



DOSSIÊ
BIOÉTICAS LATINO-AMERICANAS:

RAÇA, GÊNERO E DECOLONIALIDADE

REVISTA NÓS
CULTURA, ESTÉTICA E LINGUAGENS

VOL. 09, Nº 1, 1º SEMESTRE DE 2024

ISSN 2448-1793

Achei o dia bonito e alegre. Fui catando papel.

...aís bolacha. Voltei catando tudo
eu não quiz catar papel. Quando
u-me que a baiana havia lhe chin
gar com uma criança de 5 anos!
ngando a Vera confirmou. Assim
a insultar-me. Mostrou uma peixeira
e pretende lhe picar.
Fui no senhor Manoel vender uns ferr
vei pouco material e achei que era muito
shor Manoel se não errou no troco.
... Fui na feira, comprei 1 quilo de feijão e 1
ando um português jogou uns pés de alface no chão
ei, o português gritou:
— Chegou a freguesia do Bastião!

... Hoje eu não lavo as roupas porque o senhor
comprar sabão. Vou ler... mundo d
A Leila pegou machado... atadas
vone Horacio, que deu-me a... não
O processo foi cancelado p
lvone pediu a bacia, a Leila n
iquei horrorizada e com dó.
... Dois nortistas brigaram. So
nuistém, o valentão, apanhou... campo

...ela. Todos ge...
am 2 cace...
e comprar

... estava to... fome devido ter levanta-
... café... Fui lavar as roupas na la-
... anual de Saude que publicou
... há 160 casos positivos de
... remédio para os favelados. A mu-
... me com as demonstrações da doença caramu-
... é muito difícil de curar-se. Eu não fiz o
... não in... comprar os remédios.
... Manoel vender os ferros. E eu fui

... ar. Peguei a... saí. Levei os meninos. Fui
... na Rua Carlos de Campos. E pedi para ela
... deu-me arroz e macarrão. E eu fiquei con-
... Ele deu-me umas garrafas para eu ven-

... umas coisas para os meninos comer.
... Fui no senhor Manoel vender as
... dei 10 de pão e um cafezinho.
... lavar roupas. 3 semanas
... visinhas ficaram horri-
... lavei. A Dona Geralda
... procurar a Fernanda di-
... roupas. E foi vasculhar a
... acompanhou até a sua
... pediu desculpas a Fer-
... Quando recebeu a garra-
... tinha contemplando a garrafa.

... Que mulher boa!
O rancor da Fernanda desanarcou por...

BIOÉTICA E ASSIMETRIA DE PODER: RELAÇÕES DE CUIDADO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTES INDÍGENAS

BIOETHICS AND POWER ASYMMETRY: RELATIONSHIPS BETWEEN HEALTH PROFESSIONALS AND
INDIGENOUS PATIENTS

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14173714>

Envio: 29/10/2023 - Aceite: 12/03/2024

Clarisse Moreira Aló



Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Bioética, da Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília – UnB. Bacharela e licenciada em história pela UnB e mestra em História Social pela UnB. Atua na área de políticas públicas de saúde e pesquisa movimentos indígenas, mulheres e protagonismo seguindo a linha de pluralismo bioético.

RESUMO

Este artigo tem como escopo discutir a produção de pesquisas recentes acerca da relação entre profissionais de saúde e pacientes indígenas em contexto de cuidado sob o ponto de vista da bioética crítica latino-americana e da bioética de cuidados em saúde. São tecidas reflexões teóricas e críticas sobre alguns conceitos relativos à bioética dos cuidados em saúde, sobre a interculturalidade na atenção diferenciada de saúde indígena e o papel da bioética crítica na transformação da relação entre profissionais de saúde e pacientes indígenas no tocante às assimetrias de poder e a injustiça epistêmica presentes no modelo biomédico.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Indígena; Bioética; Interculturalidade; Relação paciente indígena-profissional de saúde; Assimetria de poder.

ABSTRACT

This article discusses recent academic researches on the relationship between health professionals and indigenous patients in the context of health care from the point of view of Latin American critical bioethics and health care bioethics. Theoretical and critical reflections are made on some concepts related to the bioethics of health care, on interculturality in indigenous health care and the role of critical bioethics in transforming the relationship between health professionals and indigenous patients regarding asymmetries of power and epistemic injustice present in the biomedical model.

KEYWORDS: Indigenous health; Interculturality; Indigenous patient-health care professional relationship; Power asymmetry.

INTRODUÇÃO

Os ambientes tradicionais de cuidado em saúde são cenários em que frequentemente se encontram relações de assimetria de poder, onde a comunidade médica – de quem se espera ações e decisões em prol do melhor cuidado dos pacientes – se vê também como detentora de um saber e de uma responsabilidade unilateral. Do outro lado, as pessoas que se encontram sob cuidado de saúde – os pacientes – passivamente caracterizados, de modo geral ignoram conhecimentos técnicos biomédicos, e em muitos casos sequer são consultados na decisão sobre seu tratamento. Se a supremacia do conhecimento biomédico e da colonialidade do saber (Quijano, 2005) dos profissionais de saúde em hospitais e outros centros de assistência em saúde se fazem sentir nas mais cotidianas situações, no caso do tratamento de pacientes de origem indígena, essa assimetria assume proporções abissais.

