

# Consideraciones bioéticas sobre la relación médico-paciente indígena

Ana Carolina Giolo dos Santos<sup>1</sup>, Ana Paula Marconi Iamarino<sup>2</sup>, Jaqueline Boni da Silva<sup>3</sup>, Ana Cristina Ribeiro Zollner<sup>4</sup>, Clóvis Francisco Constantino<sup>5</sup>

## Resumen

El principio de la autonomía fue una conquista bioética significativa, en la medida en que tuvo impacto positivo en la relación médico-paciente. La búsqueda del equilibrio en el contacto entre el tradicional paternalismo médico y la especificidad cultural del paciente indígena es fundamental para el mantenimiento simétrico de esta relación. Frente a ello, es indispensable que el médico considere y admita la existencia de la diversidad social y cultural para elaborar proyectos terapéuticos que contemplen la autonomía del paciente, de la familia y de la comunidad, garantizando así una buena atención y calidad de vida. El presente artículo tiene como objetivo caracterizar, desde el enfoque de la bioética, el desafío enfrentado en la relación médico-paciente indígena, puntuar situaciones críticas y sugerir a los profesionales estrategias para establecer relaciones idealmente armoniosas entre esas culturas en el área de la salud.

**Palabras-clave:** Población indígena. Salud de poblaciones indígenas. Relaciones médico-paciente. Bioética.

## Resumo

### Considerações bioéticas sobre a relação médico-paciente indígena

O princípio da autonomia foi conquista bioética significativa, uma vez que teve impactos positivos na relação médico-paciente. A busca do equilíbrio no contato entre o tradicional paternalismo médico e a especificidade cultural do paciente indígena é fundamental para a manutenção simétrica dessa relação. Diante disso, é indispensável que o médico considere e admita a existência da diversidade social e cultural para elaborar projetos terapêuticos que visem a autonomia do paciente, da família e comunidade, garantindo, assim, bom atendimento e qualidade de vida. Este artigo objetiva caracterizar, sob o enfoque da bioética, o desafio enfrentado na relação médico-paciente indígena, pontuar situações críticas e sugerir aos profissionais estratégias para estabelecer relações idealmente harmoniosas entre essas culturas na área da saúde.

**Palavras-chave:** População indígena. Saúde de populações indígenas. Relações médico-paciente. Bioética.

## Abstract

### Bioethical considerations on the doctor-indigenous patient relationship

The principle of autonomy was a significant bioethical achievement in terms of its positive impact on the physician-patient relationship. The search for balance in the paternalistic doctor and indigenous patient relationship is fundamental for the symmetrical maintenance of such relations. In this context, it is essential that the medical professional considers and accepts the existence of social and cultural diversity when planning therapeutic strategies that aim to ensure the autonomy of the patient, the family and community, thus guaranteeing a good quality of service and of life. The aim of this article is to characterize, from the perspective of bioethics, the challenge faced by the physician-indigenous patient relationship, indicate critical situations and suggest means for an ideally harmonious relationship between these cultures in the area of health.

**Keywords:** Indigenous population. Health of indigenous peoples. Physician-patient relations. Bioethics.

1. *Graduanda* anacarolinagiolo@hotmail.com – Universidade de Santo Amaro (Unisa) 2. *Graduanda* anapaulamarconi@gmail.com – Unisa 3. *Graduanda* jak\_boni@outlook.com – Unisa 4. *Mestre* acrzollner@gmail.com – Unisa 5. *Doutor* clovisbioped@hotmail.com – Unisa, São Paulo/SP, Brasil.

