

Direito à diferença: imprescindibilidade do ensino da Medicina Tradicional Indígena nas Faculdades de Medicina da USP



Célia Gonçalves do Nascimento

Mestra em Direito (2005), Especialista em Direito Tributário (2002) e Bacharel em Direito (1985) pelo UNIFIEO – Centro Universitário FIEO, advogada inscrita na Subseção Barueri da OAB/SP, professora aposentada da Universidade Federal do Tocantins (UFT, 2009-2017), aluna especial da disciplina Corpo: conhecimento e compreensão na cidade”, ministrada no Programa de Pós-graduação Humanidades, Direitos e Outras Legitimidades, do DIVERSITAS - Núcleo de Estudos das Diversidades, Intolerâncias e Conflitos, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas – FFLCH da Universidade de São Paulo (USP, 2019).

Dotado de uma substância composta – corpo e espírito, o ser humano é natureza humana e, portanto, conforme ensina Félix Ruiz Alonso (2005), integrado tanto por uma vida sensitiva, de caráter fisiológico, quanto por uma vida superior, de caráter intelectual, que lhe permite construir seu mundo interior peculiar, *“do qual dimanam inclusive seus atos externos”*.

João Maurício Leitão Adeodato (1989), de quem tive o privilégio de assistir uma aula verdadeiramente esclarecedora, explica que para Hannah Arendt, condição e natureza humana não se confundem, sendo que condição humana é composta pelo mundo artificial (criado pela influência humana sobre o ambiente) mais a natureza humana.

Segundo Arendt, nas palavras de Adeodato, a condição humana se realiza na *“vita activa”*, que designa três atividades fundamentais: labor (trabalho, atividade gregária, ligada a dor e sofrimento, para manutenção da vida), produção de objetos (atividade solitária, que resulta na fabricação de coisas, tangíveis ou não, que constituem o mundo humano) e ação (condição humana da pluralidade, que se realiza com a interação entre os indivíduos, cuja máxima é a política e, por extensão, o direito). Entretanto, *“a condição humana também compreende a “vita contemplativa”, na qual o homem se abstrai por alguns momentos de seu condicionamento pelo mundo das aparências e realiza uma vida interior”*, constituída pelo pensar (pensamento), o querer (vontade) e o julgar (juízo).

Não obstante, ainda que fiel à ideia das duas vertentes, Hannah Arendt reconhece que o ser humano é uno.

A igualdade entre os homens deve ser examinada enquanto seres da mesma espécie. Entretanto, há que se admitir que cada pessoa humana é um ser singular, irrepetível - único em todo o universo, onde tenho que a regra é a da desigualdade fenomênica - de uma sociedade plural.

Eduardo Carlos Bianca Bittar (2009) entende que o movimento Maio de 68, iniciado por manifestações estudantis, que protestavam pela quebra de padrões comportamentais, e que eclodiu com uma greve dos trabalhadores na França, é um dos primeiros marcos pelo direito das minorias e do reconhecimento da diferença. Portanto, é recente *“a percepção de que a noção de igualdade faz sombra à possibilidade de um reconhecimento da singularidade ou particularidade de cada qual”*.

Para Bittar, *“o direito à diferença está baseado na ideia de que todos são “diferentes entre si, e, propriamente, isto é ser humano em sua singularidade”*. Logo:

Para conceituar a “natureza humana”, deve-se, portanto, respeitar as singularidades. Isso faz com que seja necessário assumir a complexidade da diversidade, que é a marca mais concreta da “natureza humana”, onde cabe lugar para o reconhecimento do índio, do negro, do branco europeu, do nipo-brasileiro, do sírio-libanês, da mulher, do homem, do idoso, da mulher homossexual, da criança, do artesão, do intelectual, do bancário, do deficiente, do espírita, do pentecostal, do católico... e isso porque todos temos “algo em comum” e este “algo em comum” tem a ver com a igual possibilidade de sermos responsáveis pelo respeito à alteridade e, por isso, considerados pertencentes à comunidade dos que fruem de direitos, na medida concreta de sua condição. Torna-se imperioso, portanto, para as sociedades contemporâneas que sejam capazes de promover e permitir o igual acesso ao reconhecimento, tendo nisto um ponto de encontro de uma comunidade organizada de cidadãos.

Conforme José Afonso da Silva (2008), o direito de igualdade que a nossa Constituição Federal, e que as Constituições em geral reconhecem, é a igualdade jurídico-formal, ou seja, igualdade perante a lei, cujo princípio tem como destinatários tanto o legislador como os aplicadores da lei, não significando que a lei deve tratar todos como indistintamente iguais, mas sim que, conforme Petzold, o tratamento igual se dirige àquelas pessoas que *“são iguais sob os aspectos tomados em consideração pela norma”*.

Para José Afonso, as pessoas são iguais ou desiguais de modo relativo. Neste contexto, se justifica o princípio da igualização, que permite a tutela de pessoas em posição econômica inferior.

Luiz Antônio Rizzatto Nunes (2002), eterno mestre que proferiu (nos idos de 2000) a aula magna do meu ingresso na pós-graduação, já explicava que o texto constitucional tira sua determinação de princípios abstratos e gerais, que decorrem da experiência histórica e evolução científico-filosófica da humanidade.