Os indígenas sob tratamento e cuidado de profissionais de saúde, seja em contexto de aldeia ou em centros urbanos, sofrem o que Neto (2016) chama de “dupla submissão”: se por um lado já suportam o peso de estigmas típicos do preconceito contra povos indígenas subjugados pelo etnocídio colonial e decorrente marginalização histórica, por outro são submetidos como objetos de uma medicina não indígena e totalmente alheia, na qual não possuem poder de agência ou voz. Nas ocasiões em que indígenas são transportados das aldeias para realizar tratamentos de maior complexidade nos centros urbanos, a barreira linguística é uma das muitas dificuldades percebidas para que se respeitem e operacionalizem os princípios de dignidade humana dos indígenas e para que haja tomada de decisão compartilhada em contexto de cuidado em saúde. Não à toa, por isso, é comum que indígenas resistam ou rejeitem os tratamentos prescritos por médicos para suas condições de saúde.

A ética no cuidado em saúde, e nas clínicas, é uma das preocupações recorrentes do campo bioético, desde sua emergência na década de 1970 (Albuquerque e Tanure, 2023). Do ponto de vista teórico, o principialismo dominou os comandos normativos das profissões de saúde no que toca à relação entre profissionais e pacientes. Os quatro princípios – beneficência, não maleficência,

autonomia, justiça (Beauchamp e Childress, 2019) – ainda se encontram hegemônicos na ética deontológica dos cursos de formação em saúde e mostram um caráter residual mesmo no campo bioético. Em contrapartida, o desenvolvimento do debate sobre pluralismo e interculturalidade no campo bioético tomou maiores proporções com o protagonismo da bioética crítica latino-americana, fundamentada na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), de 2005, em especial no artigo 12 – Respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo.

A bioética como área do saber que se debruça sobre conflitos morais no campo da saúde toma as relações entre profissionais de saúde e pacientes como tema privilegiado para discutir assimetrias de poder inerentes ao modelo paternalista hegemônico de cuidado da medicina ocidental. Em oposição, a corrente teórica da Bioética dos Cuidados em Saúde (ou *Healthcare Bioethics*, Albuquerque e Tanure, 2023) busca a incorporação dos debates sobre direitos dos pacientes ao campo, no que toca a centralidade do paciente e a qualidade do cuidado como imperativos morais nos ambientes clínicos. Há, porém, poucos estudos dos variados enfoques bioéticos que tematizam a relação particularmente conflituosa entre profissionais de saúde e pacientes indígenas.

Para levantar questões sobre a relação interétnica de cuidado em saúde indígena pelo campo bioético este artigo traz, num primeiro momento, a estrutura da atenção diferenciada de saúde indígena e coloca o estado da arte do debate feito (e não feito) pela bioética e antropologia da saúde sobre a (in) operacionalização da interculturalidade; a segunda seção traz reflexões bioéticas derivadas de etnografias de pacientes em casas de saúde indígena, levantadas por pesquisa bibliográfica; e a terceira parte traz propriamente a discussão de textos produzidos por bioeticistas brasileiros em pesquisas que tematizam a relação profissionais de saúde-paciente indígena, articulados com uma discussão de correntes teóricas da bioética.

A partir da escolha pela metodologia de análise bibliográfica e discussão teórica seguiu-se uma análise crítica do conteúdo, daquilo que foi – e também não foi – encontrado. As referências bibliográficas que foram localizadas no campo da bioética,

se concentram no debate de discriminação e desafios de comunicação; tomada de decisão, ética e etnocídio; pluralismo cultural e epistêmico; cuidado em saúde (do ponto de vista amplo e geral); entre outros, sobretudo com origem estadunidense, canadense, australiana e neozelandesa (Wylie e Mcconkey, 2019; Cohen-Fournier, Brass e Kirmayer 2021; Mackay, 2022; Briskman, Zion e Bagheri, 2020; Nortjé, Jones-Bonofiglio e Sotomayor, 2021; Crichton, 2017).

Na língua espanhola, foram levantados artigos recentes de origem colombiana e mexicana, entre outras, mas poucas tratavam sobre exemplos diretos da relação entre profissionais e pacientes indígenas (Mateus, 2019; Ortega, 2022). Por estes motivos, e porque se pretende discutir a produção bioética em relação a casos específicos da população indígena brasileira, foram priorizados artigos sobre o contexto nacional, um deles publicado em inglês (Castellani e Montagner, 2012; Lorenzo, 2011; Melo et al., 2021; Santos et al., 2017; Honorato et al.; 2022). Foram buscadas, também, pesquisas a partir do campo da antropologia da saúde, mas não são muitas as etnografias específicas sobre situações de atendimento em saúde, em aldeias ou casas de saúde indígena, (Cruz e Guimarães, 2016; Gonçalves, 2018; Macedo, 2021; Neto (2016)).