## Correspondência

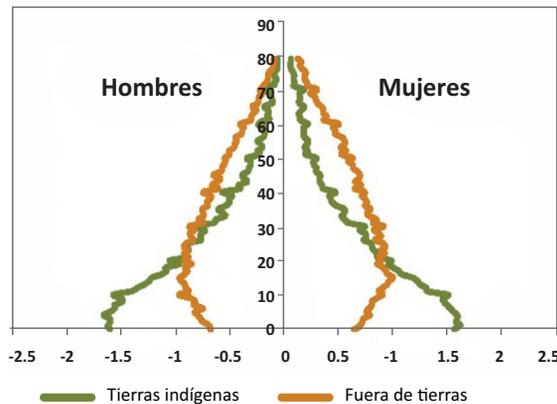
Clóvis Francisco Constantino – Rua Sousa Ramos, 171, apt. 22A CEP 04120-080. São Paulo/SP, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Desde la llegada de los portugueses a Brasil hasta los años 1970, la población indígena brasileña se redujo drásticamente y muchos pueblos fueron extinguidos inevitablemente. Esta reducción pasó a ser vista como una contingencia histórica, hecho lamentable, y en las últimas décadas del Siglo XX ese escenario comenzó a modificarse. A partir de 1991, el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) incluyó a los indígenas en el censo demográfico nacional, y el contingente de brasileños que se consideraba indígena creció un 150% en la década de 1990, ritmo de crecimiento casi seis veces mayor que el de la población general. Hubo un aumento anual de un 10,8% de la población y una media total de 1,6% de crecimiento.

Actualmente, según los datos del último censo del IBGE realizado en 2010, la población brasileña suma 190.755.799 personas. También según este censo, 817.963 son indígenas, de los cuales 502.783 o el 61,5% viven en áreas indígenas y 315.180 o el 38,5% viven en zonas urbanas, revelando así que están presentes en todos los estados, inclusive en el Distrito Federal. En relación a la composición de sexo y edad de la población estudiada, el Gráfico 1 muestra la prevalencia de ambos sexos en tierras indígenas hasta por lo menos el inicio de la edad adulta, y la base alargada indica la alta tasa de natalidad entre las mujeres<sup>1</sup>.

**Gráfico 1.** Composición de la población indígena por sexo y edad, con domicilio declarado dentro o fuera de tierras indígenas, según el Censo Demográfico de 2010<sup>2</sup>



La predominancia de mujeres y niños en las tierras indígenas implica indirectamente la real necesidad de políticas públicas de salud diferenciadas, con una atención médica eficaz abocada prioritariamente a las necesidades de esa población, vulnerable por su genotipo y por su condición de minoría étnica. Considerando las históricas situaciones de injusticia y desigualdad enfrentadas por los indígenas en Brasil, comenzando por su reconocimiento tardío como parte de la población brasilera y la agresión a los derechos

de su personalidad, este artículo procura determinar las condiciones ideales de asistencia de la salud para estos pueblos desde un nuevo ángulo, a partir de la referencia bioética de la autonomía en la relación médico-paciente, teniéndose en cuenta la cultura rica, conflictiva y diversificada de la población indígena.

## Objetivo

Identificar y analizar posibles desafíos enfrentados por la bioética clínica en contextos interculturales y/o interétnicos. Toma como objeto de estudio a las relaciones establecidas entre médicos y pacientes de comunidades indígenas contemplados por la implementación de la Política Nacional de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASI), equilibrando la autonomía médico-paciente en busca de una relación ideal.

## Método

Para este estudio se realizó, entre los días 1° y 30 de junio de 2016, una investigación bibliográfica y un análisis comparado de los trabajos localizados para delimitar el tema, considerando también las políticas y las directrices de salud de los pueblos indígenas en el Sistema Único de Salud (SUS). La estrategia de investigación implicó la búsqueda de artículos que contuvieran en el título los términos “bioética”, “cultura indígena”, “autonomía médico-paciente” y “salud indígena”, asociados al operador booleano “and”, de forma tal de obtener los estudios más adecuados para el tema.

En total se encontraron 169 artículos, excluyéndose las duplicidades. En cuanto a los criterios de inclusión, la investigación abarcó trabajos en inglés, portugués o español y no se restringió la fecha de publicación, prefiriendo estudios más actuales sólo en el caso de una misma línea de estudio y/o discusión muy semejante sobre el tema abordado. Los criterios de exclusión se limitaron a estudios publicados en lenguas diferentes a las escogidas y a aquellos que no abordaban la bioética en relación al tema explorado, dando como resultado una base de 45 artículos para estudiar el tema, planificar y elaborar el texto final.

## Política Nacional de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas

A partir de la Constitución Federal de 1988, el Estado brasileño comenzó a reconocer los derechos

y especificidades de las poblaciones indígenas en Brasil, además de la necesidad de incorporarlos al SUS y de elaborar políticas públicas que las favorecieran. Tendiendo a ampliar la atención médico-asistencial a esas poblaciones, el Subsistema de Atención de la Salud Indígena (SASI) y los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI) fueron creados en 1999<sup>3</sup>.