Para Rizzatto Nunes, o principal princípio fundamental garantido pela Constituição Federal de 1988 é o da “dignidade da pessoa humana”. *“Assim, não é possível falar – não deve ser possível falar – em sistema jurídico legítimo que não esteja fundado na garantia da intangibilidade da dignidade humana.”*

Rosa Maria de Andrade Nery, minha querida orientadora no Mestrado em Direito, ensina que o princípio da dignidade humana “é a razão de ser do Direito”, bastando sozinho para estruturar o sistema jurídico, reflexão que tem direcionado minha vida acadêmica e profissional.

Willis Santiago Guerra Filho (2001), que no Mestrado nos brindou com sua elucubração jurídico-filosófica, ensina que no Estado Democrático de Direito, a harmonização de interesses se situam em três esferas, a pública, ocupada pelo Estado, a esfera privada, onde se situa o indivíduo, e a coletiva, ou seja, dos interesses dos indivíduos enquanto membros de determinados grupos.

Nesta esteira, contrariando as concepções anteriores de integração do indígena à sociedade (de matriz europeia), a atual Constituição Federal (1988), dispõe:

Art. 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.

Conforme dados do último Censo Demográfico (IBGE, 2010), a população indígena no Brasil é composta por 896 mil e 900 pessoas, distribuídas em todas as unidades da Federação, sendo que 36,2% vive na área urbana e 63,8% em área rural. Foram contabilizadas 305 etnias e 274 idiomas falados.

José Afonso da Silva (2008) observa que a Constituição Federal “reconhece a existência de minorias nacionais”, referindo-se a “populações indígenas”, “comunidades indígenas” e “índios”, como comunidades culturais, esclarecendo que é “o sentimento de pertinência a uma comunidade indígena que identifica o índio”.

Sob o título *Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça* (2012), o IBGE revela que 37,4% da população auto declarada indígena vive na região Norte, 25,5% na região Nordeste, 16% na região Centro Oeste, 12% na região Sudeste e 9,2% na região Sul. No Estado de São Paulo, esta população corresponde à 41.794 pessoas, sendo 5,1% da população nacional. Na Cidade de São Paulo vivem 12.977 indígenas, sendo a 3ª cidade com maior população indígena do país. Não obstante, dos 10 municípios com maior população indígena, somente São Paulo apresentou perda populacional entre o período de 2000/2010.

Cada um destes povos possui sua própria cultura, onde o tratamento e a cura de doenças, em geral, é feita pelo pajé, num ritual denominado pajelança, que conforme considerações de Elisângela Aparecida Pereira de Melo (2019), professora da Universidade Federal do Tocantins (UFT), pesquisadora em etnomatemática e coordenadora do PET Indígena, “são rituais de manifestação, que ocorrem entre os pajés indígenas, para realizar a cura de enfermidades com ervas medicinais e de proteção da espiritualidade por meio de rezas, ervas medicinais e de outros elementos da natureza”.

O Professor José Ribamar Bessa Freire, que coordena o Programa de Estudos dos Povos Indígenas na Faculdade de Educação da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), relata que a eficácia da medicina tradicional indígena já havia sido confirmada há mais de quatro séculos pelo holandês Guilherme Piso (1611-1678), médico de Maurício de Nassau, que conta:

Lembro-me dos bárbaros, nos acampamentos, por meio de gomas frescas, sucos e bálsamos, livraram do ferro e do fogo e restabeleceram com êxito os membros dos soldados feridos por balas de espingardas, que estavam para ser amputados por cirurgiões europeus, lusitanos e batavos. Na preparação, prescindem de laboratórios e, ademais, sempre tem à mão sucos verdes e frescos de ervas.

O fato é que a crença em coisas que existem ou não, sempre permeou o imaginário humano.

Numa Denis Fustel de Coulanges (1987) relata que, em suas origens históricas, a cidade surge com um sentido religioso, como uma confederação de tribos, que se constituíram do agrupamento de fratrias ou cúrias, que derivaram da reunião de famílias, tendo cada uma destas coletividades seus deuses e crenças próprias. A cidade primitiva era integrada por cidadãos, que assim só se tornavam após fazerem o juramento de respeitar a religião da cidade. A urbe era o lugar da reunião, o domicílio e santuário da sociedade constituída em forma de cidade. A localização da urbe era revelada pela divindade e sua fundação se dava em um único ato. O autor bem coloca o valor da crença para o ser humano:

Devemos pensar bem na excessiva dificuldade existente entre as populações primitivas para fundarem sociedade regulares. O vínculo social não é fácil de se estabelecer [...] Para lhes dar regras comuns, para instituir o comando e fazer-se acatar pela obediência, para obrigar a paixão a ceder à razão, e a razão individual à razão pública, parece com certeza indispensável existir algo mais forte que a força material, mais respeitável que o interesse, mais seguro que a teoria filosófica, mais imutável que a convenção, alguma coisa existente por igual no fundo de todos os corações e nestes se afirmando com autoridade.

