

Bioética e interculturalidade na atenção à saúde indígena

Aislan Vieira de Melo¹, Graziella Reis de Sant'Ana², Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos³, Leosmar Antônio⁴

1. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso do Sul, Campo Grande/MS, Brasil. 2. Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde, Rio de Janeiro/RJ, Brasil. 3. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande/MS, Brasil. 4. Fundação Oswaldo Cruz, Campo Grande/MS, Brasil.

Resumo

Este artigo aponta aspectos socioculturais, teóricos e jurídicos para uma bioética intercultural na atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil. A partir de uma perspectiva que busca construir práticas bioéticas adequadas aos encontros entre culturas, o texto argumenta que o foco em tecnologias leves de saúde pode ser um caminho para superar as dificuldades encontradas em um contexto permeado pela colonialidade e o racismo estrutural. Algumas experiências de prática bioética intercultural são apresentadas no artigo. Essas experiências, apesar de se referirem ao contexto brasileiro, podem ser aplicadas em outros cenários de encontro entre diferentes culturas.

Palavras-chave: Bioética. Cultura. Assistência à saúde culturalmente competente. Saúde de populações indígenas. Saúde pública.

Resumen

Bioética e interculturalidad en la atención de salud indígena

Este artículo señala aspectos socioculturales, teóricos y legales para una Bioética intercultural en la atención a la salud de los pueblos indígenas de Brasil. Desde una perspectiva que busca construir prácticas bioéticas adecuadas para el encuentro entre culturas, el texto sostiene que el enfoque en tecnologías blandas de salud puede ser una forma de superar las dificultades encontradas en un contexto permeado por la colonialidad y el racismo estructural. Algunas experiencias de práctica bioética presentados neste artículo, aunque sean del contexto indígena brasileño, pueden ser aplicadas a otros contextos de encuentros culturales.

Palabras clave: Bioética. Cultura. Asistencia sanitaria culturalmente competente. Salud de poblaciones indígenas. Salud pública.

Abstract

Bioethics and interculturality in indigenous health care

This article points out sociocultural, theoretical and legal aspects for intercultural bioethics in health care for Indigenous peoples in Brazil. From a perspective that seeks to build bioethical practices suitable for encounters between cultures, the text argues that focusing on soft health technologies can help overcome the difficulties found in a context permeated by coloniality and structural racism. A few experiences of intercultural bioethical practice are presented in the article. Despite referring to the Brazilian context, such experiences can be applied in other scenarios where different cultures meet.

Keywords: Bioethics. Culture. Culturally competent care. Health of indigenous peoples. Public health.

Declararam não haver conflito de interesse.

No intenso encontro entre culturas que vivemos no século XXI, construir um quadro teórico e uma prática médica intercultural é um dos desafios da bioética^{1,2}. Atualmente, o encontro entre culturas ocorre num nível ainda mais amplo e acelerado, aumentando as possibilidades criativas e de respostas a questões que afligem o ser humano. No campo da saúde, a bioética é elemento-chave para estabelecer relações agregadoras entre caminhos diversos e lidar com as questões que envolvem saúde e doença.

Este artigo aponta aspectos socioculturais e jurídicos que vêm possibilitando experiências de bioética intercultural na atenção à saúde de povos indígenas. O estudo, que enfatiza questões culturais e se apoia em tecnologias leves de saúde³, visa apontar perspectivas para superar obstáculos à prática bioética em contextos permeados pela influência da colonialidade e do racismo estrutural⁴⁻⁶. Nesse sentido, o foco recai sobre a efetivação da prática bioética intercultural, sem deixar de considerar ou atribuir menos importância aos entraves que existem de fato⁵⁻⁸.

Assumindo que a bioética é um campo teórico e prático que surge dentro da biomedicina^{2,9,10}, discutiremos quatro aspectos facilitadores da prática bioética intercultural. O primeiro é a característica dinâmica da cultura, potencializada ainda mais pelos encontros interculturais¹¹. O segundo aspecto diz respeito ao fato de que, a despeito da diversidade ontológica, sempre há possibilidades de diálogo intercultural no nível pragmático¹²⁻¹⁴. O terceiro aspecto refere-se a um impulso que leva membros de uma coletividade a ultrapassar limites impostos pela própria cultura, questionando princípios éticos e normas de comportamento convencionados¹³. O quarto aspecto, por fim, está relacionado à estrutura, à organização e à cultura da sociedade moderna, na qual as interações sociais ocorrem deslocadas no tempo e no espaço, sem a necessidade de as pessoas dominarem tudo que o momento envolve^{15,16}. Esse espaço de não domínio permite a abertura ao diálogo entre sistemas médicos, sem que a biomedicina precise compreender totalmente os outros sistemas.

A partir de reflexão sobre a atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil, ressaltaremos aspectos socioculturais que permitem construir e fortalecer diálogos entre visões diferentes sobre o corpo e o processo saúde-doença. Uma das formas de

compreender essa diversidade de visões, indo além da biomedicina, é observar como tecnologias leves valorizam elementos que escapam a perspectivas predominantes nas ciências da saúde.

Bases socioculturais para uma bioética intercultural

Mesmo num contexto de ações de saúde permeadas pela colonialidade e o racismo estrutural, seja pela imposição direta ou sutil da biomedicina sobre as medicinas indígenas⁶, seja pela menor atenção dispensada a grupos indígenas e negros⁵, é possível observar experiências de prática bioética intercultural, situadas num nível mais elementar das interações sociais.

O termo “colonialidade” refere-se ao processo de dominação das mentalidades em que referências não eurocêntricas são consideradas inferiores e dispensáveis para o desenvolvimento da humanidade⁴. Iniciado no período colonial, esse processo não findou com a independência das colônias, e podemos sentir seus efeitos até os dias atuais. No âmbito da saúde, por exemplo, a colonialidade faz medicinas não biomédicas serem vistas como credíes, e seus especialistas como feiticeiros ou charlatões. No caso das medicinas indígenas, as palavras “xamanismo”, “feiticeira”, “xamã” e “pajé” demonstram o lugar que esses sistemas médicos ocupam no mundo ocidental¹⁷.

