

## Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena

Cláudio Fortes Garcia Lorenzo

**Resumo** O artigo analisa os desafios para a construção de uma bioética clínica com possibilidade de atuação em contextos interculturais e/ou interétnicos, tomando como objeto as relações estabelecidas entre profissionais de saúde e pacientes membros das comunidades indígenas em torno da implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. No plano teórico são propostas duas vias para esta construção: uma de conteúdo antropológico centrada em noções fundamentais de Antropologia da Saúde; outra de filosofia moral centrada na teoria da ação comunicativa e na ética da discussão de Habermas. No plano prático, são propostos cursos de especialização contemplando os conteúdos teóricos defendidos e uma urgente reforma curricular dos cursos de graduação na área da saúde.

**Palavras-chave:** Bioética. Saúde indígena. Antropologia. Política de saúde. Cultura.



**Cláudio Fortes Garcia Lorenzo**  
Médico e mestre em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), doutor em Ética Aplicada às Ciências Clínicas pela Universidade de Sherbrooke, Canadá, professor adjunto do Departamento de Saúde Coletiva e do programa de pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília (UnB), pesquisador associado da Cátedra Unesco de Bioética, primeiro vice-presidente da Sociedade Brasileira de Bioética (gestão 2009-11)

A bioética clínica foi criada na perspectiva de uma ética biomédica que pretendia ultrapassar os limites da deontologia e do paternalismo hipocrático tradicional nas relações interpessoais estabelecidas entre profissionais de saúde e seus pacientes. As exigências para a ultrapassagem desses limites foram estabelecidas, por um lado, pelos conflitos éticos inéditos provocados por novas biotecnologias, tais como reprodução assistida e manipulação gênica – para os quais códigos de conduta e leis não conseguiam acompanhar a rapidez das mudanças –, e por outro, como consequência das transformações ocorridas nas sociedades ocidentais na segunda metade do século XX, a partir das quais os pacientes passaram a exigir maior autonomia nas decisões que envolviam intervenções sobre seus corpos.

Nessa perspectiva, os conflitos éticos mais frequentemente abordados pela bioética clínica diziam respeito à recusa de tratamentos pelos pacientes e às tomadas de decisão relacionadas ao início e ao fim da vida, sobretudo quando envolviam intervenções tecnológicas de ponta. Com o processo de politização crescente da bioética, dentro do qual os auto-

res brasileiros e latino-americanos exerceram um protagonismo internacionalmente reconhecido, os conflitos surgidos nas práticas assistenciais e provocados por condições historicamente determinadas, tais como a inacessibilidade a atenção à saúde de indivíduos oriundos de classes ou grupos sociais desfavorecidos, passaram a ser consideradas como campos de atuação da bioética clínica. Alguns dos dilemas típicos desse novo campo são aqueles em que determinado procedimento não está disponível para todos e é preciso decidir quem dele se beneficiará ou se não estará disponível para ninguém, e os profissionais precisam decidir por um procedimento improvisado e não cientificamente legitimado, ou ainda quando o paciente recusa o tratamento por incompatibilidade cultural com crenças e concepções locais do processo saúde-doença.

Desta forma, uma bioética clínica que pretenda atuar em contextos de grandes disparidades socioeconômicas e culturais, apesar de manter seu universo de intervenção nesta dimensão unitária e direta da relação com um paciente e/ou seus familiares, sofre influência direta da dimensão coletiva das políticas públicas de saúde, pois são elas que podem determinar a melhor acessibilidade à atenção a saúde. À medida que essas políticas alocam profissionais de saúde em regiões historicamente excluídas da atenção à saúde ou em contato com povos portadores de uma concepção de saúde diversa da ocidental, os conflitos éticos que emergirão terão características bastante particulares e, portanto, sua resolução dependerá de competências ainda não muito claramente definidas no escopo epistemológico da bioética clínica.

Este artigo pretende analisar os desafios para a construção de uma bioética clínica nesta perspectiva interétnica de atuação, tomando como objeto as relações interculturais estabelecidas entre profissionais de saúde e membros das comunidades indígenas em torno da implantação da Política Nacional de Saúde Indígena do Brasil.