Por medio de asociaciones entre instituciones públicas y organizaciones indígenas y otras de la sociedad civil, los DSEI procuraron promover la salud de esas poblaciones en el nivel médico y odontológico. El Ministerio de Salud (MS) tuvo la incumbencia de elaborar normas y directrices a ser ejecutadas por la Fundación Nacional de Salud (FUNASA), conforme lo dispuesto, respectivamente, en los artículos 2° y 3° del Decreto 3.156/1999, ratificado en setiembre del mismo año por la Ley 9.836 (Ley Arouca), que atribuyó esa responsabilidad al Sasi en el ámbito del SUS<sup>4</sup>.

Ya en 2002, el MS y la FUNASA lanzaron la PNASI<sup>5</sup> con el argumento de adoptar un modelo de atención diferenciado para garantizar a esos pueblos un mayor ejercicio de su ciudadanía en lo que concierne a la promoción, la protección y la recuperación de la salud. La PNASI, por su parte, determina que los equipos multidisciplinarios de salud de los distritos deben incluir agentes indígenas de salud, técnicos de enfermería, enfermeros, odontólogos y médicos, en una conformación similar a la del Programa Salud de la Familia. Prevé además la participación sistemática en cada DSEI de antropólogos y otros profesionales y técnicos especialistas en las cuestiones indígenas, para crear un espacio etnocultural dinámico, geográfico, poblacional y administrativo bien delimitado y, por lo tanto, promover entre esas poblaciones una cobertura total, acceso y aceptabilidad ante el SUS<sup>5,6</sup>.

### La visión del profesional médico

Es necesario considerar que la formación universitaria de gestores, profesionales de la salud y, principalmente, del profesional médico es construida en general según el determinismo cientificista propio de la epidemiología y la biomedicina. Estas disciplinas generalmente no incluyen contenidos sólidos de antropología de la salud, administrados casi siempre en programas de posgrado.

Esta situación contrasta con lo que prescribe el eje de formación ético-humanística recomendado por el Ministerio de Educación. Además, esa formación deficitaria es señalada por la bibliografía como incapaz de responder a los diversos conflictos interculturales enfrentados actualmente por los médicos, y que están relacionados con el desconocimiento de

la matriz cultural diferenciada que sustenta a los sistemas médicos indígenas y justifica sus prácticas.

Continúa, por lo tanto, siendo frecuente en las acciones de salud la concepción de que el “civilizado” (profesional médico) debe hacer evolucionar al “primitivo” (paciente indígena) y que el saber científico, circunscripto a las interacciones entre patógenos y huéspedes, regulación y desregulación génica y otros desajustes de funciones orgánicas, debe informar o validar al saber local, evidenciando su supremacía. Este etnocentrismo en las planificaciones locales de acciones de salud es responsable de descontextualizar comportamientos, simplificar demandas y, principalmente, de generalizar las necesidades de los individuos y de su colectividad<sup>7</sup>.

En cuanto a las prácticas asistenciales propiamente dichas, es común que el médico vea a las actividades diagnósticas o terapéuticas de los sistemas tradicionales indígenas como elementos a ser tolerados o, como mucho, incorporados de forma accesorio, pero no articulados con su conocimiento científico. Existe la tendencia de clasificarlas como recursos de eficacia simbólica o, a lo sumo, complementarias o alternativas, siendo que los practicantes son simplemente ignorados o descalificados en tanto socios capaces de intervenir en las enfermedades o males intercurrentes.

### La visión del paciente indígena

En la visión de gran parte de los pueblos indígenas, el proceso salud-enfermedad sobrepasa las rígidas nociones de enfermedad y tratamiento postuladas actualmente por las ciencias médicas, más específicamente por la Medicina que, por su parte, se basa estrictamente en procesos fisiopatológicos del organismo humano. La concepción indígena de enfermedad y cura forma parte de un orden cosmológico e involucra a fuerzas invisibles de la naturaleza; el significado de la enfermedad va mucho más allá de nuestra limitada perspectiva del cuerpo físico. Este proceso no implica sólo sufrimiento físico, sino principalmente espiritual y moral.

