

Bioética e interculturalidad en la atención de salud indígena

Aíslan la 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.

Resumen

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 presentadas 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.

Resumo

Bioética e interculturalidade na atenção à saúde indígena

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.

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.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

En el intenso encuentro entre culturas que vivimos en el siglo XXI, construir un marco teórico y una práctica médica intercultural es uno de los retos de la bioética^{1,2}. Hoy en día, el encuentro entre culturas tiene lugar en un nivel aún más amplio y acelerado, aumentando las posibilidades creativas y las respuestas a las preguntas que afligen al ser humano. En el campo de la salud, la bioética es un elemento clave para establecer relaciones que agregan entre diversos caminos y tratar temas relacionados con la salud y la enfermedad.

Este artículo señala aspectos socioculturales y legales que han posibilitado experiencias de bioética intercultural en la atención de la salud de los pueblos indígenas. El estudio, que hace hincapié en cuestiones culturales y se basa en tecnologías blandas de salud³, tiene como objetivo señalar perspectivas para superar los obstáculos a la práctica bioética en contextos permeados por la influencia de la colonialidad y el racismo estructural⁴⁻⁶. En este sentido, el enfoque será la efectividad de la práctica bioética intercultural, sin dejar de considerar o asignar menos importancia a los obstáculos que existen de hecho⁵⁻⁸.

Asumiendo que la bioética es un campo teórico y práctico que surge dentro de la biomedicina^{2,9,10}, discutiremos cuatro aspectos facilitadores de la práctica bioética intercultural. La primera es la característica dinámica de la cultura, reforzada por los encuentros interculturales¹¹. El segundo aspecto se refiere al hecho de que, a pesar de la diversidad ontológica, siempre hay posibilidades de diálogo intercultural a nivel pragmático¹²⁻¹⁴. El tercer aspecto se refiere a un impulso que lleva a los miembros de un colectivo a superar los límites impuestos por su propia cultura, cuestionando los principios éticos y las normas de comportamiento acordadas¹³. El cuarto aspecto, finalmente, está relacionado con la estructura, organización y cultura de la sociedad moderna, en la que las interacciones sociales ocurren desplazadas en el tiempo y el espacio, sin la necesidad de que las personas dominen todo lo que el momento implica^{15,16}. Este espacio de no dominio permite la apertura del diálogo entre sistemas médicos, sin que la biomedicina necesite comprender completamente otros sistemas.

A partir de la reflexión sobre la atención a la salud de los pueblos indígenas en Brasil, destacaremos aspectos socioculturales que permiten construir y fortalecer diálogos entre

diferentes puntos de vista sobre el cuerpo y el proceso salud-enfermedad. Una de las maneras de entender esta diversidad de visiones, más allá de la biomedicina, es observar cómo las tecnologías blandas valoran elementos que escapan a las perspectivas imperantes en las ciencias de la salud.

Bases socioculturales para una bioética intercultural

Incluso en un contexto de acciones de salud permeadas por la colonialidad y el racismo estructural, ya sea por la imposición directa o sutil de la biomedicina a las medicinas indígenas⁶, ya sea por la menor atención prestada a los grupos indígenas y negros⁵, es posible observar experiencias de práctica bioética intercultural, ubicadas en un nivel más elemental de interacciones sociales.

El término “colonialidad” se refiere al proceso de dominación de las mentalidades en el que las referencias no eurocéntricas se consideran inferiores y prescindibles para el desarrollo de la humanidad⁴. Iniciado en el período colonial, este proceso no terminó con las independencias de las colonias, y podemos sentir sus efectos hasta el día de hoy. En el campo de la salud, por ejemplo, la colonialidad hace que las medicinas no biomédicas sean vistas como creencias, y sus especialistas como brujos o charlatanes. En el caso de las medicinas indígenas, las palabras “chamanismo”, “hechicería”, “chamán” y “brujo” demuestran el lugar que ocupan estos sistemas médicos en el mundo occidental¹⁷.

El racismo estructural implica dos movimientos. El primero se refiere a la base eurocéntrica de las concepciones de la medicina occidental sobre el cuerpo y el proceso salud-enfermedad. En este sentido, algunas enfermedades que, por razones socioculturales o genéticas, afectan de manera específica o más intensa a poblaciones indígenas o afrodescendientes no han recibido la debida atención, lo que resulta en la exclusión de estos grupos en la atención de salud⁵.