### **A organização da atenção à saúde indígena e as relações interculturais em torno da assistência**

Segundo a Fundação Nacional do Índio (Funai), o Brasil está entre os países com maior diversidade étnica e linguística. Apesar de os dados serem difíceis de precisar, a instituição calcula a existência de 220 povos diferenciados, sendo mais de 70 isolados e falando pelo menos 180 línguas distintas derivadas de 30 troncos comuns <sup>1</sup>. No último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2010, 817 mil pessoas se declaram indígenas, o que vem a representar 0,42% do total da população brasileira <sup>2</sup>.

A perda das formas tradicionais de vida provocadas pela destruição ambiental e ocupação da terra indígena e a exclusão social e discriminação étnica resultantes do processo colonizador são responsáveis pelo fato de as populações indígenas em todo o mundo estarem em condições de maior vulnerabilidade aos agravos na saúde. É amplamente reconhecido que esses povos apresentam quase invariavelmente taxas de morbimortalidade superiores às populações

brancas, mesmo quando vivendo nas mesmas regiões <sup>3</sup>.

Em 2002, o Ministério da Saúde (MS) e a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) lançaram a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnasi) <sup>4</sup>. Em sua introdução é justificada a necessidade de adoção de um modelo de atenção diferenciado visando garantir a esses povos o exercício de sua cidadania no que concerne à promoção, proteção e recuperação da saúde. Para isso, a Pnasi aponta para a criação de uma rede de serviços especiais nas terras indígenas, buscando promover entre essas populações a cobertura, o acesso e a aceitabilidade ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A criação dessa rede especial de serviços está baseada na definição territorial de 34 distritos sanitários especiais indígenas (Dsei), orientados segundo a política *para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado*. A Pnasi determina que as equipes multidisciplinares de saúde dos distritos deverão incluir agentes indígenas de saúde (AIS), técnicos de enfermagem, enfermeiros, odontólogos e médicos, em uma conformação similar a do Programa Saúde da Família (PSF). Ela prevê, entretanto, uma participação sistemática de antropólogos e outros profissionais e técnicos especialistas nas questões indígenas dentro de cada Dsei.

A atenção básica nas aldeias, propriamente ditas, é ofertada por intermédio dos AIS nos postos de saúde e por visitas periódicas das

equipes multidisciplinares. Uma segunda instância de atenção básica é representada pelos polos-base, que podem ser polos especialmente criados e localizados em terra indígena ou em municípios de referência, ou, como acontece com muita frequência, fusionados às unidades de atenção básica já existentes no município de referência, onde o atendimento não é exclusivo para índios e os profissionais de saúde são contratados pelas prefeituras locais por meio de convênios intersetoriais.

Por sua vez, a atenção hospitalar de média e alta complexidade deve ser feita, segundo a Pnasi, mediante um sistema de referência e contrarreferência apoiado pelas *casas de saúde indígena* (Casai). Nesses centros hospitalares de referência a Pnasi recomenda que seja estimulada a criação de serviços diferenciados que respeitem as características culturais dos índios, permitam o acompanhamento de parentes, a visita de terapeutas da medicina tradicional indígena e, mesmo, a adequação do espaço de internação com a instalação de redes. Em outubro de 2010, a gestão do subsistema de saúde indígena responsável pela Pnasi foi transferida por decreto presidencial da Funasa para o Ministério da Saúde, quando da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai).

Os potenciais conflitos éticos decorrentes desses encontros promovidos pela Pnasi entre profissionais de saúde, pacientes e terapeutas tradicionais constituem interessante contexto para pensar uma bioética clínica capaz de atuar nesses espaços relacionais interétnicos criados pela extensão do acesso à saúde a gru-

pos e comunidades culturalmente muito diversas daquelas de onde vêm os profissionais responsáveis pela assistência.

### **Articulação de saberes e conflitos éticos entre os sistemas tradicionais e ocidental de saúde**

Entre as oito diretrizes definidas pela Pnasi, duas em especial interessam aos propósitos deste artigo: a articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde e a formação de recursos humanos para a atuação em contexto intercultural.

A imensa diversidade cultural dos povos indígenas brasileiros produz múltiplas formas cotidianas de vida e múltiplas formas de compreensão de morte, vida, saúde, doença, infância, velhice, gêneros etc. A estrutura simbólica, religiosa e cosmológica da organização social dessas comunidades propicia a emergência de sistemas médicos próprios. Como descrito no artigo clássico de Kleiman <sup>5</sup>, os sistemas médicos, hoje mais comumente designados como sistemas de saúde, são estruturas socioculturais nas quais se inscrevem os episódios de doença e que englobam alguns elementos comuns tanto aos sistemas tradicionais quanto ao sistema ocidental moderno. Entre os elementos descritos por esse autor como presentes em todos os sistemas médicos, gostaríamos de destacar quatro: 1) a compreensão cultural da doença; 2) a construção de estratégias para a escolha das práticas de cura; 3) a deliberação sobre comportamentos que previnem doenças e melhoram ou pioram a saúde; 4) a gestão de resultados terapêuticos.

