalidade. O projeto parte do princípio de que mesmo uma pessoa analfabeta pode guardar vasto conhecimento sobre plantas medicinais.

Após o levantamento desses conhecimentos, a comunidade apresenta suas plantas para que o pesquisador Moacir Biondo ensine, de forma segura, a partir de seu conhecimento pessoal e com respaldo acadêmico, o que sabe de seu uso, preparação e composição química, de modo que cada indivíduo complementa aquele saber. Ao final da vivência, o conhecimento resgatado no local é devolvido às comunidades, registrado em uma cartilha para que seja feito seu estudo e de modo a impossibilitar a apropriação do conhecimento pela indústria<sup>31</sup>.

Dessa forma, o projeto é um exemplo de como a preservação dos saberes da medicina dos povos originários pode impactar positivamente a vida em suas comunidades, à medida que permite a sua autonomia e facilita seu acesso à saúde, mantendo vivas suas tradições e culturas. Essa conjuntura contraria as perversas falhas do evolucionismo: a transformação das diferenças

em distâncias temporais<sup>32</sup>, sob a ótica de que a ciência e a forma de vida do homem ocidental é parâmetro para o julgamento de todas as demais formas de vida e saber – a ciência (medicina) como modernizadora do outro, como salvadora de seu atraso<sup>6</sup>.

Uma pesquisa realizada no município de Santarém-PA fez um levantamento de etnoespécies utilizadas pelos moradores do local para que haja estudo acadêmico sobre as plantas a fim de iniciar sua utilização na rede pública municipal da região, pois o uso de fitoterápicos pelo SUS ainda não se encontra implantado no local<sup>33</sup>. O reconhecimento desses saberes populares é essencial para garantir a saúde da maior parte das comunidades amazônicas, visto que muitas vezes a natureza se constitui a única fonte de recursos para a sua sobrevivência<sup>5</sup>, além de ser a forma de contemplar o princípio de integralidade previsto pelo Sistema Único de Saúde.

Outros autores defenderam a necessidade de haver um maior fomento à pesquisa com plantas medicinais e uma maior capacitação de profissionais da saúde para uma correta orientação do usuário a fim de possibilitar a implementação de políticas públicas de fitoterapia<sup>33</sup>. Além disso, autores destacaram a imprescindibilidade de orientar os pacientes corretamente quanto ao potencial de toxicidade de algumas plantas<sup>35,36</sup>.

## **Conclusão**

Pode-se concluir que, apesar da notável evolução das políticas públicas de saúde no Brasil e seus avanços no reconhecimento da legitimidade do uso seguro de plantas medicinais na rede pública, sua concretização ainda não é uma realidade para a maior parte dos povos indígenas do território brasileiro. Essa verdade se revela um problema à medida que, ao utilizar como padrão de atendimento o modelo biomédico e dissociar os povos indígenas da utilização de seus conhecimentos ancestrais no processo saúde-doença, as relações de poder no contato intercultural de oferta à saúde tornam-se uma ameaça às culturas dos povos originários.

Além disso, a preservação do uso de plantas medicinais no cuidado à saúde desses povos mostra-se essencial ao passo que muitos indivíduos indígenas vivem em regiões onde as plantas medicinais são sua única fonte de

prevenção, cura e cuidados paliativos.

Dessa forma, para garantir a efetividade das políticas públicas de saúde para os povos originários de modo a contemplar o princípio de integralidade nos serviços, faz-se necessária, além de sua representatividade legítima nos conselhos de saúde, espaços de discussão das políticas dentro das comunidades-alvo. Ademais, é essencial a execução do direito dos povos indígenas a determinar o próprio estatuto político, garantindo sua proteção social, cultural, territorial, jurídica e de igualdade. Além disso, de modo a extinguir o etnocentrismo da prática médica, se faz necessária a inclusão, nos planos de ensino acadêmico e nas instituições, capacitações para o contato intercultural e para o uso seguro de plantas medicinais na prática médica. Assim, poderá ocorrer, em mais unidades de atenção primária, a implantação das políticas nacionais que orientam o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, além de outros projetos que auxiliem no resgate e na valorização dos conhecimentos tradicionais.

## Referências

- 1 BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil.
- 2 STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS. Brasília: MS; 2006.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos. Brasília: MS; 2006.
- 5 SCUDELLER, Veridiana Vizoni; VEIGA, JB da; ARAÚJO-JORGE, LH de. **Etnoconhecimento de plantas de uso medicinal nas comunidades São João do Tupé e Central (Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Tupé)**. Biotupé: meio físico, diversidade biológica e sociocultural do Baixo Rio

Negro, Amazônia Central, v. 2, p. 185-189, 2009.

6- GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática.**

Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.

7- MEDICI, E. **Estatuto do Índio.**, dez. 19DC. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6001.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6001.htm)>. Acesso em: nov. 9DC

8- COIMBRA JR, Carlos EA; SANTOS, Ricardo Ventura; CARDOSO, Andrey Moreira. **Processo saúde–doença.** Vigilância alimentar e nutricional para a saúde Indígena, v. 1, p. 47-74, 2007.

9- MERCADANTE, A. **Estatuto das Sociedades Indígenas**, out. 23DC. Disponível em:

<<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=17569>>. Acesso em: nov. 9DC

10- MOTA, T. **Estatuto dos Povos Indígenas**, abr. 20DC. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/125563>>.

Acesso em: nov. 9DC11-  
<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/125563>

12- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010.**

13- OLIVEIRA, Simone Augusta DE. **Saúde da família e da comunidade.** Ed. São Paulo: Editora Manole, 2017.

14- Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde.

15- BRASIL. **CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE**, 1., 1986, Ottawa. Carta de Otawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde.

16- OMS. **Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas.** OMS, Governo da Austrália Meridional, Adelaide, 2010

17- BRASIL. Página 48 da Seção 1 do **Diário Oficial da União (DOU)** de 6 de Novembro de 1996

18- MENDES, Áquillas; MARQUES, Rosa Maria. **O financiamento da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde.** Saúde em Debate, v. 38, p. 900-916, 2014.

19- PATRÍCIO, Karina Pavão et al. **O uso de plantas medicinais na atenção primária à saúde: revisão integrativa.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, p. 677-686, 2022.

20- IBIAPINA WV, Leitão BP, Batista MM, Pinto DS. **Inserção da fitoterapia na atenção primária aos usuários do SUS.** Rev Ciênc Saúde Nova Esperança 2014; 12(1):58-68.

21- BRASIL. **Relatório final da 8a Conferência Nacional de Saúde** [Internet]. Brasília; 1986 Mar 17-21. [acessado 2022 Nov 7]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)

22- FIGUEIREDO CA, GURGEL IGD, GURGEL GD JR. **A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios.** Physis 2014; 24(2):381-400.

23- BRASIL. **Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde.** Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/pics/ondetempics>>. Acesso em: 9 nov. 2022.

24- BRASIL. Ministério Da Saúde Secretaria De Atenção Primária À Saúde Departamento De Saúde Da Família Coordenação Nacional De Práticas Integrativas E Complementares Em Saúde. **Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde.** [s.l.: s.n.]. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pics/Relatorio\\_Monitoramento\\_das\\_PICS\\_no\\_Brasil\\_julho\\_2020\\_v1\\_0.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pics/Relatorio_Monitoramento_das_PICS_no_Brasil_julho_2020_v1_0.pdf)>.

25- Quem São. Disponível em: <<https://www.gov.br/funai/pt-br/atuacao/povos-indigenas/quem-sao#:~:text=Os%20Povos%20Ind%C3%ADgenas%20est>>