Essa coisa é a crença. Nada mais poderoso existente sobre a alma. A crença é obra do nosso espírito, mas não encontramos neste liberdade para modificá-la a seu gosto. A crença é de nossa criação, mas a ignoramos. É humana, e a julgamos sobrenatural. É efeito do nosso poder, e é mais forte do que nós. [...] O homem pode dominar a natureza, mas está sempre sujeito ao seu próprio pensamento.

Há mais de 40 anos atrás, por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela OMS (1978) na cidade de Alma-Ata, República do Cazaquistão, que resultou na Declaração de Alma-Ata, já se reconhecia que a medicina tradicional (MT) ou não convencional, que em alguns países é chamada de medicina complementar (MC) é uma parte importante para a saúde e bem estar das pessoas, informando que os cuidados primários de saúde:

7 - Baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.

O conceito de medicina tradicional é definido nas primeiras *Estratégias da OMS sobre a medicina tradicional* (para o período 2002-2005) como um conjunto de:

Práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e/ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou em combinação para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir enfermidades.

Na guisa dos termos, definições e siglas utilizados nestes estudos, conforme Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde, publicado pelo Ministério da Saúde (2018), temos:

Medicina alternativa, modelo de saúde que adota uma abordagem não convencional, tradicional ou não, no lugar da medicina convencional.ⁱ

Medicina complementar, modelo de saúde que compreende o uso conjunto de abordagens convencionais e não convencionais.ⁱⁱ

Medicina convencional, modelo de saúde que compreende o uso de sistema biomédico com incorporação de alta tecnologia, íntima relação com a indústria farmacêutica e medicalização da sociedade.ⁱⁱⁱ

Medicina integrativa, modelo de saúde que propõe a combinação das medicinas convencional, tradicional e complementar, sem hegemonia entre elas.^{iv}

Medicina tradicional, modelo de saúde que compreende conhecimentos, capacidades e práticas – baseadas nos saberes, nas crenças e nas experiências próprias de diferentes culturas – voltados para promoção da saúde, bem como para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças.^v

Povos e comunidades tradicionais, grupos de pessoas com formas próprias de organização social, ocupação e utilização dos territórios e recursos naturais, que utilizam conhecimentos e práticas gerados e transmitidos pela tradição para reproduzir hábitos culturais, políticos, religiosos, ancestrais e de saúde, entre outros.^{vi}

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), norma federal que contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos – tais como arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, homeopatia, medicina antroposófica, medicina tradicional chinesa/acupuntura, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, plantas medicinais/fitoterapia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, termalismo/crenoterapia, e yoga –, numa visão ampliada do processo saúde-doença, voltada à promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado, contribuindo, assim, para o aumento da resolutividade no Sistema Único de Saúde (SUS).^{vii}

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), práticas de saúde, baseadas no modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.^{viii}

Programa de Medicina Tradicional, estratégia adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para incentivar os países a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da medicina tradicional e complementar (MTC) nos sistemas nacionais de atenção à saúde.^{ix}

Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), plano de ações que visa à melhoria do acesso da população a plantas medicinais e fitoterápicos, à inclusão social e regional, ao desenvolvimento industrial e tecnológico, à promoção da segurança alimentar e nutricional, além do uso sustentável da biodiversidade brasileira e da valorização e preservação do conhecimento tradicional associado das comunidades e dos povos tradicionais.^x

Saúde integrativa, padrão de saúde que considera o sujeito como um todo, respeitando seu equilíbrio físico, emocional, estrutural, energético e espiritual, podendo ser utilizados recursos das medicinas convencional, tradicional e complementar integrativa.^{xi}

A Lei 8.080, de 19/09/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, alterada pela Lei 9.836, de 23/09/1999, criou Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, determinando expressamente:

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI), aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31/01/2002, ao tratar da articulação dos sistemas tradicionais de saúde, reconhece que “*todas as sociedades humanas dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e de tratamento das doenças*”, admitindo que, apesar da presença de estruturas de saúde ocidental, estes sistemas tradicionais são o principal recurso de atenção à saúde da população indígena:

Sendo parte integrante da cultura, esses sistemas condicionam a relação dos indivíduos com a saúde e a doença e influem na relação com os serviços e os profissionais de saúde (procura ou não dos serviços de saúde, aceitabilidade das ações e projetos de saúde, compreensão das mensagens de educação para a saúde) e na interpretação dos casos de doenças.

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura

respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde.

Portanto, a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença.

O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local.

Luciane Ouriques Ferreira, esclarece que para que sejam integradas aos sistemas nacionais de saúde, as medicinas tradicionais precisam ser aprimoradas e validadas pela ciência biomédica, bem como qualificados seus praticantes, sendo que

Para superar a falta de evidências clínicas sobre as MTs, a OMS atribui à ciência o papel de identificar e aprimorar as terapêuticas eficazes através de um processo de depuração dos aspectos culturais que as impregnam.

...