Ainda assim, é na antropologia que se encontram muitos relatos sobre essa experiência relacional, de contato e diferença, no atendimento médico de pacientes indígenas, como também há relatos sobre o ponto de vista de profissionais de saúde, pela lente da bioética (SANTOS et al., 2017). Muitos artigos no Brasil se ocupam em discutir o modelo de atenção diferenciada e sua implementação, bem como o papel da interculturalidade no campo da política de saúde pública direcionada aos povos indígenas (Cardoso, 2021; Ferreira, 2021; Garnelo, 2004; Langdon, 2005).

MODELO DE ATENÇÃO DIFERENCIADA E O DEBATE DA INTERCULTURALIDADE NA SAÚDE INDÍGENA

A atenção diferenciada à saúde indígena é organizada, desde 1999, em um Subsistema de Saúde Indígena (Sasi), cuja gestão está, desde 2010, à cargo da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI). A organização do Sasi foi fruto da mobilização e pressão política indígena, contrária a implantação de um sistema genérico, universalizante e homogeneizante de saúde (Neto, 2022). Inserido no SUS, o Sasi possui um modelo com características diferenciadoras, com a estruturação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), hoje com 34 unidades territorialmente definidas e espalhadas pelo país, compostas por equipes multidisciplinares. Estas equipes, segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi), devem incluir agentes indígenas de saúde (AIS), agentes indígenas de saneamento (AISAN), técnicos de enfermagem, enfermeiros, odontólogos e médicos, além de contar com a participação sistemática de antropólogos e outros especialistas nas questões indígenas dentro de cada Dsei.

O cuidado pela atenção básica, nas aldeias, se dá pela instalação de postos de saúde, auxiliados pelos AIS e AISAN, com visitas periódicas das equipes multidisciplinares. Em segunda instância, há os chamados pólos-base, criados em terra indígena ou em municípios de referência, que com frequência são incorporados às unidades básicas de saúde já existentes, onde, portanto, o cuidado ofertado não é exclusivo para os indígenas. Para casos de média e alta complexidade, os indígenas seguem para um sistema de referência e contrarreferência, apoiados pelas casas de saúde indígena (Casai), que hospedam a pessoa sob cuidado médico e seus acompanhantes por períodos que podem variar de acordo com o tratamento designado. Seguindo esta rede de cuidado, em muitos casos de média e alta complexidade os indígenas perfazem um caminho de consultas e exames com variados profissionais de saúde e em diversos serviços hospitalares, nos quais não há necessariamente condições de atendimento diferenciado e voltado para relações interétnicas. O problema da língua também é uma questão frequente, particularmente

com idosos, os quais, em muitos povos indígenas, tiveram um contato com a língua portuguesa tardio e restrito – e são essas pessoas, muitas vezes, aquelas que precisam de tratamento mais complexo e demorado.

Decorrem desta trajetória de cuidado variadas situações de conflitos éticos, que não se limitam aos casos em que indígenas precisam sair de suas terras para tratamento. Mesmo nas aldeias a interação dos indígenas com técnicos de enfermagem, médicos e outros profissionais de saúde segue caminhos que vão desde a desconfiança mútua, negociação, dissimulação, até casos de flagrante desentendimentos e preconceitos. Neto (2016), em etnografia da saúde “alopática” na aldeia Kawerêtxikô, em Mato Grosso, descreve a discussão entre um homem Tapayuna que levava sua filha para ser medicada para febre e o técnico em enfermagem de plantão no posto de saúde da aldeia. O técnico logo se vê irritado ao ser confrontado pelo indígena sobre sua atuação. Logo após a discussão, o técnico em enfermagem diz ao antropólogo “que existiam diversos homens indígenas que não sabiam nada de tratamento de saúde e, ainda assim, tentavam dar alguma opinião na ação dos técnicos e outros especialistas” (Neto, 2016, p. 170) e que essa intervenção era despropositada, já que estes indígenas não tinham nenhuma formação na área de saúde. A falta de conhecimento técnico formal no modelo biomédico de saúde, portanto, desqualificaria a posição dos indígenas nos atendimentos de muitos profissionais de saúde, ainda que alocados diretamente em funções de atendimento em saúde indígena, pretensamente diferenciada e intercultural.

Por sua vez, Lorenzo (2011), ao propor uma reflexão bioética da política de saúde indígena, lembra que é comum perceber em campo que os profissionais vejam as práticas terapêuticas indígenas como algo a ser tolerado ou no máximo incorporado de forma acessória na ambiência dos cuidados de saúde prestados. Segundo o autor, isso é também resultado da predominância das bases do determinismo cientificista nas formações de epidemiologia e biomedicina e mesmo do predomínio do modelo principialista estadunidense nas disciplinas de bioética, que pouco ou nada concorrem para responder e preparar profissionais para conflitos interculturais.