A compreensão cultural da doença do sistema ocidental moderno de saúde apresenta duas vias principais de fundamentação: a biomédica, baseada nas interações entre patógenos e hospedeiros, regulação e desregulação gênica, e outros desajustes de funções orgânicas; e a sanitária, sedimentada nos determinantes e condicionantes sociais de saúde. Cada hipótese ou dado confirmado em alguma dessas vias, entretanto, precisa estar legitimada mediante a racionalidade científica, baseada em uma cadeia dedutiva de relações de causa e efeito que busca, em última análise, a universalização de seus resultados.

As bases epistêmicas que apoiam o sistema médico ocidental são as mesmas na Inglaterra, em Uganda, na Malásia ou no Brasil. Com relação aos povos tradicionais, poderíamos dizer que existe uma epistemologia própria para cada sistema. A compreensão cultural da doença por seus sistemas médicos autóctones encontra-se inscrita em uma cosmologia específica, não sendo possível, portanto, qualquer propósito universalizante de significação e resultados. Em linhas gerais, é comum, por exemplo, que tanto os deuses quanto os espíritos contidos nas coisas, animais e pessoas sejam os responsáveis pelo adoecimento dos indivíduos.

O segundo elemento descrito por Kleimann, a construção de estratégias para a escolha das práticas de cura, é, no sistema ocidental, baseado, sobretudo, no levantamento de hipóteses fisiopatológicas, donde posteriormente se busca a confirmação de propostas interventivas por meio de experimentações conhecidas

como ensaios clínicos. Nos sistemas tradicionais a escolha das práticas é, usualmente, baseada na transmissão de conhecimentos sustentados em observações empíricas seculares (através das gerações) ou nas inspirações místicas de membros da comunidade detentores dos saberes tradicionais (pajés ou xamãs), os quais têm a capacidade de contatar o mundo divino e espiritual, de onde tiram a orientação terapêutica, quer para o uso de plantas e animais quer para as rezas e cânticos que buscam a cura.

Nesse mesmo sentido encontra-se o terceiro elemento, aquele da deliberação sobre comportamentos que previnem doenças e melhoram ou pioram a saúde. Enquanto no sistema ocidental esta deliberação é baseada em hipóteses cientificamente sustentadas, algumas confirmadas por estudos de epidemiologia clínica, nos sistemas tradicionais essas deliberações também são herdadas dos antepassados, baseadas na autoridade do pajé e inspiradas por espíritos e deuses.

Finalmente, a gestão dos resultados terapêuticos é feita no sistema ocidental por meio de exames laboratoriais e visitas subsequentes, enquanto o comum nos sistemas tradicionais é o estabelecimento de uma relação dádiva-dívida, na qual o sujeito curado passa a ter compromissos sociais para com o curador. Comum a ambos os sistemas costuma ser a existência de prescrições comportamentais e alimentares para as fases de convalescença.

Saindo da classificação de Kleiman, outro conceito importante para a compreensão dos

sistemas tradicionais de saúde é o de *eficácia simbólica*. Trata-se de conceito desenvolvido por Lévi-Strauss<sup>6</sup> para descrever processos de cura e adoecimento mediados por uma estrutura de signos inscritos na tradição de um povo e que envolvem consciência coletiva e posturas da coletividade. Esses signos introjetados culturalmente revelam-se capazes de exercer fortes influências sobre a saúde ou o comportamento de seus membros. Os fenômenos de feitiçaria descritos por Lévi-Strauss, por exemplo, mostram situações nas quais um indivíduo afetado (e toda a sua comunidade), crendo nos efeitos da feitiçaria, passa a se comportar conforme a realidade desta crença, o que acaba por impor uma força simbólica tão significativa sobre os corpos que os sujeitos adoecem visivelmente e podem mesmo chegar à morte se uma intervenção terapêutica, também culturalmente orientada, não for capaz de anular seus efeitos. Esse processo de adoecimento e cura mediado por eficácia simbólica tem ainda a característica de ser inacessível ao sistema médico ocidental tanto do ponto de vista diagnóstico quanto do terapêutico.