O racismo estrutural envolve dois movimentos. O primeiro diz respeito à base eurocêntrica das concepções de corpo e processo saúde-doença da medicina ocidental. Nesse sentido, algumas doenças que, por razões socioculturais ou genéticas, atingem de modo específico ou mais intensamente populações indígenas ou de descendentes de africanos não têm recebido a devida atenção, o que resulta em exclusão desses grupos na atenção à saúde⁵.

Paradoxalmente, o segundo movimento refere-se ao fato de que as ações em saúde, caso considerem essas particularidades, são acusadas de racialização da sociedade brasileira, muito embora a medicina já leve em conta outras diversidades, como gênero (saúde do homem e da mulher) ou faixa etária (saúde do idoso e da criança)⁵. Com base nesses dois movimentos, o racismo prejudica a atenção já escassa que indígenas e negros recebem do sistema de saúde e de seus profissionais¹⁸.

No contexto de interação entre culturas, destaca-se o conceito de interculturalidade:

No campo da saúde indígena, a noção de interculturalidade geralmente é empregada para caracterizar os contextos da atenção, as relações e os processos comunicativos estabelecidos no contato entre duas culturas diferentes – a indígena e a ocidental¹⁹.

Em geral, os autores diferenciam a interculturalidade crítica da interculturalidade funcional^{6,7,20}. Enquanto a primeira questiona aspectos estruturais que fundamentam a dominação, a exclusão e o apagamento da diversidade, a segunda busca rearranjos que enfatizam a convivência em meio à diversidade dentro do contexto sociopolítico vigente. Assim, enquanto a perspectiva crítica questiona a sociedade vigente, desnudando a colonialidade, seus efeitos e suas relações com outras ideologias, a perspectiva funcional, baseada no multiculturalismo, não questiona a origem da colonialidade e as relações que ela estabelece com outras ideologias^{6,20}.

Neste artigo procuramos refletir sobre experiências de bioética intercultural na atenção à saúde indígena de modo crítico, considerando as condições desfavoráveis impostas pelo contexto social, político e cultural.

Diálogo cultural no nível pragmático

Em vez de compreender a cultura como totalidade fechada em si mesma, com lógica própria e ininteligível a outra cultura, o que impossibilitaria o diálogo intercultural¹², a antropologia – e em especial a escola francesa²¹⁻²³ – aponta para a possibilidade de comunicação e inteligibilidade entre culturas, haja vista a universalidade de categorias de entendimento ou representações coletivas (tempo, espaço, causalidade, totalidade etc.) por meio das quais a mente humana apreende o mundo.

Nessa perspectiva, um mesmo esquema estrutural de funcionamento, compartilhado por toda a humanidade, seria expresso de modo diferente em cada agrupamento humano: *o relativismo estrutural de Lévi-Strauss enfatiza a unidade e mútua inteligibilidade das culturas humanas – desde que vejamos os diferentes sistemas culturais como transformações que operam segundo princípios mentais que são universais²⁴*. Assim, na medida em que parte do pressuposto da existência da unidade

humana, esse relativismo estrutural afirma a possibilidade de diálogo entre culturas.

Embora diferentes culturas possam divergir acerca de explicações sobre as coisas ou valores éticos e morais (ou seja, sobre suas ontologias), em determinadas situações essas culturas podem dialogar em nível pragmático, porque desejam o mesmo resultado, ainda que utilizem caminhos diversos para alcançá-lo. É, portanto, na existência de “*princípios pragmáticos da razão*” em toda humanidade²⁵ que está a chave do diálogo intercultural, isto é, a possibilidade de que mundos possam dialogar sem que um seja reduzido ao outro. Afinal, há uma capacidade humana universal de passar de um mundo a outro, e *mediante essa capacidade podemos, por assim dizer, modelar uma ontologia no interior da outra e torná-la inteligível mesmo sem acreditarmos no que o outro diz²⁵*.

Os sistemas culturais se situam a partir de “verdades” que ganham eficácia no âmbito pragmático. Por isso, diferentes sistemas de mundo podem entrar em acordo sobre certas consequências pragmáticas de seus postulados, sem que haja correspondência entre esses postulados ou entre as visões de mundo respectivas²⁶. No âmbito da saúde, por exemplo, há muitas particularidades culturais relativas ao processo saúde-doença, mas todos os sistemas médicos têm como objetivo, no nível pragmático, o restabelecimento da saúde e a diminuição do desconforto^{27,28}, mesmo que, para alcançar esse objetivo, recorram a métodos diferentes¹⁷.

Cultura em contínua construção

Embora haja variadas perspectivas teóricas, pode-se dizer que “cultura” corresponde a um conjunto de significados compartilhados pelos indivíduos de uma coletividade. Tais significados são atribuídos às coisas que compõem a realidade percebida por esses indivíduos por meio dos sentidos corporais (visão, audição, tato, paladar, olfato) e das ideias. Uma característica inerente a todo sistema cultural é que ele organiza o mundo e o torna inteligível para a coletividade, permitindo que ela o expresse por meio do pensamento e de ações individuais^{11,29,30}.

Outra característica inerente a toda cultura é a dinâmica de transformação, que independe do encontro com outros sistemas. Um sistema cultural, como algo que não é congelado no tempo e

no espaço, mas transformado com e pela história, só é eficaz quando continua a organizar o mundo e torná-lo inteligível^{29,31}. Assim, se os significados perdem a capacidade de ajudar a compreender um evento (que pode ser gerado internamente ou por agente externo, como um fenômeno da natureza ou outra cultura etc.), a coletividade reelabora esses significados para recuperar a eficácia do sistema cultural²⁹.