Paradójicamente, el segundo movimiento se refiere al hecho de que las acciones de salud, si consideran estas particularidades, son acusadas de racialización de la sociedad brasileña, aunque la medicina ya tiene en cuenta otras diversidades, como el género (salud de hombres y mujeres) o el grupo de edad (salud de los ancianos y los niños).⁵

A partir de estos dos movimientos, el racismo socava la ya escasa atención que los indígenas y negros reciben del sistema de salud y sus profesionales¹⁸.

En el contexto de la interacción entre culturas, destaca el concepto de Interculturalidad:

En el campo de la salud indígena, la noción de interculturalidad se utiliza generalmente para caracterizar los contextos de cuidado, las relaciones y los procesos comunicativos establecidos en el contacto entre dos culturas diferentes: la indígena y la occidental¹⁹.

En general, los autores diferencian la interculturalidad crítica de la interculturalidad funcional^{6,7,20}. Mientras que la primera cuestiona los aspectos estructurales que subyacen a la dominación, exclusión y borrado de la diversidad, la segunda busca reordenamientos que enfatizan la convivencia en medio de la diversidad dentro del contexto sociopolítico actual. Así, mientras que la perspectiva crítica cuestiona la sociedad actual, pensando la colonialidad, sus efectos y sus relaciones con otras ideologías, la perspectiva funcional, basada en el multiculturalismo, no cuestiona el origen de la colonialidad y las relaciones que establece con otras ideologías^{6,20}.

En este artículo se busca reflexionar de manera crítica sobre las experiencias de bioética intercultural en la atención a la salud indígena, considerando las condiciones desfavorables impuestas por el contexto social, político y cultural.

Diálogo cultural a nivel pragmático

En lugar de entender la cultura como una totalidad cerrada sobre sí misma, con lógica propia e ininteligible para otra cultura, lo que haría imposible el diálogo intercultural¹², la antropología –y especialmente la escuela francesa²¹⁻²³– apunta a la posibilidad de comunicación e inteligibilidad entre culturas, dada la universalidad de categorías de comprensión o representaciones colectivas (tiempo, espacio, causalidad, totalidad, etc.) a través de las cuales la mente humana aprehende el mundo.

En esta perspectiva, el mismo esquema estructural de funcionamiento, compartido por toda la humanidad, se expresaría de manera diferente en cada grupo humano: *el relativismo estructural de Lévi-Strauss enfatiza la unidad y la inteligibilidad mutua de las culturas humanas –mientras veamos los diferentes sistemas culturales como*

transformaciones que operan de acuerdo a principios mentales que son universales²⁴. Así, en la medida en que asume la existencia de la unidad humana, este relativismo estructural afirma la posibilidad del diálogo entre culturas.

Aunque las diferentes culturas pueden diferir en las explicaciones sobre las cosas o los valores éticos y morales (es decir, sobre sus ontologías), en ciertas situaciones estas culturas pueden dialogar a un nivel pragmático, porque quieren el mismo resultado, aunque utilicen caminos diferentes para lograrlo. Es, por tanto, en la existencia de “*principios pragmáticos de la razón*” en toda la humanidad²⁵ donde reside la clave del diálogo intercultural, es decir, la posibilidad de que los mundos puedan dialogar sin que uno se reduzca al otro. Después de todo, hay una capacidad humana universal para moverse de un mundo a otro, y a través de esta capacidad podemos, por así decirlo, modelar una ontología dentro de la otra y hacerla inteligible incluso sin creer en lo que dice el otro²⁵.

Los sistemas culturales se basan en “verdades” que ganan efectividad en la esfera pragmática. Por lo tanto, diferentes sistemas mundiales pueden ponerse de acuerdo sobre ciertas consecuencias pragmáticas de sus postulados, sin que exista correspondencia entre estos postulados o entre las respectivas cosmovisiones²⁶. En el campo de la salud, por ejemplo, hay muchas particularidades culturales relacionadas con el proceso salud-enfermedad, pero todos los sistemas médicos tienen como objetivo, a nivel pragmático, la restauración de la salud y la reducción de las molestias^{27,28}, incluso si para lograr este objetivo recurren a diferentes métodos¹⁷.

Cultura en construcción continua

Aunque existan perspectivas teóricas variadas, se puede decir que “cultura” corresponde a un conjunto de significados compartidos por los individuos de un colectivo. Tales significados se atribuyen a cosas que conforman la realidad percibida por estos individuos a través de los sentidos corporales (visión, oído, tacto, gusto, olfato) y de las ideas. Una característica inherente a todo sistema cultural es que organiza el mundo y lo hace inteligible para el colectivo, permitiéndole expresarlo a través del pensamiento y las acciones individuales^{11,29,30}.