Outro fator que precisa ser considerado é a maneira como os diversos povos tradicionais têm se relacionado através do tempo com o sistema médico ocidental. Há descrições de que no processo colonizador os povos com contato direto e cotidiano com a cultura branca e que vêm sendo alvo de diversos programas de saúde oferecidos pelo Estado passaram a conhecer e valorizar o sistema ocidental, tornando-se crescente a procura por serviços médico-hospitalares<sup>7</sup>. Algumas vezes a utilização das técnicas biomédicas ofertadas é dife-

rente da indicada pela racionalidade científica. É descrito, por exemplo, o caso de medicamentos, dos quais muitos povos se apropriam, cuja utilização não segue a prescrição médica, mas sim as concepções próprias e tradicionais sobre o uso de substâncias externas com poder curativo<sup>8</sup>. Esses espaços de interação entre sistemas médicos diversos têm sido conceituados como *intermedicalidade*.

A articulação entre os saberes e práticas ocidentais de saúde e saberes e práticas tradicionais das comunidades envolvidas é considerada pela Pnasi como indispensável à obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas, uma vez que, segundo a mesma, este objetivo não pode ser alcançado pela simples imposição de conhecimentos e tecnologias biomédicas, desvalorizando ou simplesmente ignorando os saberes e práticas locais. Dessa forma, a Pnasi anuncia que o respeito às concepções e aos valores relacionados ao processo saúde-doença próprios a cada povo é um princípio que permeia todas as suas diretrizes. Sob a mesma ótica, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o documento *Estratégia da OMS sobre a medicina tradicional 2002-2005*<sup>9</sup>, no qual os sistemas tradicionais de saúde são definidos como um conjunto de práticas preventivas e diagnósticas, além de terapias espirituais e corporais baseadas no uso de plantas e animais, podendo ter eficácia empírica ou simbólica. Segundo a OMS, ao serem incorporadas aos sistemas de saúde oficiais as medicinas tradicionais poderiam contribuir para a redução das taxas de morbimortalidade, ampliando o acesso aos serviços de saúde.

### **Deficiências na formação de recursos humanos em saúde para atuação intercultural e o lugar da bioética clínica**

A articulação de sistemas de saúde nas práticas cotidianas, entretanto, não se faz por decreto. É preciso considerar, por exemplo, que a formação universitária de gestores e, principalmente, de profissionais de saúde é construída em geral sobre as bases do determinismo científico próprias à epidemiologia e à biomedicina. Se fizermos breve visita aos *sites* das principais universidades brasileiras veremos que os programas de graduação dos profissionais de saúde não costumam incluir conteúdos sólidos de antropologia da saúde, os quais aparecem quase exclusivamente em programas de pós-graduação de áreas afins. Em paralelo, o eixo de formação ético-humanístico agora recomendado pelo Ministério da Educação como uma das diretrizes para a transformação curricular dos cursos de saúde está longe de implantação ampla no território nacional, ressaltando-se que ainda predomina nas disciplinas de bioética o ensino do modelo principalista estadunidense – muitas vezes apontado na literatura como incapaz de dar respostas a conflitos interculturais.

A Pnasi, como comentado, dispõe de diretriz específica para a formação de recursos humanos, principalmente dedicada à transmissão de conhecimentos do sistema ocidental aos agentes indígenas de saúde, embora refira também a necessidade de realização de cursos de capacitação e especialização em temas de antropologia para os profissionais de saúde

envolvidos. A nosso ver, além da irregularidade na realização desses cursos, programas de curta duração são dificilmente capazes de modificar toda uma racionalidade desenvolvida durante a formação profissional.

Não é raro encontrar no âmbito local das práticas de gestores e profissionais responsáveis pela assistência à saúde indígena o desconhecimento completo da matriz cultural diferenciada que sustenta os sistemas médicos indígenas e justifica suas práticas. Além disso, o processo de terceirização na prestação de assistência à saúde de comunidades indígenas vem sendo apontado como responsável por moldar serviços de forma a atender a prioridades políticas do Estado, sem considerar a participação e os interesses das comunidades <sup>10</sup>.