Incluso no existiendo unanimidad, puesto que según un relevamiento del Instituto Socioambiental<sup>8</sup>, existen hoy en Brasil aproximadamente 250 pueblos indígenas registrados en el Censo 2010, existe una nítida divergencia en cuanto a la comprensión de la enfermedad entre ellos y el profesional médico. Como se mencionó, esta comprensión no corresponde al proceso patológicamente estructurado definido por la Medicina y postulado en todo el medio científico, incluso para los pueblos que conviven desde los primordios de la colonización con la

desenfrenada urbanización e industrialización de los espacios geográficos de sus territorios sagrados<sup>9,10</sup>.

Entre las adversidades encaradas por el paciente indígena cuando es sometido a un tratamiento médico paternalista, está la dificultad de adaptarse a la nueva rutina de ociosidad a la que queda sometido el paciente en internación hospitalaria, distanciado de sus familiares y de su comunidad durante el tratamiento, y conviviendo con personas de cultura y valores muchas veces extremadamente divergentes<sup>10</sup>. El paciente indígena espera que el médico entre en contacto con múltiples territorios del saber, acogiendo la diversidad y la pluralidad sociocultural que cada individuo puede contener, para entonces establecer proyectos terapéuticos que brinden autonomía al paciente, a la familia y a la comunidad, garantizando, así, una buena atención y calidad de vida<sup>11-13</sup>.

Generalmente, el indígena enfermo hace una consulta primero con el chamán, que indica y pone en práctica tratamientos que juzga apropiados, como el tratamiento con hierbas, baños con plantas o humos. También brinda orientación sobre si la enfermedad es “de causa material” o “de causa espiritual”, considerada una consecuencia de la no observancia del código de comportamiento, causando un profundo desequilibrio en el espíritu humano. En el primer caso, el paciente es tratado por los profesionales de la salud y por el chamán al mismo tiempo. En el segundo, si se constata que se trata de una enfermedad de carácter indígena o espiritual, y puesto que se cree en la dualidad del alma, se realiza el ritual característico del chamán, denominado peyorativa y erróneamente como “pajelanza”. Normalmente presenta buenos resultados, devolviendo vivacidad al enfermo, dado que corresponde a un tratamiento<sup>14</sup>.

### **Relación médico-paciente indígena ideal**

La relación médico-paciente debe ser un proceso continuo y debe involucrar cuatro componentes principales: la conciencia, el conocimiento, la habilidad y el encuentro cultural. En otras palabras, la unión del conocimiento práctico y científico y el respeto por la cultura y la autonomía del paciente<sup>11</sup>. Es esencial que el profesional médico esté dispuesto a escuchar al paciente indígena y a comprender cómo percibe su experiencia de enfermar, con el objetivo de construir juntos una atención diferenciada tendiendo a un mejor tratamiento<sup>9</sup>.

Se espera que la atención cuente con un equipo multiprofesional y que abra espacio al diálogo entre el paciente y el equipo, fortaleciendo principalmente los lazos de confianza entre médicos y pacientes indígenas.

Para una atención satisfactoria y de calidad es necesaria una buena preparación de los profesionales, que deben ir más allá de la mera relación médico-paciente, contemplando el contexto sociocultural y las diferentes concepciones sobre salud, enfermedad, tratamiento y del propio individuo. Se buscan, de esta forma, medios para acercar cultural y contribuir mutuamente con la decisión del tratamiento, valorando y respetando la autonomía del paciente de manera tal de garantizar una atención integral, resolutive y responsable<sup>15</sup>.

Se espera que el médico desarrolle estrategias para informar el diagnóstico y los procedimientos a ser realizados, así como para adecuar el ambiente y la dieta hospitalaria siempre que sea posible, respetando las creencias del paciente. Siempre que fuera posible y oportuno, el médico debe acercarse a la comunidad para aprender la lengua local y conocer los hábitos de vida, el territorio y las peculiaridades de los indígenas, ampliando así su comprensión sobre el proceso salud-enfermedad. De esta forma, se establece el vínculo entre médico y paciente, y hay más respeto y confianza en la atención brindada.