Otra característica inherente a toda cultura es la dinámica de transformación, que es independiente del encuentro con otros sistemas. Un sistema

cultural, como algo que no está congelado en el tiempo y el espacio, sino transformado con y por la historia, solo es efectivo cuando continúa organizando el mundo y haciéndolo inteligible^{29,31}. Por lo tanto, si los significados pierden la capacidad de ayudar a entender un evento (que puede ser generado internamente o por el agente externo, como un fenómeno de la naturaleza u otra cultura, etc.), la colectividad vuelve a trabajar estos significados para recuperar la eficacia del sistema cultural²⁹.

Como señala Lévi-Strauss, excepto por períodos muy cortos, las *sociedades humanas nunca han sido aisladas*³². Para él, el encuentro entre culturas contribuye a las dinámicas de transformación, diversificando tanto las posibilidades de respuesta a situaciones empíricas como las propias preguntas.

Siguiendo este camino, podemos reconocer tres momentos del encuentro cultural: la curiosidad por los demás (conocer, comprender y aprender); la revisión o fortalecimiento de las propias certezas; y la singularización a través de la producción de diferencias, resultando en la diversidad cultural. Las dinámicas de transformación interna y su potenciación por el encuentro conducen a la mejora y sofisticación de algunas dimensiones de la vida humana.

Algunas culturas están más orientadas por la transformación del entorno por la tecnología, otras por la espiritualidad, otras por los sistemas de parentesco y la organización social, otras por las relaciones con la naturaleza, y así sucesivamente^{11,21}. En este sentido, no tiene sentido afirmar que hay culturas más avanzadas que otras, porque cada una de ellas se ha sofisticado en una dirección, y la jerarquía solo puede corresponder a un punto de vista particular, que elige un aspecto específico para informar la comparación.

Otra característica de la cultura, complementaria a la señalada por Lévi-Strauss, la observa Santos¹⁴, para quien toda cultura es inacabada o imperfecta. Tal incompletud, sin embargo, *no es visible desde dentro de esta cultura, ya que la aspiración a la totalidad induce a tomar la parte por el todo*³³. En este sentido, el autor utiliza el concepto de “hermenéutica diatópica” para entender los encuentros interculturales, que amplían *al máximo la conciencia de lo incompleto mutuo a través de un diálogo que se desarrolla, por así decirlo, con un pie en una cultura y el otro en otra*³³. A pesar de que nunca se logra la plenitud, reconocer la

existencia de brechas en el sistema cultural abre posibilidades para el diálogo intercultural, a través del cual se construyen colectivamente nuevos conocimientos.

Impulso ético y confianza en lo desconocido

Es un consenso que los seres humanos necesitan pasar por procesos de socialización para aprender reglas de comportamiento y ganar reconocimiento como miembros de un colectivo. El impulso ético¹³, sin embargo, lleva al ser humano más allá de esta estandarización impuesta por la cultura, que se puede llamar *paranaturaleza, es decir, una segunda naturaleza o programación no biológica, parabiológica, implantada en nosotros a través del proceso de socialización y coincidente, por lo tanto, con nuestra propia humanidad*³⁴.

El impulso ético, presente en todas las culturas, se debe a lo incompleto e inconsistente del propio sistema cultural. La conciencia de estas deficiencias e inconsistencias incita a algunos miembros de un colectivo a buscar otras formas y soluciones a los desafíos que plantea la realidad. Surge así *el impulso que nos alimenta el deseo de desconfiar de nuestras creencias y escuchar lo que el otro puede enseñarnos, un impulso constitutivo no solo de la aspiración ética, sino también de la disponibilidad cognitiva*³⁵.

El impulso ético se mueve hacia lo incierto porque camina hacia un mundo donde las “verdades” culturales pueden no garantizar el orden de las cosas. En el campo de la salud, por ejemplo, en la medida en que el sistema médico occidental se basa en la materialidad newtoniana²⁷, el impulso ético puede llevar a la búsqueda de terapias no consagradas por la biomedicina, como las clasificadas como medicinas alternativas y complementarias, basadas en elementos que trascienden las perspectivas materialistas³⁶.

A diferencia de este impulso que nos lleva a cuestionar nuestra propia cultura, en la sociedad moderna, la confianza en las experiencias anteriores es un elemento fundamental para actuar en situaciones en las que no tenemos control sobre todo¹⁵. La sofisticación, la centralidad y la dependencia científica han desplazado las relaciones sociales del tiempo y del espacio en que ocurren^{15,16}. Si, en una sociedad premoderna, el tiempo era el presente, y el espacio era donde

se experimentaba el presente, actualmente nos relacionamos con personas que no están presentes aquí y ahora, pero que dirigen nuestras acciones (por teléfono, por ejemplo, u otras tecnologías).