Assim sendo, torna-se comum entre gestores locais a compreensão do processo saúde-doença de certa forma ligada à visão higienista da França do século XIX, sustentada no ciclo *pobreza-ignorância-doença*, responsabilizando o comportamento dos grupos em desvantagem sociocultural ou econômica pelas doenças e epidemias de que são vítimas. O objetivo central da implementação de políticas nesta perspectiva passa a ser ordenar as demandas para o gerenciamento de corpos e de comportamentos buscando um ideal de saúde tal como compreendido por autoridades administrativas do Estado e/ou seus representantes técnico-científicos. Continua, portanto, sendo frequente no processo de implantação das ações de saúde a concepção de que o *civilizado* deve fazer evoluir o *primitivo* e que o *saber científico* deve esclarecer e/ou validar o

*saber local*. Esse etnocentrismo na condução dos planejamentos locais de ações de saúde é responsável pela descontextualização dos comportamentos, simplificação das demandas e generalização das necessidades dos indivíduos e suas coletividades.

No que diz respeito às práticas assistenciais propriamente ditas, é comum que os profissionais de saúde vejam as práticas diagnósticas ou terapêuticas dos sistemas tradicionais indígenas como elementos do contexto a serem tolerados, ou no máximo incorporados de forma acessória, mas não exatamente articulado <sup>11</sup>. Por isso mesmo, existe a tendência de classificar as práticas tradicionais como *práticas complementares* ou *alternativas*. Outras vezes os praticantes das medicinas tradicionais são simplesmente desconsiderados ou desqualificados enquanto parceiros capazes de intervenção sobre os agravos. Felizmente, o Brasil conta com algumas experiências bem-sucedidas de articulação de saberes, demonstrando a importância de instrumentos como a Pnasi. Para exemplificar a importância desse tipo de instrumento traremos breve relato de caso bem-sucedido, amplamente divulgado na imprensa leiga, embora ainda sem relato acadêmico publicado.

Em fevereiro de 2009 uma criança da etnia tucano foi internada em um pronto-socorro infantil de Manaus, após sofrer ataque de cobra jararaca. Ela passou por várias pequenas cirurgias para a retirada de tecidos necrosados e teve indicação de amputação do pé direito. O pai solicitava a entrada do pajé para por os remédios tradicionais na região afetada e rea-

lizar rezas e rituais, mas o pedido foi negado pela direção do pronto-socorro. Ele recorreu então à Procuradoria da República e conseguiu o direito de retirar a menina do hospital e levá-la a uma casa de saúde indígena, onde ela só recebia cuidados do pajé. Poucos dias depois, o diretor do Hospital Universitário Getúlio Vargas, também em Manaus, procurou o pai para propor tratamento conjunto entre a medicina ocidental e a medicina indígena dentro da unidade de terapia intensiva (UTI).

Com isso, o pajé passou a entrar todos os dias na UTI para realizar um ritual que envolvia o uso de rezas e ervas e a criança continuou a usar soro antiofídico, analgésicos, antibióticos e curativos cirúrgicos. Vale ressaltar, ainda, que a UTI aceitou a exigência do pajé de que as enfermeiras que atendessem a criança não estivessem grávidas nem menstruadas e não tivessem mantido relações sexuais nas últimas 24 horas. Segundo reportagem da revista *Época*<sup>12</sup>, que entrevistou diretores médicos e a procuradora da República envolvida no caso, três dias depois do tratamento simultâneo a criança deixou de ter febre, o processo de cicatrização havia evoluído bastante e a indicação de amputação foi suspensa.

O que importa neste caso não é se todos os médicos passaram a crer intimamente na possibilidade da eficácia simbólica das rezas e das exigências quanto às enfermeiras, ou se eles supõem uma eficácia empírica das ervas usadas, mediante algum princípio ativo desconhecido da ciência. O que importa é que – objetivamente – foram alcançados segurança e

bem-estar da paciente e da família durante o tratamento e o resultado obtido da articulação de saberes foi claramente positivo.

A articulação entre esses saberes tradicionais e ocidentais apresenta uma dimensão bioética que vem sendo negligenciada tanto pela literatura específica da área quanto pela literatura em antropologia da saúde e saúde coletiva. Os conflitos típicos da bioética clínica – como os que se referem à recusa de tratamentos por parte dos pacientes, aceitação de mudanças comportamentais, tomadas de decisão implicadas com o início e fim da vida ou eleição de pacientes para se beneficiarem com um procedimento não disponível para todos – serão ainda mais difíceis de resolver neste contexto intercultural. Adicionalmente, outros conflitos, próprios desse contexto, poderão atingir os profissionais de forma absolutamente inédita, tais como o infanticídio praticado por alguns povos indígenas, relacionado com gemelaridade ou má-formação, e necessitam de solução ética interculturalmente partilhada<sup>13,14</sup>.