El médico debe también integrar a la atención el apoyo del chamán y de otros miembros de la comunidad con formación en el área de la salud, o incluso de traductores que faciliten la comunicación y el entendimiento mutuo, siempre que se juzgara necesario, transmitiendo así una mayor seguridad para el paciente y confiriéndole mayor efectividad a la atención. De la misma forma, el apoyo y el involucramiento del equipo médico en campañas y trabajos en las comunidades, llevando informaciones sobre cuidados, prevención, inmunización y combate de enfermedades, son importantes para estrechar lazos entre médicos y pacientes, además de mejorar la calidad de vida en las aldeas<sup>13</sup>.

### **La bioética en la relación médico-paciente indígena**

*La Bioética es el estudio sistemático de las dimensiones morales – incluyendo la visión moral, las decisiones, la conducta y las políticas – de las ciencias de la vida y de la atención de la salud, utilizando una variedad de métodos éticos en un escenario interdisciplinario<sup>16</sup> abocada a la solución de conflictos concretos en contextos variados y a las consecuencias resultantes del encuentro entre culturas distintas. La diversidad cultural no debe ser desatendida; no obstante, sus prácticas no pueden ser un pretexto para justificar la violación de la dignidad humana, conforme lo señalado en el Artículo*

12 de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*:

*La importancia de la diversidad cultural y del pluralismo debe recibir la debida consideración. No obstante, tales consideraciones no deben ser invocadas para violar la dignidad humana, los Derechos Humanos y las libertades fundamentales, ni los principios dispuestos en esta Declaración, o para limitar su alcance*<sup>17</sup>.

El intento de unificar los valores socioculturales de las distintas poblaciones de Brasil es una tarea condenada al fracaso, puesto que acabaría con lo mejor de todos los pueblos, la herencia cultural, es decir, los modos de expresar sentimientos y valores diferentes. Sin embargo, desde el punto de vista normativo, es posible compartir conductas basadas en los Derechos Humanos – como condenar el genocidio, el asesinato, la tortura, la violación, la esclavitud, las desapariciones forzadas, el maltrato de niños y ancianos y el racismo – en busca de una convivencia más organizada, propicia y armoniosa en sociedad.

Cuando se sienten perjudicadas, muchas comunidades indígenas recurren a mecanismos de protección de derechos para responsabilizar al Estado por las violaciones practicadas. Queda claro que los pueblos indígenas perciben a los Derechos Humanos como instrumentos aliados y aptos para hacer valer sus valores e ideales, como el derecho a la tierra y a la identidad cultural, por ejemplo. No obstante, los Derechos Humanos no siempre responden adecuadamente a las peculiaridades socioculturales de los diferentes pueblos, por presentar una postura generalista. A partir de esta perspectiva, es posible comprender la dificultad para conciliar intereses distintos, manteniéndose intocable la identidad cultural, sin adaptaciones.

Aun así, no todo conflicto bioético supone una violación a los Derechos Humanos, como el ejemplo citado por Lorenzo<sup>18</sup> del niño Tukano, de un grupo indígena que vive en los márgenes del río Uaupés, en los territorios de la Amazonia brasileña, Colombia y Venezuela. El niño fue picado por una víbora yarará e internado en una unidad de salud de Manaus, donde el padre solicitó la entrada del chamán para que fuera tratado de acuerdo con las prácticas de su cultura, pero su pedido fue negado. Ante la negativa, el padre inició medidas judiciales para sacar al niño de la unidad de salud y para que recibiera el tratamiento tradicional, ejerciendo su derecho a la autonomía.

Tomando conocimiento de la situación, el director de un hospital de la región le propuso al padre que el niño continuase internado en la UCI, debido a la gravedad del caso, sometido tanto al tratamiento de la Medicina occidental como al de la Medicina tradicional de los Tukano, administrada por el chamán. La propuesta fue aceptada por el padre, culminando felizmente en la cura del niño.

Ciertamente hubo un conflicto bioético de base cultural en relación al tratamiento. No obstante, el médico que ejercía la función de director del hospital tuvo la sensibilidad de permitir que el paciente y sus responsables pudiesen experimentar aspectos fundamentales de su cultura, utilizando su propia medicina junto con la occidental. De esta forma, se llegó a un consenso y ninguna de las partes involucradas violó los Derechos Humanos, ambas actuaron en beneficio del restablecimiento de la salud del paciente.