Pasamos el día dentro de casas que no sabemos construir, parte de nuestra comunicación ocurre a través de dispositivos que no tenemos ni idea de cómo funcionan o cómo se producen, y nos movemos en vehículos cuyos mecanismos desconocemos. Aún así, estamos tranquilos y creemos que todo está bajo control: estamos seguros de que la vivienda no caerá sobre nosotros, que el discurso en el teléfono se escuchará al otro lado de la línea, y el coche funcionará como se esperaba.

El aspecto fundamental de las relaciones cotidianas en el mundo contemporáneo es la confianza que dedicamos a las cosas. Aunque no es absoluta, dicha confianza se basa en resultados previos observados a través de la experiencia o la ciencia, sin que sea necesario conocer los mecanismos que conducen al resultado esperado. La confianza tiene como objeto el propio mecanismo (la electricidad, por ejemplo), el conocimiento que lo sustenta y la persona que lo construyó (un ingeniero, por ejemplo). La confianza, por lo tanto, reemplazó la presencia espacio-temporal en las relaciones, organizando y dando inteligibilidad a las cosas y procesos¹⁵.

En la medicina esto ocurre en varios niveles y en varias formas. Con respecto a los exámenes, por ejemplo, desde los más simples hasta los más complejos, los médicos no tienen control sobre la construcción y el funcionamiento de los instrumentos (rayos X, ultrasonido, etc.), ni conocen cómo el *software* que permite el uso de estos equipos se desarrolla. No le interesa al médico conocer los mecanismos de las máquinas que lo hacen posible y guían su acción, pero basta con asegurarse de que están funcionando correctamente, sin perjudicar el resultado de la intervención.

Aspectos legales

Establecido en 1990, el Sistema Único de Saúde (SUS) ofrece servicios de salud gratuitos a toda la población brasileña³⁷. Al menos en la legislación, este sistema tiene en cuenta la especificidad de las culturas indígenas (resultado de las reivindicaciones de los movimientos indígenas que han encontrado refugio en el principio de equidad del sistema).

Así, el Estado brasileño cuenta con dispositivos y estrategias jurídico-administrativas para atender las demandas de los pueblos originarios.

En 1999 se insertó un capítulo específico para los pueblos indígenas en la legislación sobre el SUS, obligando a la atención de la salud a considerar la realidad y las especificidades culturales de esos pueblos. El texto prevé *un enfoque diferenciado y global, que abarca los aspectos de la atención de la salud, el saneamiento básico, la nutrición, la vivienda, el medio ambiente, la demarcación de tierras, la educación sanitaria y la integración institucional*³⁸.

Actualmente, la atención de la salud indígena está organizada por la Política Nacional de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas (Pnspi)³⁹, cuya responsabilidad de implementación recae en la Secretaría Especial de Salud Indígena (Sesai), vinculada directamente al Ministerio de Salud⁴⁰. Fruto de los enfrentamientos políticos entre los movimientos indígenas y el Estado brasileño, Pnspi es un detalle del capítulo sobre salud indígena en el SUS. Esta política reafirma un modelo de organización de servicios complementario y diferenciado – *centrado en la promoción, protección y recuperación de la salud*⁴⁰–, tiene como objetivo asegurar el reconocimiento de la ciudadanía indígena dentro del SUS, detalla la organización de la red de servicios en tierras indígenas, buscando acercar el servicio a las comunidades, y trabaja en la aceptación del sistema de salud entre esta población.

Para que la estrategia de Pnspi sea eficaz, se necesita una acción especial que considere las particularidades culturales y las diferentes realidades de cada pueblo (geográficas, históricas y políticas), utilizando *tecnologías apropiadas mediante la adecuación de las formas occidentales convencionales de organización de servicios*⁴¹. En este sentido, esta red de atención especial tiene como pilar los Distritos Especiales de Salud Indígenas (Disei), que hoy suman 34 unidades repartidas por todo el país, operando en contextos rurales y urbanos. Cada distrito organiza una red de servicios que incluye todos los niveles de complejidad y se articula con unidades de atención del SUS no dirigidas exclusivamente a los indígenas. En el marco del Disei, hay profesionales de diversas áreas de la salud, así como antropólogos y educadores, que forman equipos multidisciplinares³⁹.

Figuras importantes en Disei son los agentes de salud y enfermeras indígenas, quienes laboran en puestos de salud ubicados en tierras indígenas. Además de estos profesionales, el servicio comunitario lo realiza un equipo multidisciplinario que visita periódicamente los pueblos y trabaja en los puestos de salud.