Como aponta Lévi-Strauss, exceto por períodos muito curtos, as *sociedades humanas nunca estiveram isoladas*³². Para ele, o encontro entre as culturas contribui com a dinâmica de transformação, diversificando tanto as possibilidades de resposta a situações empíricas como os próprios questionamentos.

Seguindo esse caminho, podemos reconhecer três momentos do encontro cultural: curiosidade pelo alheio (conhecer, compreender e aprender); revisão ou fortalecimento das próprias certezas; e singularização por meio da produção de diferenças, resultando na diversidade cultural. A dinâmica de transformação interna e sua potencialização pelo encontro levam ao aprimoramento e à sofisticação de algumas dimensões da vida humana.

Algumas culturas se orientam mais pela transformação do entorno pela tecnologia, outras pela espiritualidade, outras pelos sistemas de parentesco e organização social, outras pelas relações com a natureza, e assim por diante^{11,21}. Desse modo, não faz sentido afirmar que há culturas mais avançadas do que outras, porque cada uma delas se sofisticou numa direção, e a hierarquização só pode corresponder a um ponto de vista particular, que elege um aspecto específico para informar a comparação.

Outra característica da cultura, complementar à apontada por Lévi-Strauss, é observada por Santos¹⁴, para quem toda cultura é inacabada ou imperfeita. Tal incompletude, porém, *não é visível do interior dessa cultura, vez que a aspiração à totalidade induz a que se tome a parte pelo todo*³³. Nesse sentido, o autor utiliza o conceito de “hermenêutica diatópica” para compreender os encontros interculturais, que ampliam *ao máximo a consciência da incompletude mútua através de um diálogo que se desenrola, por assim dizer, com um pé numa cultura e outro, noutra*³³. A despeito de a completude jamais ser alcançada, reconhecer a existência de lacunas no sistema cultural abre possibilidades de diálogo intercultural, por meio do qual novos conhecimentos são construídos coletivamente.

Impulso ético e confiança no desconhecido

É consenso que seres humanos precisam passar por processos de socialização para aprender regras de comportamento e angariar reconhecimento como membros de uma coletividade. O impulso ético¹³, porém, leva o ser humano para além dessa padronização imposta pela cultura, que pode ser chamada de *paranatureza, ou seja, uma segunda natureza ou programação não biológica, parabiológica, implantada em nós mediante o processo de socialização e coincidente, portanto, com nossa própria humanidade*³⁴.

O impulso ético, presente em todas as culturas, deve-se às incompletudes e inconsistências do próprio sistema cultural. A consciência dessas incompletudes e inconsistências incita alguns membros de uma coletividade a procurar outros caminhos e soluções para os desafios postos pela realidade. Surge assim *a pulsão que nos alimenta o desejo de desconfiar de nossas crenças e de ouvir o que o outro tem a nos ensinar – pulsão constitutiva não só da aspiração ética, mas também da disponibilidade cognoscitiva*³⁵.

O impulso ético se move em direção ao incerto porque caminha para um mundo onde as “verdades” culturais podem não garantir a ordem das coisas. No âmbito da saúde, por exemplo, na medida em que o sistema médico ocidental se baseia na materialidade newtoniana²⁷, o impulso ético pode levar à busca por terapias não consagradas pela biomedicina, tais como as classificadas como medicinas alternativas e complementares, baseadas em elementos que transcendem perspectivas materialistas³⁶.

Diferentemente dessa pulsão que nos leva a questionar a própria cultura, na sociedade moderna, a confiança em experiências anteriores é elemento fundamental para agir nas situações em que não se tem domínio sobre tudo¹⁵. A sofisticação, a centralidade e a dependência científica deslocaram as relações sociais do tempo e do espaço em que elas ocorrem^{15,16}. Se, numa sociedade pré-moderna, o tempo era o presente, e o espaço era onde se experimentava o presente, atualmente nos relacionamos com pessoas que não estão presentes aqui e agora, mas que direcionam nossas ações (pelo telefone, por exemplo, ou outras tecnologias).

Passamos o dia dentro de habitações que não sabemos como construir, parte de nossa

comunicação ocorre por meio de aparelhos que não fazemos ideia de como funcionam ou como são produzidos, e nos deslocamos em veículos cujos mecanismos não conhecemos. Mesmo assim, ficamos tranquilos e acreditamos que tudo está sob controle: temos confiança de que a habitação não cairá sobre nós, de que a fala no telefone será escutada do outro lado da linha, e o carro funcionará conforme esperado.

O aspecto fundamental das relações cotidianas no mundo contemporâneo é a confiança que devotamos às coisas. Embora não seja absoluta, tal confiança se baseia em resultados anteriores observados por meio da experiência ou da ciência, sem que seja necessário conhecer os mecanismos que levam ao resultado previsto. A confiança tem como objetos o próprio mecanismo (a energia elétrica, por exemplo), o conhecimento que o fundamenta e a pessoa que o construiu (um engenheiro, por exemplo). A confiança, portanto, substituiu a presença espaço-temporal nas relações, organizando e dando inteligibilidade às coisas e aos processos¹⁵.

Na medicina isso ocorre em vários níveis e de diversas formas. No que tange aos exames, por exemplo, dos mais simples aos mais complexos, os médicos não têm domínio sobre a construção e o funcionamento dos instrumentos (raio x, ultrassom etc.), nem sabem como são elaborados os *softwares* que permitem o uso desses equipamentos. Não interessa ao médico conhecer os mecanismos de máquinas que possibilitam e orientam sua ação, mas basta ter certeza de que elas estão funcionando corretamente, sem prejuízos ao resultado da intervenção.