A característica interdisciplinar da epistemologia bioética se expressará neste espaço clínico pela necessidade de intercessão de saberes oriundos de duas tradições disciplinares. De um lado, são necessárias noções sólidas de antropologia da saúde que envolvam a cosmologia dos povos assistidos, a concepção de vida e morte, as formas de construção simbólica dos corpos, o entendimento do processo saúde-doença e as informações sobre as práticas curativas locais, além do domínio de alguns aspectos teóricos-chaves, tais como os conceitos acima definidos de *eficácia simbólica* e

*intermedicalidade*, para citar apenas alguns. De outro, a formação bioética propriamente dita deverá estar alicerçada em elementos de filosofia moral que busquem fundamentação dialógica para as relações éticas.

### **Uma proposta para a fundamentação dialógica das decisões éticas em contextos interculturais**

Estamos falando aqui precisamente das correntes contemporâneas de ética, que, reconhecendo a impossibilidade de aplicar métodos de confirmação universalmente aceitos para a determinação do que é certo ou errado, consideram que tomar uma decisão ética implica necessariamente no estabelecimento de espaços de diálogo livre, envolvendo ao menos dois indivíduos capazes de agir e se comunicar e que estejam implicados em determinada situação comum a regular.

Entre essas contribuições teóricas encontra-se a do filósofo alemão Jürgen Habermas<sup>15,16</sup>. Este autor anuncia sua teoria como sendo, em parte, uma reformulação da ética kantiana. Nesta nova proposta, as normas universais de conduta deixariam de ser propostas pela reflexão isolada de uma só consciência que se projeta na alteridade, como queria o imperativo categórico de Kant, e passam a ser propostas por meio da argumentação moral e pela busca do reconhecimento mútuo da validade dos argumentos pelos integrantes de uma discussão. Nesse sentido, o conceito de *universalidade* aqui não tem o caráter abstrato do de Kant, mas diz respeito diretamente a

cada um e a todos os concernidos no conflito ou ação a regular.

Esta proposição, segundo Habermas, supera o risco de etnocentrismo. Se todos os concernidos de uma situação a regular estão representados em um espaço de diálogo que permite o livre posicionamento de todos, a decisão e as consequências delas advindas devem ter sido avaliadas e aceitas por todos. Dessa forma, a tomada de decisão sobre a ação ou prática social escapa, segundo Habermas, tanto ao risco de um universalismo abstrato e etnocêntrico quanto ao risco de um relativismo inoperante, que não contribui para soluções eticamente aceitáveis em conflitos criados quando uma mesma ação envolve sujeitos e grupos de diferentes referenciais culturais e éticos, como é próprio das práticas de saúde derivadas de políticas públicas.

Neste caso, para a resolução dos conflitos em bioética clínica que emergem desses contatos interculturais, é preciso que entre os profissionais de saúde, seus pacientes e familiares sejam estabelecidos espaços de diálogo com as características acima descritas e que os próprios conselhos indígenas de saúde, responsáveis pelo controle social das ações, sejam formados e atuem nessa perspectiva. Para que o modelo funcione é importante reconhecer que os valores oriundos de uma só cultura não serão capazes de orientar ações eticamente aceitáveis em uma cultura diversa, e que é preciso tornar o diálogo a via de construção ou descoberta de valores comuns às diversas visões de mundo envolvidas na ação de assistência a ser implantada.

É certo que as características dos espaços de diálogo descritos por Habermas se referem à concepção teórica de uma situação ideal de comunicação, por meio da qual ele busca fundamentar sua teoria moral. As questões de aplicação têm desafios ainda maiores. Um deles diz respeito à garantia de uma prática de diálogo democrático em espaços historicamente permeados por jogos de poder, como os dos espaços institucionais formalmente constituídos.