El sistema de atención a los pueblos originarios también cuenta con centros base. Estos centros suelen estar ubicados en municipios cercanos a las aldeas, dentro de unidades básicas de salud destinadas a la atención no solo de los indígenas, sino de toda la población local. En situaciones de mediana y alta complejidad, el servicio se presta en una unidad de servicio del SUS, centro base o no, según el grado de complejidad.

Pnaspi establece que, en todos los niveles de complejidad, se debe fomentar cuidados que consideren *restricciones/prescripciones alimentarias, acompañamiento de familiares y/o intérprete, visita de terapeutas tradicionales, instalación de redes, entre otros*⁴². También existe la institución de cuidado de los Hogares Indígenas de Salud (Casai), que brinda apoyo a los indígenas que salen de las aldeas y van a la ciudad para ser atendidos en unidades básicas de salud o en el propio Casai.

En el contexto de los servicios menos complejos, en muchas regiones Sesai establece asociaciones con organizaciones no gubernamentales, indígenas o no, que son responsables de los servicios mediante la transferencia de recursos financieros del Estado.

Pnaspi señala que es necesario reconocer la efectividad de la medicina Indígena y el derecho de estos pueblos a su cultura. Siguiendo las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la política reserva un tema específico a la articulación del sistema nacional de salud con el conocimiento tradicional, reconociendo que cada sociedad humana construye su propia comprensión sobre el proceso salud-enfermedad.

Pnaspi llama la atención sobre el hecho de que *la mejora del estado de salud de los Pueblos indígenas no se da a través de la simple transferencia de conocimientos y tecnologías de biomedicina a ellos, considerándolos como receptores pasivos, privados de conocimientos y prácticas vinculadas al proceso salud-enfermedad*⁴³. La articulación con conocimientos tradicionales, como el conocimiento indígena de etnobotánica y farmacopea, *debe fomentarse para mejorar el estado de salud de los pueblos indígenas*⁴⁴.

La característica intercultural de Pnaspi ya ha sido analizada por Lorenzo⁴⁵ y Ferreira⁶, entre otros. Sin embargo, cabe señalar que, a pesar de la legislación, en la práctica, muchos profesionales, o incluso el propio sistema de salud, perpetúan el prejuicio y la exclusión, aunque sea involuntariamente, lo que imposibilita la práctica de la atención intercultural en salud⁶. Incluso porque hay poco espacio en la formación académica biomédica para discutir aspectos socioculturales y su relación con los procesos salud-enfermedad^{45,46}.

La atención a la salud de los pueblos originarios no puede verse solo desde una perspectiva técnico-administrativa. Es necesario considerar cómo la sociedad brasileña percibe a estos pueblos y las especificidades de las diferentes realidades indígenas.

Tecnologías blandas en la práctica bioética intercultural

Otro mecanismo importante es la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH)*⁴⁷, cuyas propuestas contribuyen a una práctica bioética efectivamente intercultural. En cuanto a la toma de decisiones, el artículo 18 de la DUBDH establece que *se debe hacer todo lo posible para utilizar los mejores conocimientos científicos y las mejores metodologías disponibles para el tratamiento y examen periódico de las cuestiones bioéticas*⁴⁷.

Sin entrar en discusiones sobre el imperialismo moral^{1,2,8-10,48,49} o sobre bioética de intervención⁵⁰, destacamos aquí la relación entre la bioética y la humanización de la medicina⁵¹ entendida como un cuidado que respeta la dignidad del paciente al centrarse no en la enfermedad, sino en el individuo que está enfermo. Esto significa que la humanización de la medicina que propone la bioética no se fija *exclusivamente en la técnica, los procedimientos o los medicamentos, sino en aquellos y en las relaciones humanas involucradas en el acto médico*⁵².

En este sentido, es importante considerar el carácter multi, inter y transdisciplinario de la bioética⁵¹. Al apuntar a la humanización de la medicina, la bioética emerge como una disciplina *multidisciplinar*, que involucra a profesionales de diferentes campos. Cuando estos profesionales comparten sus conocimientos y valoraciones sobre el paciente, considerando una amplia variedad de ponderaciones, el enfoque puede considerarse

interdisciplinario. Y, finalmente, la bioética puede ser *transdisciplinaria* cuando el proceso terapéutico se guía no por la yuxtaposición de conocimientos de diferentes disciplinas, sino por una perspectiva creativa que va más allá de los límites de cada uno de los conocimientos específicos involucrados.