Aspectos legais

Instituído em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece serviços de saúde gratuitos a toda a população brasileira³⁷. Ao menos na legislação, esse sistema considera a especificidade das culturas indígenas (um resultado de reivindicações de movimentos indígenas que encontraram guarida no princípio de equidade do sistema). Desse modo, o Estado brasileiro conta com dispositivos jurídico-administrativos e estratégias para atender às demandas dos povos originários.

Um capítulo específico para os indígenas foi inserido na legislação sobre o SUS em 1999, obrigando que a atenção à saúde considere a realidade e especificidades culturais desses povos. O texto prevê *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*³⁸.

Atualmente, o atendimento à saúde indígena é organizado pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi)³⁹, cuja responsabilidade de execução recai sobre a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), ligada diretamente ao Ministério da Saúde⁴⁰. Fruto de embates políticos entre movimentos indígenas e Estado brasileiro, a Pnaspi é um detalhamento do capítulo relativo à saúde indígena no SUS. Essa política reafirma um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – *voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde*⁴⁰ –, visa garantir o reconhecimento da cidadania dos indígenas no âmbito do SUS, detalha a organização da rede de serviços em terras indígenas, procurando aproximar o serviço das comunidades, e trabalha a aceitação do sistema de saúde nessa população.

Para que a estratégia da Pnaspi seja efetiva, é necessária uma ação especial que considere particularidades culturais e diferentes realidades de cada povo (geográficas, históricas e políticas), usando *tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços*⁴¹. Nesse sentido, essa rede especial de atendimento tem como pilar os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Disei), que hoje somam 34 unidades espalhadas pelo país, atuando em contextos rurais e urbanos. Cada distrito organiza uma rede de serviços que contempla todos os níveis de complexidade e se articula com unidades de atendimento do SUS não voltadas exclusivamente aos indígenas. No quadro dos Disei, há profissionais de várias áreas da saúde, além de antropólogos e educadores, que formam equipes multidisciplinares³⁹.

São figuras importantes nos Disei os agentes indígenas de saúde e os enfermeiros, que atuam nos postos de saúde localizados em terras indígenas. Além desses profissionais, o atendimento à comunidade é realizado por equipe multidisciplinar que visita periodicamente as aldeias e atende nos postos de saúde.

O sistema de atenção aos povos originários conta também com polos-base. Esses polos geralmente estão situados em municípios próximos a aldeias, dentro de unidades básicas de saúde voltadas ao atendimento não só de indígenas, mas de toda a população local. Em situações de média e alta complexidade, o atendimento é realizado em uma unidade de atendimento do SUS, polo-base ou não, a depender do grau de complexidade.

A Pnaspi estabelece que, em todos os níveis de complexidade, deve-se incentivar atendimentos que considerem *restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros*⁴². Existe ainda a instância de atendimento das Casas de Saúde Indígena (Casai), que dão apoio a indígenas que saem das aldeias e vão à cidade para se tratar em unidades básicas de saúde ou na própria Casai.

No âmbito dos atendimentos de menor complexidade, em muitas regiões a Sesai firma parcerias com organizações não governamentais, indígenas ou não, que ficam responsáveis pelos atendimentos mediante repasse de recursos financeiros do Estado.

A Pnaspi pontua que é preciso reconhecer a eficácia da medicina indígena e o direito desses povos à sua cultura. Seguindo definições da Organização Mundial da Saúde (OMS), a política reserva um tópico específico à articulação do sistema de saúde nacional com os conhecimentos tradicionais, reconhecendo que toda sociedade humana constrói seu próprio entendimento acerca do processo saúde-doença.

A Pnaspi chama atenção para o fato de que *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*⁴³. A articulação com saberes tradicionais, como os conhecimentos indígenas de etnobotânica e farmacopeia, *deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas*⁴⁴.

A característica intercultural da Pnaspi já foi analisada por Lorenzo⁴⁵ e Ferreira⁶, dentre outros. No entanto, é preciso destacar que, a despeito da legislação, na prática, muitos profissionais, ou mesmo o próprio sistema de saúde, perpetuam

o preconceito e a exclusão, ainda que sem intenção, inviabilizando a prática de uma assistência à saúde de fato intercultural⁶. Mesmo porque há pouco espaço na formação acadêmica biomédica para discutir aspectos socioculturais e sua relação com os processos saúde-doença^{45,46}.

O atendimento à saúde dos povos originários não pode ser visto apenas a partir de uma perspectiva técnico-administrativa. É necessário considerar como a sociedade brasileira percebe esses povos e as especificidades das diferentes realidades indígenas.

Tecnologias leves na prática bioética intercultural

Outro mecanismo importante é a *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)*⁴⁷, cujas propostas contribuem para uma prática bioética efetivamente intercultural. No que tange à tomada de decisão, o artigo 18 da DUBDH estabelece que *tudo deve ser feito para utilizar os melhores conhecimentos científicos e as melhores metodologias disponíveis para o tratamento e o exame periódico das questões de bioética*⁴⁷.

Sem entrar em discussões sobre o imperialismo moral^{1,2,8-10,48,49} ou sobre a bioética de intervenção⁵⁰, enfatizamos aqui a relação entre bioética e humanização da medicina⁵¹, entendida como o cuidado que respeita a dignidade do paciente ao ter como foco não a doença, mas o indivíduo que está doente. Isso significa que a humanização da medicina proposta pela bioética não dá atenção *exclusivamente à técnica, aos procedimentos ou aos medicamentos, mas àqueles e às relações humanas envolvidas no ato médico*⁵².

Nesse sentido, é importante considerar o caráter multi, inter e transdisciplinar da bioética⁵¹. Ao visar a humanização da medicina, a bioética emerge como disciplina *multidisciplinar*, que envolve profissionais de diversas áreas. Quando esses profissionais compartilham seus conhecimentos e apreciações sobre o paciente, considerando uma grande variedade de ponderações, a abordagem pode ser considerada *interdisciplinar*. E, por fim, a bioética pode ser *transdisciplinar* quando o processo terapêutico é orientado não pela justaposição de conhecimentos de diferentes disciplinas, mas por uma perspectiva criativa que vai além dos limites de cada um dos saberes específicos envolvidos.