Outro desafio diz respeito ao fato de a teoria habermasiana ter sido desenvolvida tomando como base as formas linguísticas europeias e não se pode garantir que estes padrões sejam aplicáveis às estruturas linguísticas de grande número de comunidades tradicionais, não só no Brasil como em todo o mundo<sup>17</sup>. Habermas, entretanto, defende-se afirmando que sua teoria se baseou em componentes dos atos de fala cotidianos, considerados por ele universais, como: 1) o reconhecimento ou não do conteúdo de verdade pelo grupo nas afirmações enunciadas por um determinado ator social; 2) as necessidades de adequação dessas verdades às normas de conduta inerentes às culturas envolvidas; e 3) o reconhecimento, pelo grupo, da veracidade e autenticidade daquele que anuncia o argumento.

Mesmo que a aplicação real de uma teoria ética aos espaços de diálogo abertos em torno da assistência à saúde exija ainda muitos esforços de alto grau de complexidade, não parece haver outra forma de fundamentar eticamente uma decisão intercultural em torno de conflitos éticos das práticas assistenciais

que não por meio do diálogo livre entre os envolvidos com as ações a implementar.

### Considerações finais

Existe quase um consenso de que o respeito às crenças, à diversidade de visões de mundo e às práticas tradicionais de autoatenção são posturas consideradas eticamente corretas nas relações estabelecidas por profissionais de saúde e seus pacientes, independentemente de se tratar de uma relação interétnica – exatamente o tipo de relação que tem sido menos discutido no escopo da bioética clínica. A diversidade cultural representada pela grande quantidade de povos indígenas no Brasil oferece um contexto muito interessante para se refletir sobre a construção de uma bioética clínica capaz de atuar nas relações interétnicas promovidas por políticas públicas que visam garantir a oferta de bens e serviços de saúde ocidentais a comunidades tradicionais historicamente excluídas.

Os povos indígenas foram aqui tomados como objeto dessa reflexão, mas a mesma se aplica a outras comunidades estabelecidas por laços histórico-culturais de identidade, como, por exemplo, as comunidades quilombolas, portadoras de sistemas tradicionais de saúde envoltos nos referenciais religiosos e cosmológicos do candomblé. Da mesma forma, outras ações de assistência à saúde, promovidas por outras políticas de saúde (quer estatais ou de organismos internacionais), que busquem a extensão da atenção à saúde a outras comunidades tradicionais da América Latina, África e Ásia, beneficiar-se-iam de uma bioética clínica fun-

dada no domínio de noções fundamentais de antropologia da saúde e de uma teoria ética que substituísse princípios predeterminados pelo treinamento em práticas argumentativas, focadas na construção intercultural de valores e nas tomadas de decisão interétnicamente partilhadas.

Se no campo do controle de novas tecnologias e da saúde coletiva as bioéticas latino-americana e brasileira têm sido reconhecidas como produtoras de correntes teóricas que direcionam sua reflexão e proposições para os conflitos éticos que emergem de injustiças sociais historicamente determinadas, parecem aptas também a trilhar os primeiros passos para a construção de uma bioética clínica com maior capacidade de resolução de conflitos éticos interétnicos em torno da assistência à saúde.

No caso específico do Brasil, a necessidade de interiorização da atenção à saúde para locais onde as barreiras geográficas ao acesso são mais acentuadas é um problema que o SUS vem enfrentando há 20 anos e para o qual a formulação de políticas públicas precisará dar

resposta concreta nos próximos anos, sob a ameaça de que princípios que embasam o sistema, como os de universalidade e integralidade, fiquem definitivamente comprometidos.

É necessário, portanto, um esforço prático muito grande para criar cursos específicos dentro da perspectiva esboçada neste artigo, visando capacitar melhor os profissionais formados pelos antigos modelos de educação em saúde, tal como preconiza a própria Pnasi. Não obstante, é preciso destacar que o futuro de uma proposta desta ordem só se concretiza com uma profunda reforma curricular da graduação, onde conteúdos de bioética interligados a conteúdos de antropologia da saúde possam ser transmitidos a partir de experiências práticas proporcionadas aos alunos. As vias de construção pedagógica desta proposta extrapolam os objetivos do presente artigo. O importante é que esta formação diferenciada e a abertura desses espaços interétnicos de diálogo visando decisões éticas em torno da assistência à saúde não sejam vistos como utopia, mas sim como novo paradigma de formação profissional.