Para subsidiar la atención en contextos interculturales, y ante la imposibilidad de utilizar plenamente el sistema médico materno/primario del paciente, proponemos que, considerando el uso de los mejores conocimientos científicos y metodologías disponibles, como recomienda DUBDH, las tecnologías blandas pueden ser tan relevantes como las tecnologías duras o blandas-duras³.

Merhy³ divide las tecnologías de la salud en tres tipos: las tecnologías blandas, que construyen relaciones humanas de vínculo, confianza, aceptación, empoderamiento, autonomía y comprensión de los sufrimientos y puntos de vista del paciente; las tecnologías blandas-duras, que ya son procedimientos estructurados del trabajo de salud, como la clínica médica o, según nuestro entendimiento, las prácticas de fitoterapia u otras técnicas de curación tradicionales utilizadas por los pueblos indígenas; y las tecnologías duras, materializadas en el equipamiento tecnológico de exámenes y procedimientos más invasivos.

Estas definiciones, ampliamente utilizadas por los investigadores brasileños, proporcionan la base para las políticas y acciones de salud, como la política Nacional de Humanización del SUS (HumanizaSUS)⁵³, que enfatiza la inserción de tecnologías blandas en el sistema. Esta política sigue la definición de salud de la OMS al destacar la importancia de los elementos que van más allá de los aspectos biomédicos del cuerpo y del proceso salud-enfermedad⁵⁴.

Las tecnologías blandas permiten el diálogo entre los involucrados en el cuidado, buscando comprender cómo ocurren las interacciones sociales y cómo las comunidades conciben la realidad y se relacionan con ella. Por lo tanto, estas tecnologías desempeñan un papel clave en la práctica de la bioética intercultural. Y, si como recomienda la DUBDH, es un derecho del paciente el acceder al conocimiento científico más avanzado, los sistemas de salud no pueden hacer la vista gorda a lo que estas herramientas proponen, especialmente en un contexto de intenso encuentro cultural^{10,55}. Pnaspí en sí es un ejemplo de política pública que logra resaltar el conocimiento producido por las tecnologías blandas.

Prácticas bioéticas interculturales en el cuidado de los pueblos indígenas

Veamos tres ejemplos que pueden servir de inspiración inicial para las prácticas bioéticas en contextos de encuentros culturales. Estos ejemplos demuestran la importancia de las tecnologías blandas y el diálogo intercultural a nivel pragmático, sin la necesidad de que el entendimiento mutuo sea integral.

La primera experiencia tuvo lugar en São Miguel das Missões, municipio de Rio Grande do Sul. En 2011, a solicitud del pueblo Guaraní Mbyá, el Ministerio Público Federal negoció un acuerdo entre la *Associação Hospitalar São Miguel Arcanjo y la comunidad "Tekoa Koenjú"* para que el profesional de la salud y el representante de la comunidad trabajen en armonía⁵⁶.

Se separó una sala del hospital para atender a los indígenas. En esta área, después de que los médicos examinan al paciente y realizan el tratamiento según la medicina convencional, se libera la intervención del chamán a través de las terapias del sistema médico Guaraní Mbyá: *si el chamán lo desea, los rituales de curación se pueden hacer con pipa, oraciones y hierbas. La idea es que, con la unión de la medicina y la fe, la recuperación del paciente se lleve a cabo de manera plena*⁵⁶.

La segunda experiencia, ya explorada en otros artículos^{17,45,57}, tuvo lugar en Manaus, capital del estado de Amazonas. Esta experiencia reunió conocimientos médicos para restaurar la salud de una niña de la etnia Tukano mordida por una serpiente y trasladada de su aldea a un hospital de la ciudad. Luego de unos días hospitalizada, los familiares de la niña la sacaron del hospital porque no estaban de acuerdo con el tratamiento biomédico (que incluía la amputación de una pierna) y la negativa de la dirección del hospital a ayudar en el tratamiento con *bahe* y *hierbas medicinales*. Estos procedimientos tradicionales *no excluían el tratamiento médico, que debería continuar, pero sin amputación*⁵⁸.

Entre acusaciones de que los indígenas estaban impidiendo el tratamiento médico, las amenazas de informar al Consejo Tutelar y activación del Ministerio Público por parte de los indígenas, el director de otro hospital –el Hospital Universitario Getúlio Vargas– ofreció la oportunidad de tratamiento conjunto, con procedimientos biomédicos e indígenas. Una vez aceptada la invitación, después de un tiempo, la niña se recuperó y regresó a su aldea.

Este evento nos lleva a la tercera experiencia. Uno de los familiares de la niña curada es el antropólogo João Paulo Barreto, de la etnia Tukano. Después de participar activamente en este proceso, João Paulo idealizó un espacio donde la atención de la salud es llevada a cabo por curadores indígenas: el Bahserikowi'i (también conocido como Centro de Medicina Indígena Amazónica), fundado en la ciudad de Manaus en 2017.