Para subsidiar o cuidado em contextos interculturais, e dada a impossibilidade de se utilizar integralmente o sistema médico materno/principal do paciente, propomos que, considerando o uso dos melhores conhecimentos científicos e metodologias disponíveis, como preconiza a DUBDH, as tecnologias leves podem ser tão relevantes quanto as tecnologias duras ou as leves-duras³.

Merhy³ divide as tecnologias de saúde em três tipos: as leves, que constroem relações humanas de vínculo, confiança, acolhimento, empoderamento, autonomia e compreensão das aflições e pontos de vista do enfermo; as leves-duras, que são procedimentos já estruturados do trabalho de saúde, como a clínica médica ou, segundo nosso entendimento, as práticas de fitoterapia ou outras técnicas tradicionais de cura usadas pelos povos indígenas; e as duras, materializadas nos equipamentos tecnológicos de exames e procedimentos mais invasivos.

Estas definições, muito utilizadas pelos pesquisadores brasileiros, fornecem a base de políticas e ações de saúde, a exemplo da Política Nacional de Humanização do SUS (HumanizaSUS)⁵³, que enfatiza a inserção das tecnologias leves no sistema. Tal política acompanha a definição de saúde da OMS ao destacar a importância de elementos que vão além de aspectos biomédicos do corpo e do processo saúde-doença⁵⁴.

As tecnologias leves possibilitam o diálogo entre os envolvidos no cuidado, procurando compreender como ocorrem as interações sociais e como as coletividades concebem a realidade e se relacionam com ela. Tais tecnologias, portanto, cumprem papel-chave na prática bioética intercultural. E, se, como preconiza a DUBDH, é direito do paciente acessar os conhecimentos científicos mais avançados, os sistemas de saúde não podem fechar os olhos para o que propõem essas ferramentas, sobretudo em um contexto de encontro cultural intenso^{10,55}. A própria Nhaspi é um exemplo de política pública que consegue dar destaque aos conhecimentos produzidos pelas tecnologias leves.

Práticas bioéticas interculturais na atenção aos povos indígenas

Vejamos três exemplos que podem servir de inspiração inicial para práticas bioéticas em contextos

de encontros culturais. Esses exemplos demonstram a importância das tecnologias leves e do diálogo intercultural no nível pragmático, sem a necessidade de que o mútuo entendimento seja integral.

A primeira experiência ocorreu em São Miguel das Missões, município do Rio Grande do Sul. Em 2011, após solicitação do povo Guarani Mbyá, o Ministério Público Federal intermediou um acordo entre a *Associação Hospitalar São Miguel Arcanjo e a comunidade "Tekoa Koenjú" para que o profissional da saúde e o representante da comunidade trabalhem em harmonia*⁵⁶.

Uma ala do hospital foi separada para o atendimento de indígenas. Nessa área, depois que os médicos examinam o paciente e realizam o tratamento segundo a medicina convencional, é liberada a intervenção do pajé por meio de terapias próprias do sistema médico Guarani Mbyá: *se o pajé desejar, poderão ser feitos rituais de cura com cachimbo, orações e ervas. A ideia é que, com a união da medicina e da fé, o restabelecimento do paciente ocorra de forma plena*⁵⁶.

A segunda experiência, já explorada em outros artigos^{17,45,57}, teve lugar em Manaus, capital do estado do Amazonas. Essa experiência articulou conhecimentos médicos para restabelecer a saúde de uma menina da etnia Tukano picada por uma cobra e levada de sua aldeia a um hospital da cidade. Após alguns dias internada, os parentes da menina a retiraram do hospital por discordarem do tratamento biomédico (que previa a amputação de uma perna) e da recusa, pela gestão hospitalar, de auxílio no tratamento com *bahese e ervas medicinais*. Esses procedimentos tradicionais *não excluíam o tratamento médico, que deveria continuar, mas sem amputação*⁵⁸.

Entre acusações de que os indígenas estavam impedindo o tratamento médico, ameaças de denúncia ao Conselho Tutelar e acionamento do Ministério Público pelos indígenas, o diretor de outro hospital – o Hospital Universitário Getúlio Vargas – ofereceu a oportunidade de tratamento conjunto, com procedimentos biomédicos e indígenas. Uma vez aceito o convite, passado algum tempo, a menina se recuperou e retornou à sua aldeia.

Este evento nos leva à terceira experiência. Um dos parentes da menina curada é o antropólogo João Paulo Barreto, da etnia Tukano. Depois de participar ativamente desse processo, João Paulo idealizou um espaço onde o atendimento à saúde é

realizado por curadores indígenas: o Bahserikowi'i (também conhecido como Centro de Medicina Indígena da Amazônia), fundado na cidade de Manaus em 2017.

O Bahserikowi'i oferece atendimento realizado por curadores das etnias Tuyuka, Tukano e Dessana com base nos sistemas médicos indígenas. O centro é também um espaço de formação de curadores indígenas em conhecimentos e técnicas tradicionais, garantindo que novas gerações de especialistas continuem o trabalho na zona urbana^{59,60}. Embora tenha sido idealizado pensando no atendimento aos povos originários, a maioria dos atendidos no Bahserikowi'i não é indígena⁶¹, o que provavelmente se deve ao fato de o centro estar localizado na cidade.

João Paulo Barreto ressalta que o objetivo não é questionar o modelo oficial de atenção à saúde, mas oferecer outros caminhos terapêuticos. Assim, *o Centro de Medicina Indígena é mais uma opção, um canal que possibilita ao público uma opção de tratamento por vias de tecnologias indígenas baseadas em outros parâmetros que não os da medicina ocidental*⁶².