## Resumen

---

### **Desafíos para una bioética clínica interétnica: reflexiones a partir de la política nacional de salud indígena**

El artículo analiza los desafíos para la construcción de una bioética clínica con posibilidad de actuación en contextos interculturales y/o interétnicos, tomando como objeto las relaciones establecidas entre profesionales de salud y pacientes miembros de las comunidades indígenas en torno de la implantación de la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas. En el plano teórico son propuestas dos vías para esta construcción: una vía de contenido antropológico centrada en nociones fundamentales de Antropología de la Salud y una vía en filosofía moral centrada en la Teoría de la Acción Comunicativa y en la Ética de la Discusión de Habermas. En el plano práctico, son propuestos cursos de especialización contemplando los contenidos teóricos defendidos y una urgente reforma curricular de los cursos de graduación en la área de la salud.

**Palavras-clave:** Bioética. Salud indígena. Antropología. Política de salud. Cultura.

## Abstract

---

### **Challenges for inter-ethnic clinic bioethics: reflections from the national indigenous health policy**

The articles analyzes the challenges to build up a clinic bioethics with possibility of working in inter-cultural contexts and/or inter-ethnic, taking as object the relationships established between health professionals and patients, indigenous communities' members, on implementing the National Indigenous People Health Care Policy. Two ways are proposed, at theoretical level, for this build up: one way with anthropological content focused in basic Health Anthropology notions, and one way through moral philosophy focused in the Theory of Communicative Action and in the Habermas' Discussion Ethics. Specialization course are proposed, at practical level, encompassing advocated theoretical content, and an urgent curricular reform in health sector graduation courses.

**Key words:** Bioethics. Indigenous health. Anthropology. Health policy. Culture.

## Referências

---

1. Brasil. Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio. Povos indígenas: quem somos. Funai [Internet]. [acesso 1 jul 2010]. Disponível: <http://www.funai.gov.br/index.html>.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. IBGE [Internet]. [acesso 1 jul 2010]. Disponível: <http://www.ibge.gov.br/home/>.
3. Coimbra Jr CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações sociais com ênfase nos povos indígenas brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1): 125-32.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, Funasa; 2002.
5. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical system as cultural systems. *Soc Sci Med*. 1973; 12(2B): 85-93.
6. Lévi-Strauss C. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1975. O feiticeiro e sua magia; p.193-213.
7. Garnelo L, Sampaio S. Bases socioculturais do controle social indígena: problemas e questões na região norte do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(1): 311-7.
8. Gil L. Políticas de saúde, pluralidade terapêutica e identidade na Amazônia. *Saúde Soc*. 2007;16(2):48-60.
9. Organización Mundial de la Salud. Estratégias de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005 [Internet]. Ginebra: OMS; 2002 [acesso 20 jan 2009]. Disponível: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/op000023.pdf>.
10. Garnelo L, Sampaio S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):1217-23.
11. Athias R, Machado M. A saúde indígena no processo de implantação dos distritos sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(2):425-32.
12. Sanches M. Juntos, médicos e pajé evitam amputação. *Revista Época* [Internet]. 2009 Fev 27 [acesso 1 jul 2010]: Caderno Sociedade e Medicina. Disponível: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI62314-15228,00-JUNTOS+MEDICOS+E+PAJE+EVITAM+A+MPUTACAO.html>.
13. Feitosa S, Garrafa V, Cornelli G, Tardivo C, Carvalho SJ. Bioethics, culture and infanticide in Brazilian indigenous communities: the Zuruahá case. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(5):853-65.
14. Lorenzo C. Debate on the paper of Feitosa et al. Is an interethnic ethic possible? Reflections on indigenous infanticide. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(5):866-7.
15. Habermas J. *Teoria de la accion comunicativa*. Madrid: Taurus; 1987. v.1.
16. Habermas J. *De l'éthique de la discussion*. Paris: Flammarion; 1999.

17. Ferreira LO. A dimensão ética do diálogo antropológico: aprendendo a conversar com o nativo. In: Fleischer S, Schuch P, organizadoras. Ética e regulamentação na pesquisa antropológica. Brasília: Letras Livres; 2007. p.141-58.

Recebido 10.6.11

Aprovado 14.7.11

Aprovação final 27.7.11

### **Contato**

---

Cláudio Fortes Garcia Lorenzo - [claudiolorenzo.unb@gmail.com](mailto:claudiolorenzo.unb@gmail.com)  
SQN 313, Bloco D, Aptº 403 CEP 70.766-040. Brasília/DF, Brasil.