Bahserikowi'i ofrece atención realizada por curadores de los grupos étnicos Tuyuka, Tukano y Dessana basado en los sistemas médicos indígenas. El centro también es un espacio para capacitar a curadores indígenas en conocimientos y técnicas tradicionales, asegurando que las nuevas generaciones de expertos continúen su trabajo en el área urbana^{59,60}. Aunque fue idealizado pensando en el servicio a los pueblos originarios, la mayoría de los atendidos en el Bahserikowi i no son indígenas⁶¹, lo que probablemente se deba al hecho de que el centro está ubicado en la ciudad.

João Paulo Barreto señala que el objetivo no es cuestionar el modelo oficial de atención a la salud, sino ofrecer otras vías terapéuticas. Así, *el Centro de Medicina Indígena es otra opción, un canal que permite al público una opción de tratamiento mediante tecnologías indígenas basadas en parámetros distintos a los de la medicina occidental*⁶².

Los sistemas médicos indígenas asumen que, al igual que ellos, la medicina convencional también tiene limitaciones. Como explicó el cacique Ariel Ortega, *cuando tenemos fiebre, gripe y otras enfermedades vamos al hospital, pero el hombre blanco cuida del cuerpo, nosotros del alma*⁵⁶. Esta declaración demuestra que los pueblos indígenas reconocen la medicina occidental, pero también reconocen la eficacia y la importancia de sus medicamentos, y que están abiertos a integrar las intervenciones médicas dirigidas a la restauración de la salud.

Los profesionales que atienden a pacientes indígenas deben prestar atención al hecho de que, como señala João Paulo Barreto, *las concepciones indígenas de la enfermedad y la salud no se limitan al aspecto biológico. Ese es el punto. Por el contrario, implican aspectos cosmopolitas que condicionan la práctica de la buena salud. Así, deja la comprensión restringida de algo biológico y conecta al individuo en una red de relaciones con otros seres, con los waimahsã, con los animales, especialistas, con sus familiares y otras personas*⁶³.

En el sistema médico del pueblo Terena, por ejemplo, el diagnóstico del sanador incluye cómo debe tratarse la enfermedad. Algunas enfermedades son tratadas por medios tradicionales (fitoterápico, espirituales) y otras por la medicina convencional. Para otros, es necesario combinar los métodos tradicionales y occidentales.

La creación de una sala hospitalaria para la acción terapéutica de los especialistas indígenas y la yuxtaposición de los tratamientos indígenas a los de biomedicina son experiencias en las que el diálogo intercultural tiene lugar dentro del sistema de salud occidental. En este sentido, existe una práctica bioética intercultural de tipo transdisciplinario que va más allá de las disciplinas consagradas por la ciencia, reconociendo la posibilidad de efectividad de los tratamientos indígenas tradicionales que superan la materialidad como origen de la enfermedad^{5,17}, actuando como colaboradores de procedimientos biomédicos.

En el segundo ejemplo presentado aquí, la terapia biomédica –que indicaba la amputación de la pierna como prevención de males mayores– se modificó teniendo en cuenta los conocimientos indígenas. Si bien la concesión se debió a la especificidad del caso (mordedura de serpiente, situación que los pueblos indígenas han enfrentado desde hace mucho tiempo), debe reconocerse que los profesionales de la salud buscaron humanizar el cuidado a través de la inclusión de otras percepciones.

El tercer ejemplo trae un interesante caso de encuentro intercultural en el que el sistema médico indígena es un elemento atractivo y de contacto. En Bahserikowi'i no hay imposición de ningún tipo, directa o indirecta, para que los no indígenas decidan incluir el conocimiento indígena en su itinerario terapéutico. Sería necesario, por lo tanto, un análisis exhaustivo de los mecanismos que conducen a estas personas (alrededor del 99% del público, según João Paulo Barreto⁶¹) buscando el Centro de Medicina Indígena. Sin embargo, a partir de los aspectos socioculturales aquí tratados, es posible sugerir que las razones de esta búsqueda incluyen la apertura a los demás y el impulso ético.

Las dificultades con las experiencias interculturales en salud se refieren a la colonialidad y al racismo estructural –condiciones sociales, políticas y culturales que generan obstáculos a la bioética intercultural. Nuestra hipótesis es que las experiencias aquí presentadas superan estas barreras

porque se encuentran en un nivel más elemental de interacciones humanas y sociales.