Deben evitarse medidas intervencionistas que no respeten la cultura; el abordaje intercultural presume percibir la cultura, el objeto de análisis, sin una mirada etnocéntrica, eliminando los estereotipos negativos o prejuiciosos, para crear una relación de empatía. Siendo así, las estrategias de intercambio cultural son siempre adecuadas a cualquier conflicto en que se detecte una violación tenue o explícita de los derechos humanos.

Diferentemente, en otro tipo de conflictos, como en el caso de la tradición del “infanticidio indígena”, hay una nítida violación de los Derechos Humanos de niños y mujeres, aunque el contexto sea diferente. En estas situaciones, en la mayor parte de los casos de indígenas habitantes de aldeas, incluso los antropólogos comienzan a admitir que tal vez sea mejor aplicar el principio del ya mencionado Artículo 12<sup>17</sup>, según el cual no se debe recurrir a la diversidad cultural y al pluralismo para justificar la violación de ningún derecho humano. En este ejemplo, cuando las prácticas tradicionales reflejan la posición inferior de mujeres y niños en determinada sociedad patriarcal, el diálogo y la mediación intercultural no son suficientes.

La solución de conflictos morales de base cultural, sea cual fuera su naturaleza, se basa en el precepto de que no debería haber jerarquización de culturas, siendo la protección de los vulnerables, independientemente de la comunidad cultural a la que pertenezcan, un deber inexorable del Estado<sup>19</sup>. Sin embargo, los instrumentos normativos que no representan a la diversidad humana acaban perpetuando los conflictos sociales. Los conflictos generados por las diferencias culturales deben ser

discutidos de forma simétrica y plural, acompañados por la Bioética, dado que la defensa de estas especificidades de la salud indígena ha traído mejoras relevantes para esa población<sup>20</sup>. Recientemente, fue noticia el nacimiento de unos gemelos del pueblo Araweté, quienes fueron rechazados por la propia comunidad indígena. Según la creencia de esa comunidad, eso significa algo catastrófico. En este caso, la Fundación Nacional del Indio (FUNAI) acogió a los niños y los dispuso para adopción, alternativa comúnmente adoptada para este tipo de conflictos.

En los procesos de “relación intercultural” y de movilidad social, algunos indígenas han actuado como agentes de salud en determinadas áreas, especialmente en la región Sur del país. Esta actividad ha facilitado mucho la relación médico-paciente, dado que se permite una actuación médica sin irrespeter las creencias y los hábitos del pueblo asistido. Los agentes de salud indígenas conocen los límites de cada una de las partes y buscan conciliar las diferentes formas de tratar, lo que resulta en una integración benéfica y estimula la autonomía de la relación<sup>21,22</sup>. Es muy importante que los servicios de salud busquen aproximarse cada vez más a la población atendida para entender sus costumbres y adecuar las formas de cuidado prescritas por la Medicina occidental a sus necesidades culturales y religiosas.

Es en este sentido que se habla del proceso de intermedicalidad o pluralidad terapéutica como forma de sumar saberes basados en la Medicina tradicional y otras formas de conocimiento no médicos en la teoría y en la práctica, como es el caso de los saberes intrínsecos de la salud indígena<sup>23</sup>. Debe considerarse, además, en la interacción medicamentosa cuando se intenta conciliar tratamientos indígenas y el tratamiento médico convencional, y en la necesidad de hacerse comprender para que esa relación médico-paciente sea posible. Estas dificultades fueron descritas por Vieira, Oliveira y Neves<sup>23</sup> en la experiencia relatada con el pueblo Truká. Conciliar esas formas de tratamiento es una señal de reconocimiento de la pluralidad y del respeto a la diversidad cultural.

Para Santos<sup>24</sup>, el imperativo intercultural es difícil de alcanzar debido a las concepciones concurrentes de igualdad y diferencia, que introducen el derecho a la igualdad cuando hay inferiorización y el derecho a la diferencia cuando hay descaracterización. El autor además destaca que *no todas las igualdades son idénticas y no todas las diferencias son desiguales*<sup>25</sup>.

## Consideraciones finales

A medida que las políticas públicas de salud asignan profesionales en regiones históricamente excluidas de la atención de la salud o en contacto con pueblos cuya concepción de salud difiere de la occidental, los conflictos éticos van surgiendo. Como cada cultura tiene características bastante peculiares, su resolución, por lo tanto, depende de la predisposición al consenso y a las demás herramientas teóricas para la reflexión, además de las competencias pragmáticas para el diálogo aún no muy claramente definidas en el alcance epistemológico de la bioética clínica<sup>11</sup>.