Os sistemas médicos indígenas partem do pressuposto de que, como eles, a medicina convencional também tem limitações. Como explica o cacique Ariel Ortega, *quando temos febre, gripe e outras doenças vamos ao hospital, mas o homem branco cuida do corpo, nós da alma*⁵⁶. Tal afirmação demonstra que os povos indígenas reconhecem a medicina ocidental, mas também reconhecem a eficácia e importância de suas medicinas, e que estão abertos para integrar intervenções médicas que visam restabelecer a saúde.

Os profissionais que atendem pacientes indígenas devem se atentar para o fato de que, como aponta João Paulo Barreto, *as concepções indígenas de doença e saúde não se restringem ao aspecto biológico. Esse é o ponto. Antes o contrário, envolvem aspectos cosmopolíticos que condicionam a prática da boa saúde. Sai, assim, do entendimento restrito de algo biológico e conecta o indivíduo numa teia de relações com outros seres, com os waimahsã, com os animais, os especialistas, com seus parentes e outras pessoas*⁶³.

No sistema médico do povo Terena, por exemplo, o diagnóstico do curador inclui o modo como a doença deve ser tratada. Algumas enfermidades são tratadas por meios tradicionais (fitoterápicos,

espirituais) e outras pela medicina convencional. Para outras, ainda, é preciso combinar métodos tradicionais e ocidentais.

A criação de uma ala hospitalar para ação terapêutica de especialistas indígenas e a justaposição de tratamentos indígenas aos previstos pela biomedicina são experiências em que o diálogo intercultural acontece dentro do sistema de saúde ocidental. Nesse sentido, ocorre uma prática bioética intercultural de tipo transdisciplinar que vai além das disciplinas consagradas pela ciência, reconhecendo a possibilidade de eficácia de tratamentos tradicionais indígenas que superam a materialidade como origem da doença^{5,17}, atuando como colaboradores dos procedimentos biomédicos.

No segundo exemplo aqui apresentado, a terapia biomédica – que indicava a amputação da perna como prevenção de males maiores – foi modificada pela consideração dos conhecimentos indígenas. Ainda que a concessão tenha se devido à especificidade do caso (envolvendo uma picada de cobra, situação com a qual os indígenas já lidam há muito tempo), é preciso reconhecer que os profissionais de saúde buscaram humanizar o atendimento por meio da inclusão de outras percepções.

O terceiro exemplo traz um caso interessante de encontro intercultural em que o sistema médico indígena é elemento atrativo e de contato. No Bahserikowi'i não há qualquer tipo de imposição, direta ou indireta, para que pessoas não indígenas decidam incluir saberes indígenas em seu itinerário terapêutico. Seria preciso, portanto, uma análise aprofundada dos mecanismos que levam essas pessoas (cerca de 99% do público, segundo João Paulo Barreto⁶¹) a procurar o Centro de Medicina Indígena. Porém, com base nos aspectos socioculturais aqui tratados, é possível aventar que os motivos dessa busca incluem a abertura ao outro e o impulso ético.

As dificuldades com experiências de interculturalidade em saúde remetem à colonialidade e ao racismo estrutural – condições sociais, políticas e culturais que geram entraves a uma bioética intercultural. Nossa hipótese é que as experiências aqui apresentadas superam esses entraves porque se situam num nível mais elementar das interações humanas e sociais.

Nas três experiências, o impulso ético, que incita a ir além da segurança dos padrões de pensamento e comportamento da própria cultura, leva profissionais e pacientes a contemplar

a possibilidade de que seus conhecimentos sejam incompletos e a apostar em novas experiências e saberes. Essa aposta no sistema médico indígena pode ser comparada à aposta que fazemos quando nos deixamos orientar por processos desconhecidos que, por exemplo, nos proporcionam diagnósticos por meio de exames.

A diferença está na profundidade da incerteza, pois, embora não conheçamos como são processados os exames, as tecnologias duras seguem princípios científicos que fazem parte da cultura ocidental, e por isso estamos acostumados a confiar nelas. Já a confiança nas terapêuticas indígenas exige um esforço maior de desprendimento e respaldo na premissa de que os sistemas médicos visam recuperar o enfermo. Essa aposta mais profunda decorre da pulsão ética¹³.

A característica dinâmica da cultura e o diálogo pragmático abrem possibilidades de contatos bioéticos interculturais que não se restringem a enfermidades e processos fisiológicos. Humanizadores, esses contatos valorizam elementos socioculturais importantes no caminho terapêutico. Isso fica evidente sobretudo nas duas primeiras experiências, em que terapias indígenas atuam lado a lado com terapias biomédicas. Nesses processos, as tecnologias leves são fundamentais, pois buscam compreender aspectos que, embora escapem ao entendimento biomédico, contribuem para o restabelecimento da saúde individual e coletiva.

Embora possam servir como exemplos, as experiências aqui apresentadas têm características particulares, e cada contexto deve ser tratado como único. Além disso, é preciso destacar que essas experiências podem ter limitações e ser objeto de crítica. Escolhemos apresentá-las, porém, por acreditar que são um bom ponto de partida para refletir sobre uma bioética intercultural.

Considerações finais

Neste artigo, destacamos quatro aspectos socioculturais que fornecem as bases para uma bioética intercultural: a característica dinâmica da cultura; a possibilidade de diálogo intercultural no nível pragmático; a pulsão ética que incita a ir além da própria cultura e da ação cotidiana; e a confiança no desconhecido, sem o domínio de todas as variáveis envolvidas. A despeito de elementos que possam dificultar ou impossibilitar a prática bioética em contextos interculturais, esses quatro aspectos abrem possibilidades de encontro.