En las tres experiencias, el impulso ético, que incita a ir más allá de la seguridad de los patrones de pensamiento y comportamiento de la propia cultura, lleva a profesionales y pacientes a contemplar la posibilidad de que su conocimiento sea incompleto y a apostar por nuevas experiencias y conocimientos. Esta apuesta por el sistema médico indígena puede compararse con la apuesta que hacemos cuando nos dejamos guiar por procesos desconocidos que, por ejemplo, nos proporcionan diagnósticos a través de exámenes.

La diferencia está en la profundidad de la incertidumbre, porque aunque no sabemos cómo se procesan los exámenes, las tecnologías duras siguen principios científicos que forman parte de la cultura occidental, por lo que ya estamos acostumbrados a confiar en estas tecnologías. Por otro lado, la confianza en las terapias indígenas requiere un mayor esfuerzo de desapego y apoyo en la premisa de que los sistemas médicos apuntan a la recuperación de los enfermos. Esta apuesta más profunda proviene de un impulso ético¹³.

La característica dinámica de la cultura y el diálogo pragmático abren posibilidades de contactos bioéticos interculturales que no se limitan a enfermedades y procesos fisiológicos. Humanizadores, estos contactos valoran importantes elementos socioculturales en el camino terapéutico. Esto es evidente especialmente en los dos primeros experimentos, en los que las terapias indígenas trabajan codo con codo con las terapias biomédicas. En estos procesos, las tecnologías blandas son fundamentales, ya que buscan comprender aspectos que, aunque escapan a la comprensión biomédica, contribuyen a la restauración de la salud individual y colectiva.

Aunque pueden servir como ejemplos, las experiencias aquí presentadas tienen características particulares, y cada contexto debe ser tratado como único. Además, cabe señalar que estas experiencias pueden tener limitaciones y ser objeto de críticas. Elegimos presentarlas, sin embargo, porque

creemos que son un buen punto de partida para reflexionar sobre una bioética intercultural.

Consideraciones finales

En este artículo, destacamos cuatro aspectos socioculturales que sirven de base para una bioética intercultural: la característica dinámica de la cultura; la posibilidad del diálogo intercultural a nivel pragmático; el impulso ético que incita a ir más allá de la cultura misma y de la acción cotidiana; y la confianza en lo desconocido, sin el dominio de todas las variables involucradas. A pesar de los elementos que pueden dificultar o impedir la práctica de la bioética en contextos interculturales, estos cuatro aspectos abren posibilidades de encuentro.

Destacamos la importancia de las tecnologías blandas para la construcción de esta práctica bioética intercultural, ya que aportan elementos que escapan al análisis positivista predominante en las Ciencias de la Salud. Si por un lado la biomedicina detalla y permite comprender el funcionamiento de la fisiología humana a través de tecnologías duras, por otro lado las tecnologías blandas pueden ayudar a percibir elementos del proceso salud-enfermedad que están más allá de la materialidad del cuerpo del paciente. Después de todo, tal proceso también depende de las relaciones que el paciente establece con lo que está a su alrededor (familia, sociedad, entorno, espiritualidad, comportamientos, comida, trabajo). Como aliadas, las tecnologías blandas y duras pueden garantizar mejores resultados en el restablecimiento de la salud o mitigar las molestias causadas por enfermedades.

Con respecto al sistema de salud pública brasileño, las tecnologías blandas ya son reconocidas como esenciales para servir a los pueblos indígenas. Aunque nuestra reflexión se centra en el universo indígena brasileño, creemos que este reconocimiento puede aplicarse a otros contextos de encuentros culturales.

Referencias

1. Beck D. Between relativism and imperialism: navigating moral diversity in cross-cultural bioethics. *Dev World Bioeth* [Internet]. 2015 [acceso 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 Ciên 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/3zSncps>
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 [acceso 19 maio 2021]. Disponível: <https://bit.ly/2VmOeWH>
54. World Health Organization. Basic documents [Internet]. 48ª ed. Geneva: WHO; 2014 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 – Magíster – aislanmelo@gmail.com

 0000-0001-6731-0570


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

 0000-0001-8471-6038

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

 0000-0002-8885-1461

Leosmar Antônio – Magíster – leosmarterena@gmail.com

 0000-0003-0601-4705

Correspondencia

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.

Participación de los autores

Aislan Vieira de Melo y Graziella Reis de Sant'ana concibieron la idea de la investigación, escribieron el artículo y, junto con Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos y Leosmar Antônio, revisaron el contenido del texto y aprobaron la versión a publicarse.

Recibido: 26.3.2020

Revisado: 22.6.2021

Aprobado: 20.7.2021