A atenção diferenciada foi criada para atender um princípio de respeito às especificidades culturais e práticas tradicionais de cada grupo indígena. O controle social é realizado por meio de Conselhos locais e distritais, de modo a incluir as comunidades no planejamento, gestão, execução e avaliação dos serviços de saúde (Langdon, 2005). Para que princípios sejam operacionalizados, no entanto, é necessário que fique claro para os profissionais de saúde exatamente como esse “respeito às tradições” implica concretamente nas intervenções realizadas nas comunidades indígenas e na relação de cuidado com pacientes.

Segundo a Pnasp, em todos os níveis de complexidade, deve-se incentivar atendimentos sensíveis a hábitos e restrições/prescrições alimentares, ao acompanhamento por parentes e/ou intérpretes da língua indígena, a visita de terapeutas tradicionais, entre outras adaptações dos serviços e atendimentos (Brasil, 2002, p.15). Também são indicadas a necessidade de se reconhecer a eficácia da terapêutica indígena e o direito destes povos à sua cultura, seguindo orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a articulação do sistema de saúde nacional com os conhecimentos tradicionais que toda sociedade humana constrói sobre o processo saúde-doença (Melo et al., 2021). Assim, a articulação de saberes e práticas de saúde deve ser estimulada, abandonando o entendimento de uma simples transferência de conhecimentos e tecnologias biomédicas para um público unicamente passivo ou paciente. O componente intercultural está preconizado na Pnasp em duas diretrizes: a primeira, na necessidade de formação de recursos humanos para atuar em contextos interculturais de saúde indígena e, a segunda, na orientação para articulação dos serviços aos sistemas tradicionais indígenas de saúde (Brasil, 2002).

Há, porém, entre pesquisadoras e pesquisadores da antropologia em saúde, consenso sobre a falta de operacionalização da chamada atenção diferenciada em saúde para povos indígenas, e sobre a indefinição da categoria “interculturalidade” no campo da saúde indígena (Ferreira, 2021; Garnelo, 2004; Macedo, 2021). A falta de políticas bem definidas e concretamente aplicadas faz com que estas noções se apresentem como meramente nominativas, sem capacidade de alterar a apreensão

dos agentes de saúde do viés ideológico de integração, herdeiro do dispositivo tutelar historicamente empregado e residualmente presente nas relações do Estado com os povos indígenas (Ferreira, 2021).

Entre outras barreiras na operacionalização de uma atenção diferenciada estão a falta de trabalhadores em saúde com competência intercultural (Ferreira, 2021), bem como o entendimento de que saberes médicos, como a biomedicina, também são construções socioculturais e historicamente situadas, e que os saberes e formas de auto-atenção praticadas por indígenas devem também ser levadas a sério. Os princípios genéricos de ação dos documentos do subsistema, segundo a literatura em saúde indígena, não se traduzem em atividades concretas de ação (Garnelo, 2004). A formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) também é problemática, uma vez que são treinados, em muitos casos, para serem meros transmissores de conceitos biomédicos às aldeias, para traduzir em linguagem indígena a medicina ocidental e auxiliar no convencimento sobre seu uso (Cardoso, 2021; Ferreira 2021).

O diálogo intercultural se colocou como uma alternativa ao universalismo etnocentrista, uma maneira de propor soluções para conflitos de sentidos e significados sem a imposição de uma cultura sobre outra. Mas é preciso salientar que, quando há um fundamento histórico irremovível de dominação e subalternidade, não se pode presumir que os conflitos éticos subjacentes serão de simples tradução e solução. Supor que a assimetria de poder nas relações entre profissionais de saúde e pacientes indígenas será superada com diálogo e interculturalidade, menosprezando a profundidade do desequilíbrio entre estes dois mundos, é ignorar que o processo de extermínio e de guerra promovido pelo ocidente é algo vivido por indígenas de forma contínua desde 1500 para o caso brasileiro. Krenak, em 2018, descreveu essa situação de forma direta no documentário Guerras do Brasil: “Nós estamos em guerra. O seu mundo e o meu mundo estão em guerra. Os nossos mundos estão todos em guerra” (Bolognesi, 2018).

Toda intervenção em saúde indígena deve se iniciar com a compreensão sobre este estado de coisas, e os profissionais da saúde têm de ter em perspectiva que

qualquer interação com pacientes indígenas deveria ser cuidadosamente negociada entre iguais.