No mundo ocidental a ciência, enquanto forma moderna de produção de conhecimento, é a instância legítima pela qual os demais saberes devem ser submetidos para estabelecer seu próprio valor. É dela o poder de instituir uma hierarquia entre esses saberes e suprimir ou silenciar todos aqueles que forem julgados não válidos (Ayora Díaz, 2007, p.152-153). Nesse caso, os Estados nacionais não estão inclinados a incorporar todas as práticas e praticantes das medicinas tradicionais a seus sistemas oficiais de saúde, mas apenas aqueles que podem ser apreendidos pela racionalidade biomédica. Não se valida, portanto, uma prática ou um praticante meramente pelo fato de ser tradicional; é preciso submetê-lo ao escrutínio científico.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a estratégia da OMS sobre MTC (2014-2023) “tem como foco ajudar às autoridades sanitárias a encontrar soluções que propiciam uma visão mais ampla a respeito da melhora da saúde e a autonomia dos pacientes”, com dois objetivos principais: 1) *prestar apoio aos Estados Membros para que aproveitem a possível contribuição da MTC a saúde, bem-estar e a atenção centrada nas pessoas, e; 2) promover a utilização segura e eficaz da MTC mediante a regulamentação de produtos, práticas e profissionais.*

Durante o 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Saúde Pública (2018), Carissa F. Etienne, diretora da OPAS, apresentou o panorama atual sobre a MTC nas Américas: Bolívia, Equador e México prometeram, em suas Constituições a

respeitar e incluir essas tradições em seus sistemas de saúde. Brasil, Chile, Cuba, Guatemala, Panamá, Peru e Nicarágua já possuem legislações, políticas nacionais ou modelos de cuidados referidos como medicina complementar, alternativa ou integrativa. Cuba reconheceu a medicina natural e tradicional como uma especialidade médica. Nos Estados Unidos e no Canadá, médicos podem ter um board-certified, que comprova experiência em medicina integrativa.^{xii}

Atualmente, o PNPIC contempla 29 PICS, sendo: *Apiterapia, Aromaterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Dança circular, Geoterapia, Hipnoterapia, Homeopatia, Imposição de mãos, Medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Ozonioterapia, Plantas medicinais – fitoterapia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Terapia de florais, Termalismo social/crenoterapia e Yoga.*

Não obstante as práticas adotadas no Brasil, a medicina não convencional é muito pouco ou quase nada ensinada nos cursos de graduação em Medicina.

Júlia Ribeiro Maciel *et. al.* (2018), analisando grades curriculares de 15 cursos de graduação em Medicina (6 públicos e 9 privados) do Rio de Janeiro, constatam que apenas 3 instituições públicas e 1 particular oferecem disciplinas relacionadas à Medicina Tradicional, sendo: UNIRIO, onde a disciplina de “Homeopatia e outras racionalidades médicas” é obrigatória; Universidade Federal Fluminense (UFF), onde as disciplinas “Medicina tradicional chinesa, “Homeopática” e “Saúde e sociedade” são obrigatórias; Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), onde a disciplina de “Plantas medicinais” é eletiva e; Universidade de Vassouras (USS), onde a disciplina “Homeopatia” é eletiva. De acordo com questionário aplicado nos alunos das instituições pesquisadas concluiu-se que a) existe forte carência na oferta, b) existe demanda face o interesse dos formandos, c) existe incentivo por parte dos professores, que estimulam o debate sobre a temática do conhecimento tradicional, sua inclusão e importância.

Conforme previsto na alínea “c” do § 2º do artigo 9º da Lei nº 4.024, de 20/12/61, a competência para deliberar sobre diretrizes curriculares para os cursos de

graduação pertence à Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação (MEC).

Em 20/06/2014, a Câmara de Educação Superior aprovou a Resolução nº 3, qual instituiu as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, estabelecendo os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação em Medicina. Assim, no artigo 4ª, a norma estabelece que a formação do graduando em Medicina desdobrar-se-á nas áreas de Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde, sendo que, conforme previsto:

Art. 5º Na atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar:

I – acesso universal e equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, observado o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS)

...

IX – cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais da saúde e usuários do cuidado; e

...

Ao dispor sobre a Competência da Prática Médica, na compreensão de que competência é a “*capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes*”, a norma trata da área de competência da Atenção à Saúde, dividida em Atenção às Necessidades Individuais de Saúde (subdividida duas ações-chave: 1) Identificação de Necessidades de Saúde e, 2) Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos) e Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva (subdividida em duas ações-chave: 1) Investigação de Problemas de Saúde Coletiva e Desenvolvimento e 2) Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva), estabelecendo que:

Art. 12. A ação-chave Identificação de Necessidades de Saúde comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores:

I – Realização da História Clínica:

...

f) *identificação dos motivos ou queixas, evitando julgamentos, considerando o contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e a investigação de práticas culturais de cura em saúde, de matriz afro-indígena e de outras relacionadas ao processo saúde-doença;*

...

III – Formulação de Hipóteses e Priorização de Problemas:

...

e) *compartilhamento do processo terapêutico e negociação do tratamento com a possível inclusão das práticas populares de saúde, que podem ter sido testadas ou que não causem dano.*

A norma trata ainda dos conteúdos curriculares e do projeto pedagógico do curso de graduação em Medicina, dispondo que:

Art. 23. Os conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionado a integralidade das ações de cuidar da saúde, contemplando:

...