El principio de autonomía fue una conquista bioética significativa, dado que tuvo un impacto positivo en la relación médico-paciente, aunque el aumento de la complejidad de esa relación haya generado más conflictos éticos. De este modo, el equilibrio entre autonomía y paternalismo es fundamental para mantener la simetría de la relación entre médico y paciente. En el ámbito de los servicios de salud instalados en los ambientes urbanos y para las sociedades con características occidentales, esa relación vive la era de la “decisión compartida” y, por lo tanto, médico y paciente son co-responsables de sus elecciones<sup>21</sup>.

El médico debe actuar como mediador de la promoción de la salud, proporcionando a los pacientes indígenas todos los medios necesarios para mejorar su salud, garantizando el acceso universal a la red con equidad y respeto cultural. Hay que disponerse también al aprendizaje mutuo ante la diversidad de situaciones, percibiendo así la importancia de tener un interés genuino en involucrarse con la cultura del otro. Para ello, se debe estar propenso a adaptarse a las condiciones, necesidades y posibilidades locales, considerando los diversos sistemas sociales, culturales y económicos. En contrapartida, es necesaria una mayor apertura a las comunidades indígenas para gozar de los servicios ofrecidos por el SUS, que constituyen un derecho.

Para una relación ideal, el médico que vaya a atender a pacientes de origen indígena debe asistirlos y estudiarlos como un todo, individual y colectivamente, a partir de un abordaje amplio que considere el ambiente en el que vive y las características de su cotidianeidad, su modo de vida y su alimentación. Actuando de ese modo, el médico actúa como un agente que interpreta y evalúa, de forma amplia, todos los complejos factores científicos, culturales y ambientales que implica la singular relación médico-paciente indígena.

Los profesionales deben ser capaces de jerarquizar los diversos problemas médicos que afectan al paciente, estableciendo la secuencia debida para que los tratamientos obedezcan a las prioridades correctas y a las peculiaridades del indígena. Esta medida es indispensable para establecer hipótesis diagnósticas principales, programar exámenes complementarios, en caso de que sea necesario, y para prescribir entonces el tratamiento adecuado para cada caso. Cuando fuera considerado necesario, deben solicitar la ayuda del chamán para los tratamientos más amplios, uniendo fuerzas para un bien mayor que, se espera, repercuta en la aceptación y la adhesión al tratamiento por parte del paciente, debido a la confianza y al conocimiento que se suma.

Cuando se contempla la situación desde el punto de vista del paciente, a quien se pretende servir con la ciencia médica, salta a la vista la necesidad de un elemento integrador que reestablezca la salud, es decir, una referencia de confianza capaz de guiarlo durante el tratamiento médico. El paciente indígena debe percibir el interés y el compromiso de su cuidador, factor esencial en la lucha contra la enfermedad. En el médico se deposita la confianza y, a partir de sus consejos, se enfrenta la situación nueva: el estar enfermo. No se trata de sólo una enfermedad más, de un caso de estudio o de un diagnóstico, porque no es solamente eso. La enfermedad tiene lugar siempre en individuos concretos, y por eso se reviste de individualidad, personalidad, de sus peculiaridades, sus características familiares, sociales y, principalmente, culturales. La

enfermedad es realmente personal e intransferible, como el propio sujeto, como el alma y el ser.

La relación médico-paciente indígena puede ser considerada delicada, dado que los conflictos generados provienen de percepciones diferentes del proceso de salud-enfermedad, que están permeadas por divergencias éticas, morales y culturales de las partes involucradas. Esa relación exige un diálogo y un entendimiento mutuo de los diferentes puntos de vista para poder construir vínculos efectivos, de modo tal que sea posible equilibrar el conocimiento técnico-científico del médico y los saberes asociados a los aspectos espirituales del paciente indígena. El único objetivo es reestablecer la salud sin que esa intervención cause malestar al enfermo, comprometa la autonomía de ambos o irrespete la diversidad cultural inserta en ese contexto.