2. CASAI: ETNOGRAFIAS DO ENCONTRO EM SAÚDE

O atendimento dos pacientes indígenas se inicia nas aldeias, mas fora destes contextos, o cuidado de média e alta complexidade é reservado, como já dito, aos hospitais em municípios de referência dos distritos sanitários, e onde há casas de saúde indígena. Em uma das 66 Casai do país são hospedados indígenas e seus familiares de diferentes grupos, onde devem ter apoio ao tratamento, oferta de serviços de enfermagem e acompanhamento do tratamento nos hospitais do SUS (Brasil, 2002; Cruz e Guimarães, 2016). Em contexto urbano e nas Casai, as práticas médicas indígenas são mais dificilmente acionadas e mesmo a presença de pajés nos ambientes de cuidado biomédico dificilmente ocorrem sem algum grau de conflito e resistência. A bibliografia consultada para este artigo levantou etnografias feitas em Casai que permitem um vislumbre da relação interétnica de saúde e dos conflitos existentes entre profissionais e pacientes indígenas, dados que são úteis para uma discussão no campo bioético.

Um levantamento realizado na Casai de São Paulo (Gonçalves, 2018) apontou uma série de dificuldades relatadas por pacientes indígenas e seus acompanhantes vividas durante a estadia na casa. Reconhecendo a subjetividade das experiências individuais e também as especificidades das diversas etnias indígenas que se conjugam nestes espaços, o estudo apontou reclamações comuns sobre alimentação, privacidade e convivência, atividades e temporalidades. No que tange à relação entre profissionais e pacientes, a autora nota uma discrepância com relação ao tempo: “o tempo que se destina à conversa com os pacientes, o tempo de escuta, o tempo do diálogo ou o que um deles chamou de *pressa da cidade*” (Gonçalves, 2018, p.73). Um resultado desta *pressa* é o desconhecimento dos pacientes sobre seus diagnósticos e a duração do tratamento. A falta de diálogo com pacientes não acontece apenas quando são indígenas, mas certamente este é um agravante, já que demanda um esforço maior de tradução e paciência:

Tem médico assim, fica sentado perguntando o que tem e nem levanta, têm outros médicos que já ouvem, têm mais paciência assim. Têm uns não, conversa e passa a caneta e pronto. Com as enfermeiras aí, têm umas que recebem a gente bem, têm outros que não é tão chegado assim (...) A gente não é como eles pensam. Eles trabalham aqui, só vendo o lado deles. (Indígena Suruí citado por Gonçalves, 2018, p. 73)

O problema da comunicação entre profissional de saúde e paciente não é um debate particularmente novo: ele decorre de aspectos estruturais da formação dos trabalhadores e da própria montagem da prática dos cuidados em saúde. A pressa da cidade, e particularmente, a pressa dos médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, etc, também é resultado das suas condições de trabalho e da demanda volumosa de atendimentos. Mas não só: esse problema se conecta ao modelo biomédico de saúde, tecnicista e objetificante, no qual a doença se encontra no centro, como problema a ser solucionado, deixando o paciente em segundo plano, ensinando que a postura profissional deve ser uma de distanciamento emocional. Essa é a dimensão de submissão mais geral, que se impõe às pessoas quando vão ao médico, por exemplo. A dupla submissão estaria ligada a todo esse sistema assimétrico e cientificista que age sobre corpos, sobre pessoas, sobre tradições de organização social que são também, de antemão, tidas como “pseudo” ou “proto-científicas”, “selvagens”, “não-ocidentais”, “índios” ou “primitivos”. Daí que vem a ideia de dupla submissão (Neto, 2016).

Gonçalves também nota, na Casai de São Paulo, que a comunicação difícil entre profissionais de saúde e indígenas parecia resultar de uma falta de preparo para o trabalho com estas populações, para além da sobrecarga e vínculos empregatícios frágeis. Em dado momento, a autora menciona o uso de linguagem inadequada, com uso de “piadas” de cunho sexual para explicar procedimentos e diagnósticos aos pacientes, em uma tentativa de aproximação, mas resultando em diálogos tensos. Por outro lado, parte da equipe de enfermagem receava ter maior contato com os

pacientes, e falava-se apenas o necessário para administrar um comprimido ou medir a temperatura e a pressão (Gonçalves, 2018, p. 79).

A falta de preparo mínimo para o contato intercultural pode ser resultado também da alta rotatividade de profissionais nas casas de saúde indígenas, o que tem efeito direto no preparo da equipe e no refinamento do trabalho com o tempo (Gonçalves, 2018; Macedo, 2022). O esforço que se empreende na empatia clínica também aparece como fator que distancia profissionais da área da saúde indígena, uma vez que se trata de universos culturais muito distintos. O deslocamento necessário para um diálogo interétnico demanda dos trabalhadores certo envolvimento pessoal – e muitos deles não estão pré-dispostos a isso.

A falta de comunicação nos cuidados em saúde é característica de processos de injustiças hermenêutica e epistêmica (Albuquerque, 2022), na qual os pacientes são levados a não participar da decisão sobre seu tratamento (ou sequer entender seu diagnóstico), e também se ignora por completo qualquer compreensão e conhecimento que tenham sobre sua condição e sobre o processo saúde-doença. Os saberes terapêuticos indígenas e a forma como suas culturas lidam de maneiras diversas com a experiência do adoecimento são ignoradas ou menosprezadas no âmbito da supremacia da biomedicina e do comando individual e unilateral dos profissionais de saúde.