VII - abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas com deficiência, educação ambiental, ensino de Libras (Língua Brasileira de Sinais) educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira e indígena.

A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), criada pela Lei Estadual nº 19, de 21/11/1891, com o título de “*Academia de Medicina, Cirurgia e Pharmacia*”, posteriormente denominada “*Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*”, somente foi implantada em 1912 e, conforme previsto na Lei Estadual nº 1.357, de 19/12/1912, com um curso preliminar de um ano e um curso geral de cinco anos, que juntos compreendiam o ensino de 28 disciplinas (denominadas à época de matérias). Em 1934, com a criação da Universidade de São Paulo (USP), por intermédio do Decreto nº 6.283, de 25/01/34, a Faculdade de Medicina passou a integrar USP como um instituto autônomo.

Conforme Resultados Preliminares do Estudo Longitudinal de Médicos Formados na FMUSP (2019), que gentilmente me foi cedido pelo Professor Mário Scheffer, do Departamento de Medicina Preventiva, que há mais de 10 anos coordena os estudos da Demografia Médica no Brasil, estima-se que em 2020 o Brasil possuirá 500 mil médicos, formados em 340 cursos de Medicina, sendo 35 mil novos médicos

a cada ano. Deste quantitativo, tem-se que 7.580 médicos, que se encontravam inscritos nos diversos Conselhos Regionais de Medicina em dezembro de 2016, são formados da FMUSP e 407.251 médicos foram formados nas outras escolas.

Referido Estudo constatou que dos egressos da FMUSP, que se encontravam inscritos no conselho de classe no ano de 2016, 94,2% são provenientes da região Sudeste, 2,3% da região Sul, 1,4% do Centro-Oeste, 1,4% do Nordeste e 0,7% do Norte, sendo que 95% dos formados exercem suas atividades no Sudeste, 2,0% no Sul, 1,3% no Centro Oeste, 1,1% no Nordeste e apenas 0,6% no Norte.

Examinando a grade curricular, pude observar que a FMUSP oferece 72 disciplinas obrigatórias e 134 disciplinas eletivas, sendo que destas (que somam 208 disciplinas) apenas uma (01) única disciplina, qual seja “Introdução a Fitoterapia Chinesa” trás a temática dos conhecimentos da medicina tradicional (chinesa).^{xiii}

É pouco – muitíssimo pouco - diante da grandeza dos conhecimentos tradicionais, onde se destaca a Medicina Tradicional Indígena, tão rica da cultura dos povos da floresta.

De certa forma, a resposta ao desrespeito ao direito à diferença, quando suscitado, vem sendo reparado por nossos tribunais, como a exemplo da decisão proferida nos autos da Ação de Compensação por Danos Morais, ajuizada por Luciane Trurriyo Barreto contra a União Federal, a Fundação Nacional de Saúde – Funasa e o Estado do Amazonas, que reconheceu o direito ao tratamento de saúde diferenciado a uma criança indígena da etnia Tukano, do Amazonas.^{xiv}

Consta do relatório da sentença, que após ter ido buscar iscas no Igarapé da Onça, distante 700 metros da Comunidade de São Domingos Sávio, município de São Gabriel da Cachoeira/AM, quando, juntamente com seu pai e irmãos, fazia o trajeto de volta para a comunidade, Luciane foi picada no peito de seu pé direito por uma cobra surucucu, que é uma serpente bastante peçonhenta.

Diante da gravidade da situação, o pai carregou a menor no ombro até a canoa da família, retornando para a comunidade, onde pediu para a mãe da menor coletar ervas na mata para iniciar o tratamento, enquanto providenciava o deslocamento de Luciane até o polo-base de Pari-Cachoeira (distante 01 hora de lancha com motor rabeta), onde Luciane recebeu o soro antiofídico, fornecido pelo Exército Brasileiro,

sendo posteriormente removida para o Hospital Guarnição, localizado no município de São Gabriel da Cachoeira, distante 12 horas do polo-base. A menor permaneceu internada no hospital durante três (03) dias, sendo de lá enviada para Manaus, com destino ao hospital tropical, que não tinha médico especialista, sendo encaminhada para o Pronto Socorro da criança do Hospital João Lúcio.

No Hospital João Lúcio a menor foi submetida a uma cirurgia e após levada para uma enfermaria de isolamento com a perna coberta por gaze, sendo que na manhã do dia seguinte, quando foi levada para fazer curativo na sala de cirurgia, Luciane, que não falava fluentemente o português, mas compreendia o idioma, entendeu, pela conversa dos médicos e estagiários, que os planos eram de amputar a sua perna direita 05 (cinco) centímetros acima do joelho.

Diante dos fatos, o pai da menor, não concordando com a amputação, foi falar com a médica cirurgiã, solicitando que o tratamento tradicional (pajé e ervas medicinais) fosse associado ao tratamento médico, recebendo resposta negativa da cirurgiã, que informou que naquele hospital não era permitido este tipo de tratamento, e que nem sabia do que se tratava a figura do pajé. Em virtude da insistência da família, foi solicitado a presença da assistente social da Funasa, qual também tentou persuadir o pai a autorizar a amputação. Na sequência, a tia da menor pediu a intervenção do Ministério Público Federal, que se reuniu com os parentes da menor e um pajé, que explicaram aos promotores federais a intenção da realização do tratamento tradicional para evitar a amputação da perna, diante do que foi redigido um parecer, que foi encaminhado à diretoria do hospital, recomendando a garantia do tratamento diferenciado, que não foi acatado.