Se trata de un ejercicio delicado de escucha intercultural compartida para establecer relaciones solidas a partir de las diferencias propias del pueblo brasileño. Se debe partir de la premisa básica de que las culturas son incompletas y problemáticas por sí solas en lo que atañe a sus concepciones de dignidad humana, justificándose así la necesidad de la pluralidad, pues si cada cultura fuese tan completa como se juzga, existiría sólo una y verdaderamente universal<sup>24</sup>. La construcción efectiva del vínculo médico-paciente indígena atraviesa la comprensión, aportada por la Bioética, de la pluralidad de los seres humanos, reunidos en grupos o no. Así, el vínculo efectivo construido evoluciona también como vínculo afectivo.

## Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. [Internet]. 2011 [acesso 18 jul 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1Kxx7Bq>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O Brasil indígena. [Internet]. 2011 [acesso 18 jul 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2ezJd8s>
3. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nº 564, de 8 de junho de 1992, e nº 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília; 28 ago 1999.
4. Mendes EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
5. Fundação Nacional de Saúde. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
6. Conselho Nacional de Saúde. Memória da comissão intersectorial de saúde indígena. Brasília: UnB; 2006.
7. 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.
8. Ricardo B, Ricardo F, Klein T. Povos indígenas no Brasil 2006/2010. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2011.
9. Langdon EJ. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: Baruzzi RG, Junqueira C, organizadores. Parque indígena do Xingu: saúde, cultura e história. São Paulo: Terra Virgem; 2005. p. 115-33.

10. Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis*. 2004;14(1):67-83.
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Alma-Ata. [Internet]. Alma-Ata: Opas; 1978 [acesso 18 jul 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2wwmiRH>
12. Organização Pan-Americana da Saúde. Carta de Ottawa. [Internet]. Ottawa: Opas; 1986 [acesso 18 jul 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2bVDHbN>
13. Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Adelaide. [Internet]. Adelaide: Opas; 1988 [acesso 18 jul 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2gwigPV>
14. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Médica convive e aprende com cultura indígena. [Internet]. *Jornal do Cremesp*. jul 2015 [acesso 18 jul 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2x3gvEr>
15. Pereira ER, Biruel EP, Oliveira LSS, Rodrigues DA. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. *Saúde Soc*. 2014;23(3):1077-90. Disponível: <http://bit.ly/2x3w1QT>
16. Reich WT. *Encyclopedia of bioethics*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: MacMillan; 1995. p. xxi.
17. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos. [Internet]. Paris: Unesco; 2005 [acesso 20 jul 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1UsDHAX>
18. Lorenzo CFG. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2011;19(2):329-42.
19. Albuquerque A. Perspectiva bioética intercultural e direitos humanos: a busca de instrumentos éticos para a solução de conflitos de base cultural. *Tempus*. 2015;9(2):9-27.
20. Castellani MR, Montagner MA. Saúde indígena: a bioética como instrumento de respeito às diferenças. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2012;20(2):349-59.
21. Marques Filho J, Hossne WS. A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2015;23(2):304-10.
22. Dal Poz J. A etnia como sistema: contato, fricção e identidade no Brasil indígena. *Soc Cult*. 2003;6(2):177-88.
23. Vieira HTG, Oliveira JEL, Neves RCM. A relação de intermedialidade nos Índios Truká, em Cabrobó – Pernambuco. *Saúde Soc*. 2013;22(2):566-74.
24. Santos BS. Uma concepção multicultural de direitos humanos. *Lua Nova*. 1997 [acesso 20 jul 2016];(39):105-24. Disponível: <http://bit.ly/2vx0zys>
25. Santos BS. Op. cit. p. 115.

### Participación de los autores

Ana Carolina Giolo dos Santos fue responsable de la revisión bibliográfica y de colaboraciones en el texto. Ana Paula Marconi Iamarino contribuyó con la recolección y selección de los artículos citados, consideraciones sobre el tema y con la corrección del manuscrito. Jaqueline Boni da Silva escogió el tema, elaboró el diseño del estudio y colaboró en la revisión bibliográfica, en la selección de los artículos citados y con consideraciones sobre el tema. Ana Zollner contribuyó en los debates sobre la temática y con correcciones dinámicas del texto. Clóvis Francisco Constantino contribuyó con la sugerencia del tema para el trabajo, en las correcciones secuenciales del texto a lo largo del tiempo y en la corrección final. Todas las autoras participaron de la revisión del artículo.