Outras situações frequentes são os diálogos permeados de preconceito e estigmatização dos povos indígenas ou mesmo de culpabilização por nexos causais de suas práticas com as doenças que os acometem. Em mais uma etnografia da Casai de São Paulo, Macedo (2021) traz um diálogo relatado por um paciente indígena com o médico cardiologista:

Doutor falou que é parentesco, ‘você estão casando, é por causa disso’, ele falou. Ele também falou que é porque ‘você moram tudo no mato’, por isso tem bastante gente que casa assim na aldeia. O doutor perguntou pra mim: ‘você casou sua parente, sua prima?’. Mas, se todo mundo na aldeia casa assim, então todo mundo ia ter

problema no coração. E só um pouquinho que tem. (Indígena Wajãpi citado por Macedo, 2021, p. 15-16)

Em estudo sobre a Casai DF (Cruz e Guimarães, 2016), as autoras notam a variabilidade de posturas individuais de profissionais da equipe de saúde em relação à aproximação com os pacientes indígenas e a tentativa de inseri-los nas discussões sobre seus processos terapêuticos. Mas, novamente, se pontua graves casos contrários, em que profissionais de hospitais solicitam autorização e assinatura de documentos por parte de trabalhadores da Casai DF para realizar procedimentos em indígenas hospitalizados, excluindo-os de qualquer participação. Nestes casos podemos perceber que permanece residual um elemento de tutela que antecede a Constituição Federal de 1988.

Em outras situações, os próprios pacientes e seus acompanhantes parecem não saber como agir, o que podem ou não fazer nas Casai e nos hospitais, ficando imobilizados em algumas situações. Com medo de não ser permitido, uma mulher Macuxi que acompanhava sua filha pequena não abriu uma janela do quarto do HUB, apesar do calor. Um homem que acompanhava seu filho internado para tratamento de câncer no Hospital da Criança em Brasília não pegava a criança no colo quando ela chorava, por receio de não ser o momento e o lugar adequado (Cruz e Guimarães, 2016, p. 403). Estes e outros casos de temor e inação de pacientes indígenas revelam que subjaz uma relação profundamente assimétrica com trabalhadores em ambientes de cuidado em saúde, e de interdição do diálogo, relegando os indígenas a um lugar de passividade para o qual uma das poucas saídas é a recusa do tratamento.

A tentativa de aproximação de alguns profissionais de saúde também pode se dar como uma estratégia para permitir o convencimento dos indígenas a seguir um tratamento e os procedimentos determinados pela equipe. Por outro lado, a etnografia de Macedo (2021) aponta que os indígenas também tomam posições no manejo da relação com funcionários e trabalhadores da Casai, de modo a negociar ou amenizar sua potência predatória (Macedo, 2021, p. 7). Em estudo canadense, Cohen-

Fournier, Brass e Kirmayer (2021) trazem casos de resistência ao tratamento que também podem ser vistos como um esforço de criar justiça epistêmica ao insistir na legitimidade do saber, tradição e formas de conhecimento indígenas (Cohen-Fournier, Brass e Kirmayer, 2021, p.776).

A partir desta breve exposição de casos etnográficos da antropologia da saúde, iremos, na próxima seção, nos mover para as teorias correntes da bioética no que tange à temática do presente artigo.

3. CORRENTES BIOÉTICAS NO DESAFIO DOS CONFLITOS ÉTICOS EM SAÚDE INDÍGENA

No campo da produção acadêmica em saúde, foram localizados artigos sobre os desafios da bioética em relação ao tema de saúde indígena, a maior parte versando sobre considerações teóricas, princípios bioéticos e a política de saúde. Apenas dois se concentravam na relação entre pacientes indígenas e profissionais de saúde. Os dois trabalhos foram publicados em revistas dedicadas à bioética, um deles no Brasil e outro no Canadá.

Dois dos artigos que tratam da política de saúde indígena, Lorenzo (2011) e Melo et al. (2021) realizam o debate sobre os desafios da construção de uma bioética clínica e intercultural, respectivamente, na atuação em contextos interétnicos e na superação dos limites do paternalismo principialista e da deontologia corporativa de profissionais de saúde. O protagonismo latino-americano na bioética crítica e sua crescente politização têm trazido a campo reflexões e proposições para conflitos éticos emergentes de injustiças sociais e desigualdade históricas, e carregam consigo, de acordo com Lorenzo (2011), a possibilidade de melhor resolução de conflitos interétnicos no âmbito do cuidado em saúde. Para tanto, a relação paternalista herdada da tradição hipocrática e principialista bem estabelecida entre os profissionais da saúde precisa ser superada. Para Lorenzo, a bioética clínica, voltada para o contexto do atendimento e assistência, precisa desenvolver competências em seu escopo epistemológico para ser capaz de lidar com os conflitos que necessariamente emergem no universo de intervenção com povos de cultura diversa da ocidental, com concepções de saúde outras que a biomédica. Essas competências seriam alicerçadas

em noções sólidas da antropologia da saúde e na filosofia moral, de fundamentos dialógicos nas relações interétnicas (Lorenzo, 2011). O Brasil forneceria, neste caso, um contexto interessante para refletir sobre os conflitos éticos em práticas de cuidado, pois não haveria outra forma de fundamentar uma decisão intercultural se não pelo diálogo ‘livre’ entre os envolvidos.