Assim, a pedido da família, a menor foi transferida para a Unidade de Apoio Clínico Hospitalar Indígena (UACHI) de Manaus, onde foi permitido o tratamento tradicional, ficando a menor durante 05 (cinco) dias sob os cuidados de enfermeiras, médico e 03 pajés, sendo depois de transferida para o Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), que equipe de especialistas (cirurgiões, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros) para acompanhar o caso, passando a menor por uma nova cirurgia, sendo que em três (03) dias já foi constatado o avanço na recuperação, descartando-se a amputação. Graças à associação da medicina tradicional à medicina ocidental, em menos de nove meses a menor se encontrava com sua perna quase

inteiramente recuperada, restando apenas a realização de fisioterapia para recuperação dos movimentos do pé direito.

Em 18/12/2014, tendo em vista os sofrimentos experimentados pela menor, a Justiça Federal proferiu decisão condenando a União, a Funasa e o Estado do Amazonas ao pagamento de danos morais no valor de 50 mil reais. Colhe-se da fundamentação da decisão condenatória:

Da análise das questões suscitadas pelo Hospital João Lúcio, vê-se claramente que houve ofensa ao princípio da igualdade, corolário do princípio da isonomia, que visa exatamente tratar de forma distinta quem esteja em situação desigual [...]

O Estado do Amazonas recorrido da sentença, atualmente, o processo encontra-se em fase de julgamento da Apelação – Processo nº 0012928-69.2010.4.01.3200, pelo juízo da 6ª Turma do Tribunal Regional Federal da 1ª Região.

Em decorrência das dificuldades enfrentadas, em 2017, os familiares de Luciane criaram o Centro de Medicina Indígena do Amazonas, onde são oferecidos remédios *in natura* manipulados com plantas medicinais e tratamentos indicados pelos pajés. Em depoimento ao Centro de Memória Digital, João Paulo Barreto, tio de Luciane, explica que:

A partir desse incidente, comecei a perceber o imaginário que as pessoas constroem acerca do nosso conhecimento, de forma pejorativa. Querem entendê-lo pela lógica da religião, relacionando com os conceitos de pecado, Deus e morte. Os médicos que negaram o tratamento conjunto entendiam os benzimentos como um ritual. Nada disso tem a ver com o nosso conhecimento. Então, comecei a pensar na melhor forma de colocar o conhecimento indígena no contexto social.^{xv}

O Professor André Mota, ao tratar da chamada “democracia racial brasileira”, nos mostra claramente que a questão étnica tornou-se central no Brasil da época da instalação da FMUSP, sendo que, conforme estudos da antropóloga Lilia M. Schwarcz, “a discussão racial penetrou muitas instituições”, chegando “ao padrão eugênico das faculdades de Medicina”, onde a ignorância da classe médica sobre a medicina tradicional atingia médicos (ditos sanitaristas) encarregados de desbravam os sertões brasileiros:

Ao repelir essa conduta popular frente às doenças, a corporação médica começou a se preocupar igualmente com a fonte dos conhecimentos populares” que respaldariam a oposição de pacientes e curiosos. Os métodos de cura ligados a esses conhecimentos permaneciam na mira dos esculápios que deles divisavam um entrave para o desenvolvimento e o progresso não apenas da ciência, mas do próprio homem a ela submetido. Mais do que isso, esse “disparate” ameaçaria a constituição da raça brasileira, em função do que chamavam de delinquente recalcitrante.

Mota, ilustrando este pensamento retrógrado, apresenta os argumentos eugênicos da época, na voz de Paulo Rubião Meira, professor da Faculdade de Medicina da USP, lançados na obra “A profissão do médico” (1916):

Um dos meios de cuidar da melhoria da raça, da eugenia, da supressão ou redução dos tarados, enfim, é reprimir energeticamente o curandeirismo e o charlatanismo, os quais representam um sério embaraço à ação da verdadeira medicina, uma vez que 80% dos nossos patrícios são analfabetos e, portanto, facilmente sugestionáveis pelos processos teatrais usados por essa escória de vigaristas, conhecida vulgar e legalmente por charlatães.

Boaventura de Sousa Santos (2018) esclarece que o paradigma global atual é o da racionalidade científica, constituído a partir da revolução científica do século 16, de modelo totalitário, que desconsidera todo conhecimento que não for pautado pelos seus princípios epistemológicos e regras metodológicas. Identifica um paradigma emergente, “*que ocorre numa sociedade ela própria revolucionada pela ciência*”.