Salientamos a importância das tecnologias leves para a construção dessa prática bioética intercultural, porque elas trazem elementos que escapam à análise positivista predominante nas ciências da saúde. Se por um lado a biomedicina detalha e permite entender o funcionamento da fisiologia humana por meio de tecnologias duras, por outro lado as tecnologias leves podem ajudar a perceber elementos do processo saúde-doença que estão além da materialidade do corpo do paciente. Afinal, tal processo também depende das relações que o paciente estabelece com o que está ao seu redor (família, sociedade, meio ambiente, espiritualidade, comportamentos, alimentação, trabalho). Aliadas, tecnologias leves e duras podem garantir melhores resultados no restabelecimento da saúde ou mitigar desconfortos causados por enfermidades.

No que tange ao sistema de saúde público brasileiro, as tecnologias leves já são reconhecidas como essenciais no atendimento aos povos indígenas. Embora nossa reflexão tenha foco no universo indígena brasileiro, acreditamos que esse reconhecimento pode ser aplicado a outros contextos de encontros culturais.

Referências

1. Beck D. Between relativism and imperialism: navigating moral diversity in cross-cultural bioethics. *Dev World Bioeth* [Internet]. 2015 [acesso 16 maio 2021];15(3):162-71. DOI: 10.1111/dewb.12059
2. Solinís G, editor. ¿Por qué una bioética global?: vigésimo aniversario del Programa de Bioética de la Unesco [Internet]. París: Unesco; 2015 [acesso 16 maio 2021]. Disponível: <https://bit.ly/2VkrGkD>
3. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2005.
4. Quijano A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: Lander E, organizador. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas [Internet]. Buenos Aires: CLACSO; 2005 [acesso 12 jul 2021]. p. 227-78. Disponível: <https://bit.ly/2WysXtV>

5. Munanga K. Saúde e diversidade. *Saúde Soc* [Internet]. 2007 [acesso 5 jul 2021];16(2):13-5. DOI: 10.1590/S0104-12902007000200003
6. Ferreira LO. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In: Langdon EJ, Cardoso MD, organizadores. *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora da UFSC; 2015. p. 218-47.
7. Langdon EJ. Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de saúde do índio. *Saúde Soc* [Internet]. 2007 [acesso 5 jul 2021];16(2):7-12. DOI: 10.1590/S0104-12902007000200002
8. Chattopadhyay S, De Vries R. Respect for cultural diversity in bioethics is an ethical imperative. *Med Health Care Philos* [Internet]. 2013 [acesso 19 maio 2021];16(4):639-45. DOI: 10.1007/s11019-012-9433-5
9. Carlucci AK, Lamm E. La construcción de una bioética propia, contextualizada y legal. In: Solinís G, editor. *¿Por qué una bioética global?: vigésimo aniversario del Programa de Bioética de la Unesco* [Internet]. París: Unesco; 2015 [acesso 16 maio 2021]. p. 127-30. Disponível: <https://bit.ly/2VkrGkD>
10. Whittall H. Los próximos veinte años. In: Solinís G, editor. *¿Por qué una bioética global?: vigésimo aniversario del Programa de Bioética de la Unesco* [Internet]. París: Unesco; 2015 [acesso 16 maio 2021]. p. 137-40. Disponível: <https://bit.ly/2VkrGkD>
11. Lévi-Strauss C. *Raça e história*. Queluz de Baixo: Presença; 2006.
12. Almeida MWB. Guerras culturais e relativismo cultural. *Rev Bras Ciênc Soc* [Internet]. 1999 [acesso 19 maio 2021];14(41):5-14. DOI: 10.1590/S0102-69091999000300001
13. Segato RL. Antropologia e direitos humanos: alteridade e ética no movimento de expansão dos direitos universais. *Mana* [Internet]. 2006 [acesso 12 jul 2021];12(1):207-36. DOI: 10.1590/S0104-93132006000100008
14. Santos BS. Por uma concepção intercultural de direitos humanos. *Rev Crít Ciênc Soc* [Internet]. 1997 [acesso 12 jul 2021];48:11-32. Disponível: <https://bit.ly/3f3IKas>
15. Giddens A. *As consequências da modernidade*. São Paulo: Editora Unesp; 2002.
16. Beck U. *Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade*. São Paulo: Editora 34; 2011.
17. Barreto JPL. Bahserikowi – Centro de Medicina Indígena da Amazônia. *Amazôn Rev Antropol* [Internet]. 2017 [acesso 20 maio 2021];9(2):594-612. DOI: 10.18542/amazonica.v9i2.5665
18. Silva DM, Nascimento EHS, Santos LA, Martins NVN; Sousa MT; Figueira MCS. Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil. *Saúde Soc* [Internet]. 2016 [acesso 15 jul 2021];25(4):920-9. DOI: 10.1590/S0104-12902016160600
19. Ferreira LO. Op. cit. p. 224.
20. Walsh C. Interculturalidade crítica e pedagogia decolonial: in-surgir, re-existir e re-viver. In: Candau VM, organizador. *Educação intercultural na América Latina: entre concepções, tensões e propostas*. Rio de Janeiro: 7Letras; 2009. p. 12-42.
21. Almeida MWB. Relatividade e relativismo: Einstein e a teoria social. *Tempo Brasileiro* [Internet]. 2009 [acesso 19 maio 2021];175:113-34. Disponível: <https://bit.ly/3i8GMaD>
22. Almeida MWB. Relativismo antropológico e objetividade etnográfica. *Campos* [Internet]. 2003 [acesso 16 maio 2021];3:9-29. DOI: 10.5380/cam.v3i0.1585
23. Cardoso LRC. As categorias do entendimento humano e a noção de tempo e espaço entre os Nuer. Brasília: UnB; 1993 [acesso 19 maio 2021]. (Série Antropologia; 137). Disponível: <https://bit.ly/3zFrS24>
24. Almeida MWB. 1999. Op. cit. p. 12.
25. Almeida MWB. 1999. Op. cit. p. 9.
26. Almeida MWB. 2003. Op. cit. p. 16.
27. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc Sci Med* [Internet]. 1978 [acesso 16 maio 2021];12:85-93. DOI: 10.1016/0160-7987(78)90014-5
28. Luz MT. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. *Ciênc Saúde coletiva* [Internet]. 2008 [acesso 16 maio 2021];13(1):195-206. DOI: 10.1590/S1413-81232008000100024
29. Sahlins M. *Ilhas de história*. Rio de Janeiro: Zahar; 1990.

30. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 2017.
31. Lévi-Strauss C. O pensamento selvagem. Campinas: Papirus; 1990.
32. Lévi-Strauss C. 2006. Op. cit. p. 3.
33. Santos BS. Op. cit. p. 23.
34. Segato RL. Op. cit. p. 224.
35. Segato RL. Op. cit. p. 225.
36. Ernst E. Alternative medicine: a critical assessment of 150 modalities. Göttingen: Copernicus; 2019.
37. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, nº 182, 20 set 1990 [acesso 19 maio 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3iXQbRM>
38. Brasil. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 24 set 1990 [acesso 19 maio 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3rEALFX>
39. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas [Internet]. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível: <https://bit.ly/3f8jkbM>
40. Brasil. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a estrutura regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS por funções comissionadas do Poder Executivo – FCPE. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, nº 95, p. 2, 20 maio 2019 [acesso 19 maio 2021]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2WlwprB>
41. Brasil. 2002. Op. cit. p. 6.
42. Brasil. 2002. Op. cit. p. 15.
43. Brasil. 2002. Op. cit. p. 17.
44. Brasil. 2002. Op. cit. p. 18.
45. Lorenzo CFG. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2011 [acesso 19 maio 2021];19(2):329-42. Disponível: <https://bit.ly/3rHJkzO>
46. Langdon EJ, Cardoso MD. Introdução. In: Langdon EJ, Cardoso MD, organizadores. Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora da UFSC; 2015. p. 11-30.
47. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos [Internet]. Paris: Unesco; 2006 [acesso 19 maio 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3z5ncps>
48. Bracanovic T. Against culturally sensitive bioethics. Med Health Care Philos [Internet]. 2013 [acesso 12 jul 2021];16(4):647-52. DOI: 10.1007/s11019-013-9504-2
49. ten Have H, Gordin B. The diversity of bioethics. Med Health Care Philos [Internet]. 2013 [acesso 12 jul 2021];16(4):635-7. DOI: 10.1007/s11019-013-9505-1
50. Garrafa V, Cunha TR, Manchola-Castillo CH. Ensino da ética global: uma proposta teórica a partir da bioética de intervenção. Interface [Internet]. 2020 [acesso 12 jul 2021];24:1-15. DOI: 10.1590/Interface.190029
51. Manchola-Castillo CH. Bioética e multi-, inter- e transdisciplinariedade. In: Santos M, organizador. Bioética e humanização em oncologia. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017. p. 63-75.
52. Manchola-Castillo CH. Op. cit. p. 71.
53. Brasil. Política Nacional de Humanização [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso 19 maio 2021]. Disponível: <https://bit.ly/2VmOeWH>
54. World Health Organization. Basic documents [Internet]. 48ª ed. Geneva: WHO; 2014 [acesso 19 maio 2021]. Disponível: <https://bit.ly/2THbWMX>

55. Shabana A. Religious and cultural legitimacy of bioethics: lessons from Islamic bioethics. *Med Health Care Philos* [Internet]. 2013 [acesso 19 maio 2021];16(4):671-7. DOI: 10.1007/s11019-013-9472-6
56. Índios têm ala para cura médica e espiritual. Instituto Humanitas Unisinos [Internet]. São Leopoldo; 12 maio 2011 [acesso 20 maio 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3faHDWK>
57. Santos ACG, Iamarino APM, Silva JB, Zollner ACR, Constantino CF. Considerações bioéticas sobre a relação médico-paciente indígena. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2017 [acesso 19 maio 2021];25(3):603-10. DOI: 10.1590/1983-80422017253217
58. Barreto JPL. Op. cit. p. 599.
59. Campelo L. Centro de tratamento indígena em Manaus derruba preconceito e une ciências medicinais. *Brasil de Fato* [Internet]. 27 jul 2018 [acesso 19 maio 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3xaQCwX>
60. Farias E. Povos do Alto Rio Negro criam o Bahserikowí'i, o primeiro Centro de Medicina Indígena da Amazônia. *Amazônia Real* [Internet]. Manaus; 5 jun 2017 [acesso 19 maio 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3yfx1Nt>
61. Melo LG. Centro de medicina indígena é opção para quem busca tratamento alternativo. *A Crítica* [Internet]. Manaus; 21 jul 2019 [acesso 19 maio 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3id9szr>
62. Barreto JPL. Op. cit. p. 601.
63. Barreto JPL. Op. cit. p. 601.

Aislan Vieira de Melo – Mestre – aislanmelo@gmail.com

 0000-0001-6731-0570

Graziella Reis de Sant'Ana – Doutora – santana.gra@gmail.com

 0000-0001-8471-6038

Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos – Doutor – phaidamus43@gmail.com

 0000-0002-8885-1461

Leosmar Antônio – Mestre – leosmarterena@gmail.com

 0000-0003-0601-4705

Correspondência

Aislan Vieira de Melo – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso do Sul. Rua Taquari, 831, Bairro Santo Antônio CEP 79100-510. Campo Grande/MS, Brasil.

Participação dos autores

Aislan Vieira de Melo e Graziella Reis de Sant'Ana conceberam a ideia da pesquisa, redigiram o artigo e, junto com Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos e Leosmar Antônio, revisaram o conteúdo do texto e aprovaram a versão a ser publicada.

Recebido: 26.3.2020

Revisado: 22.6.2021

Aprovado: 20.7.2021