Na mesma linha de propor uma discussão sobre a transformação da prática médica em contextos interculturais, o artigo de Melo et al. (2021), centraliza a análise no uso de tecnologias leves¹⁰ de saúde como caminho para superação das dificuldades em contextos de grandes desigualdades e diferenças entre culturas. A prática médica intercultural é colocada como um dos desafios principais da bioética no campo da saúde indígena. A interculturalidade preconizada pela Pnspi se torna uma possível ferramenta, desde que tomada pelo seu aspecto crítico, e não funcional. Isto é, se usada como questionamento da estrutura dominante em sua dimensão de exclusão e apagamento, em oposição a uma perspectiva de multiculturalismo “que não questiona a origem da colonialidade” (Melo et al., 2021, p. 489).

A gestão da saúde indígena e a interculturalidade preconizada pela atenção diferenciada também é tratada em artigo de Castellani e Montagner (2012), na qual a bioética é percebida como potencial instrumento de respeito às diferenças, por localizar a implicação do diálogo como premissa da sua ação. Os autores defendem os argumentos e princípios que embasam a DUBDH, em particular o artigo 12 – “Respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo” (UNESCO, 2005), destacando o respeito às diferenças culturais, à pluralidade e à abertura do diálogo, para subsidiar a discussão sobre saúde indígena no Brasil, lembrando a importância da qualidade de diálogo livre, simétrico e plural como horizonte ético.

¹⁰ As tecnologias leves, preconizadas pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013), se caracterizam por tratar da criação de vínculo, como o acolhimento, a relação de confiança, e por prescindir de intervenções invasivas, que necessitam de equipamentos tecnológicos complexos, com o uso de equipamentos, exames.

Partindo de uma reflexão sobre princípios da bioética aplicados na relação de cuidado em saúde com pacientes indígenas, foram localizados outros dois escritos recentes: Santos et al. (2017) e Honorato et al. (2022) – o último publicado em língua inglesa. Ambos concentram a discussão acerca do papel da autonomia no atendimento a populações culturalmente distintas e apontam este princípio como uma das principais conquistas do campo teórico da bioética, com impactos positivos na relação de cuidado. De início, Santos et al. (2017), toma como objeto a relação “médico-paciente” na busca por uma “relação ideal” (Santos et al., 2017, p. 606). Compreende-se, deste e de outros trechos, que o ponto de partida da análise é específica da classe médica, e que existe uma preocupação com a qualidade do vínculo estabelecido durante o atendimento prestado.

A escolha da discussão sobre o princípio da autonomia, em lugar, digamos, da dignidade da pessoa humana, pode ser indicativa de uma trajetória de continuidade com a tradição principialista. Ainda que ambos os trabalhos critiquem a assimetria de poder de profissionais da saúde frente aos seus pacientes, sobretudo o estudo de Santos et al. (2017) vislumbra a possibilidade de um “equilíbrio entre autonomia e paternalismo”, e complementa que este, o paternalismo, seria “fundamental para manter a simetria do relacionamento entre médico e paciente” (Santos et al., 2017, p. 608). Assim não se vê uma posição de ruptura com o paternalismo, talvez residualmente tido como benéfico ou necessário, em parte, para o curso do atendimento e tratamento em saúde. Ademais, cabe o questionamento sobre como a classe médica entende a manutenção de uma simetria que inexiste. Mais à frente o texto, que se situa teoricamente no campo da bioética clínica, pontua que:

Quando for necessário, devem solicitar a ajuda do pajé para tratamentos mais abrangentes, unindo forças para um bem maior que, espera-se, repercuta na aceitação e adesão ao tratamento pelo paciente devido à confiança e ao conhecimento que se soma. Quando se contempla a situação do ponto de vista do paciente a quem se pretende servir com a ciência médica, salta à vista a necessidade de elemento integrador que reestabeleça a saúde, ou seja, um referencial de confiança capaz de guiá-lo durante o tratamento médico. O paciente indígena precisa perceber o interesse

e o comprometimento de seu cuidador, fator essencial na luta contra a doença. No médico se deposita a confiança e, a partir de seus conselhos, enfrenta-se a nova situação: o estar doente. (Santos et al., 2017, p. 608-609. Grifos meus)