Boaventura afirma que vivemos numa sociedade intervalar, de transição paradigmática, com duas dimensões principais: 1) a transição epistemológica, do paradigma conhecimento-regulação e o paradigma do conhecimento-emancipação; 2) a transição societal, do paradigma dominante (patriarcalismo, produção capitalista e consumismo desenfreado, desenvolvimento desigualdade e excludente etc.), e um novo paradigma ou conjunto de paradigmas de oportunidade de reinventar um senso comum emancipatório

Tenho comigo que o pensamento reducionista, com que nasceu e se manteve FMUSP, talvez explique sua resistência secular em reconhecer a importância do conhecimento tradicional na cura de doenças, recuperação e manutenção da saúde.

Diante dos novos paradigmas que se apresentam com inúmeros desafios a se enfrentar pela nova geração de médicos, penso justificar-se a inclusão na grade da graduação da FMUSP de disciplinas que apresentem, pelo menos, noções relativas

ao conhecimento tradicional, dentro os quais destaco a Medicina Tradicional Indígena, não para que o médico (formado sob a orientação das modernas técnicas da biomedicina) abandone os conhecimentos convencionais e passe a praticar a pajelança, mas para que tenha condições de dialogar com a diferença, buscando o melhor tratamento para o paciente.

Como diria Marcelo Arno Nerling, um dos professores responsáveis pela disciplina, que ora nos incentiva a redigir o presente artigo de opinião:

___ *Avante!*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ADEODATO, João Mauricio Leitão. *O problema da legitimidade: no rastro do pensamento de Hannah Arendt*. Rio de Janeiro: Forense, 1989.

ALONSO, Félix Ruiz. *Pessoa, intimidade e direito à privacidade*. In: MARTINS FILHO, Ives Gandra. MONTEIRO JÚNIOR, Antônio Jorge (coord.). *Direito à privacidade*. São Paulo: Ideias & Letras, p 11-35, 2005.

BITTAR, Eduardo Carlos Bianca. *Reconhecimento e Direito à diferença: teoria crítica, diversidade e a cultura dos direitos humanos*. In Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo: Revista da USP. v. 104, ´. 551-565, 2009, Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67869>, acesso em 27/04/2019.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm, acesso em 27/04/2019.

BRASIL. *Lei nº 8.080/90*, de 19/09/1990, Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, acesso em 30/06/2019.

BRASIL. *Lei nº 4.024*, de 20/12/1961. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L4024.htm, acesso em 29/06/2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014*. Brasília: DOU, 2014. Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192, acesso em 29/06/2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Censo Demográfico de 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010, Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=destaques>, acesso em 29/06/2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça*. Rio de Janeiro IBGE, 2012. Disponível em https://ww2.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf, acesso em 29/06/2019.

BRASIL. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. - 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002, Disponível em 01/07/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018, Disponível em <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/glossario-tematico.pdf>, acesso em 30/06/2019.

COULANGES, Numa Denis Fustel de. *A cidade antiga*. 2ª ed. trad. Fernando de Aguiar. ver. Virgínia de A. Thomé. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

FERREIRA, Luciane Ouriques. *A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas*. In Hist. cienc. saúde-Manguinhos vol.20 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2013, Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000100011, acesso em 29/06/2019.

FREIRE, José Ribamar Bessa. *Médicos, pajés e rezadeiras*. Disponível em <http://www.taquiprati.com.br/cronica/35-medicos-pajes-e-rezadeiras->, acesso em 29/06/2019.

GUERRA FILHO, Willis Santiago. *Processo constitucional de direitos fundamentais*. 2ª ed. rev. amp. São Paulo: Celso Bastos, 2001

MACIEL, Júlia Ribeiro, MADURO, Lorena Gonçalves Henriques Corrêa, ALMEIDA, Ângela Alves de, LOPES, Alexandre Ferreira, AZEVEDO, Michaele Alvim Milward de. *O ensino do conhecimento tradicional nos cursos e graduação em medicina no Estado do Rio de Janeiro*. In: Anais do 7º Simpósio de Gestão Ambiental e Biodiversidade. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em https://www.itr.ufrj.br/sigabi/wpcontent/uploads/7_sigabi/46Maciel_julia_172a176.pdf, acesso em 30/06/2019

MELO, Elisangela Aparecida Pereira de.

MOTA, André. *Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

NERY, Rosa Maria de Andrade. *Noções preliminares de direito civil*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

NUNES, Luiz Antônio Rizzatto. *O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana: doutrina e jurisprudência*. São Paulo: Saraiva, 2002.

OMS. *Declaração da Alma-Ata*. Disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>, acesso em 29/06/2019.

OMS. *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=document&slug=estrategia-oms-sobre-medicina-tradicional-2002-2005-6&layout=default&alias=796-estrategia-oms-sobre-medicina-tradicional-2002-2005-6&category_slug=vigilancia-sanitaria-959&Itemid=965, acesso em 29/06/2019

OMS. *Estratégia de OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Disponível em https://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/, acesso em 29/06/2019.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Um discurso sobre as ciências*. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2018.

SÃO PAULO (Estado). *Lei nº 19, de 21/11/1891*. Disponível em <https://www.al.sp.gov.br/norma/64104>, acesso em 29/06/2019.

SÃO PAULO (Estado). *Lei 1.357, de 19/12/1912*. Disponível em <https://www.al.sp.gov.br/norma/65548>, acesso em 29/06/2019.

SÃO PAULO (Estado). *Decreto nº 6.283, de 25/01/1934*. Disponível em <https://www.al.sp.gov.br/norma/130436>,

SCHEFFER, Mário e MATIJASEVICH, Alicia. (coord.) *Estudo Longitudinal de Médicos Formados na FMUSP*.

SILVA, José Afonso da. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. São Paulo: Malheiros, 2008.

ⁱ Nota: este termo foi adotado no movimento de contracultura e institucionalizado pela OMS, em 1962, no intuito de diferenciar diversas abordagens de cuidado adotadas em contraposição à medicina especializada e tecnocientífica. Em espanhol: medicina alternativa. Em inglês: alternative medicine.

ⁱⁱ Nota: surgiu a partir da aproximação entre as medicinas alternativa e convencional, deixando de ser um modelo de “um ou outro” e passando a “um e outro” e, apesar dessa aproximação, neste paradigma, o modelo convencional permanece hegemônico, utilizando práticas integrativas de forma complementar. Em espanhol: medicina complementaria. Em inglês: complementary medicine.

ⁱⁱⁱ Nota: sistema médico alopático e fortemente vinculado a evidências científicas. Em espanhol: medicina convencional. Em inglês: conventional medicine.

^{iv} Notas: i) A medicina integrativa adota as diferentes abordagens de cuidado considerando as necessidades do usuário, as possibilidades de oferta, bem como segurança, eficácia e efetividade das práticas terapêuticas. ii) Tem como princípios a relação terapêutica, a abordagem do sujeito como um todo e sua participação no tratamento, com ênfase na prevenção de doenças e na promoção da saúde. iii) Neste modelo, as diferentes medicinas têm a mesma importância e são utilizadas conforme a necessidade em cada caso. Em espanhol: medicina integrativa. Em inglês: integrative medicine.

^v Nota: Em espanhol: medicina tradicional. Em inglês: traditional medicine.

^{vi} Nota: a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS considera a utilização das medicinas tradicionais como uma forma de cuidado em saúde, destacando a importância dos povos e das comunidades tradicionais no compartilhamento das informações relacionadas. Em espanhol: pueblos y comunidades tradicionales. Em inglês: local people and traditional communities.

^{vii} Nota: a PNPIC amplia o acesso da população aos serviços e produtos das práticas integrativas e complementares na Rede de Atenção à Saúde, de forma segura, eficaz e com atuação multiprofissional, em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS. Em espanhol: Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias en el Sistema Único de Salud. Em inglês: National Policy of Integrative and Complementary Practices in the Unified Health System – SUS.

^{viii} Notas: i) Exemplos de PICS: acupuntura, aromaterapia, arteterapia, homeopatia, fitoterapia, meditação, reiki, tai chi chuan, terapia comunitária, terapia floral, termalismo, yoga, entre outros. ii) No Sistema Único de Saúde (SUS), as PICS ampliam a oferta das opções terapêuticas para a atenção à saúde e contribuem para que os usuários reduzam o consumo de medicamentos, aumentem a autoestima e melhorem a qualidade de vida. iii) Também são denominadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como medicina tradicional e complementar (MTC). Em espanhol: Prácticas Integrativas y Complementarias en Salud. Em inglês: Integrative and Complementary Practices in Health .

^{ix} Notas: i) O Programa de Medicina Tradicional incentiva o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento da segurança, eficácia e qualidade da medicina tradicional. ii) Em 2013, foi publicada a atualização da estratégia da OMS sobre medicina tradicional para o período 2014-2023. Em espanhol: Programa de Medicina Tradicional. Em inglês: Traditional medicine program.

^x Nota: o Programa foi estabelecido em consonância com a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Em espanhol: Programa Nacional de Plantas Medicinales y Fitoterapicos. Em inglês: National Program of Medicinal Plants and Phytotherapics.

^{xi} Notas: i) A saúde integrativa tem como foco a promoção da saúde, considerando a capacidade inata que o organismo dispõe para se recuperar. ii) O cuidado com o estilo de vida, que deve ser personalizado para cada paciente, pode envolver mudanças na dieta, a prática de atividades físicas, a busca do equilíbrio emocional e mental, por meio do uso da integração de terapias. Em espanhol: salud integrativa. Em inglês: integrative health.

^{xii} Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5608:diretora-da-opas-traca-panorama-da-medicina-tradicional-nas-americas-em-evento-no-rio-de-janeiro&Itemid=820, acesso em 29/06/2018

^{xiii} Disponível em <https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/listarGradeCurricular?codcg=5&codcur=5043&codhab=0&tipo=V&print=true>, acesso em 29/06/2019.

^{xiv} Processo nº 12928-69.2010.4.01.3200 - a 3ª Vara da Justiça Federal do Amazonas, disponível em <http://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/docs/sentenca-india-tukano-danos-morais/view>, acesso em 29/06/2019.

^{xv} Disponível em <http://www.mpf.mp.br/am/projetos-especiais/memorial/atuacoes-de-destaque/direito-de-indigenas-a-tratamento-tradicional-1>, acesso em 29/06/2018