De forma sutil, e talvez pouco intencional, o texto leva ao entendimento de que, se há “aceitação” do lado do indígena, deve haver decisão pelo lado do profissional da medicina. Há presente um entendimento de que o pajé, bem como os agentes indígenas de saúde e eventuais tradutores, devem ser chamados a auxiliar “sempre que [o médico] julgar necessário” (Santos et al., 2017, p. 606), ou caso seja preciso convencer o paciente de que o tratamento está a seu favor. Resta claro que as decisões sobre a forma de cuidado permanecem unilateralmente no campo médico, ainda que se busque “conciliar” exercícios de escuta e de “soma de saberes” (Santos et al., 2021, p. 608). Os agentes indígenas de saúde são citados como facilitadores e mediadores da relação “médico-paciente”, o que corrobora a visão mencionada anteriormente de Ferreira (2021) e Cardoso (2021) de que os AIS teriam mero papel de tradução da medicina ocidental para as línguas indígenas, concorrendo para a aceitação de tratamentos, e bem vindos para o auxílio dos médicos.

O artigo de Honorato et al. (2022), por sua vez, ao refletir sobre os limites do principialismo de Beauchamp e Childress (2019) na relação de cuidado em saúde, assevera que “seus princípios sozinhos *provavelmente* não serão capazes de garantir a integridade bioética dos povos indígenas e de minorias tribais espalhadas pelos continentes” (Honorato et al., 2022, p. 375, grifos meus). Paradoxalmente, o texto coloca uma visão crítica sobre a assimetria de poder e a necessidade de se buscarem alternativas em favor da autonomia dos indígenas, mas não entende o fundamento principialista como mantenedor desta disfunção. O que se lê é uma posição de defesa do modelo:

Later, after philosophers Beauchamp and Childress’ studies, it [Principialism] evolved into the four foundations which are currently recognized: justice, respect for autonomy, beneficence, and non-maleficence. *These principles always aim at the well-being and*

preservation of individuals. (Honorato et al., 2022, p. 375, grifos meus)¹¹.

A hegemonia do princípalismo não é questionada, nem são citadas as correntes teóricas que a criticam, sobretudo do ponto de vista da supremacia da epistemologia biomédica. As questões levantadas por Honorato et al. se ocupam com o respeito da autonomia individual e coletiva, e se haveria conciliação para as duas, no caso de conflitos éticos. Um falso dilema e uma pergunta retórica parecem ser levantados neste momento, sobre a complementaridade das práticas terapêuticas indígenas: *“It becomes necessary to ask: “Whose autonomy should be protected, the individual’s, the community’s, or both?”*¹²(Honorato et al., 2022, p. 378). Seria um falso dilema, pois não se trata de duas opções necessariamente antagônicas, e uma pergunta retórica, uma vez que se percebe que a resposta sugerida é a primazia do indivíduo. Sobre os agentes indígenas de saúde, os autores entendem que houve um avanço na união do que entendem como um sistema de saúde tradicionalmente paternalista e dominante com a população assistida, e uma maneira de tentar “dar voz” às questões de saúde individuais e coletivas (Honorato et al., 2022, p. 379).

O foco no debate do princípio da autonomia é usual entre bioeticistas ligados à corrente princípalista, na mesma medida em que questionam a operabilidade do conceito de dignidade humana (Albuquerque, 2017). Não por acaso, nos artigos acima mencionados, não há sequer menção ao princípio da dignidade humana, que abre os artigos de conteúdo da DUBDH (UNESCO, 2005). A discussão sobre autonomia é afeita aos círculos médicos, uma vez que trata de instrumentais pragmaticamente localizáveis por estes e não afronta a manutenção da epistemologia dos profissionais de saúde sobre os pacientes, que relega aos pacientes um lugar quase-exclusivo de

¹¹ “Mais tarde, após os estudos dos filósofos Beauchamp e Childress, ele [o Princípalismo] evoluiu para os quatro fundamentos atualmente reconhecidos: justiça, respeito pela autonomia, beneficência e não maleficência. *Esses princípios visam sempre o bem-estar e a preservação dos indivíduos*” (HONORATO et al., 2022, p. 375, tradução livre, grifos meus).

¹² “A autonomia de quem deve ser protegida: a do indivíduo, a da comunidade ou ambas?” (HONORATO et al., 2022, p. 375, tradução livre, grifos meus).

objeto de intervenção. Isso se deve, em grande parte, à trajetória de origem do principialismo, cujo escopo envolve os cuidados em saúde e a pesquisa com seres humanos, equalizando pacientes e participantes de pesquisa (Albuquerque, 2022), muito atrelada à preocupação de violações de direitos humanos em pesquisas em casos concretos. Para o campo do cuidado clínico, o principialismo não é capaz de equacionar as necessidades e preferências dos pacientes no processo do cuidado, por não ter a dimensão relacional em vista, e ser centrada na atuação dos profissionais de saúde, em particular, os médicos.

Cabe atentar para a falta de discussão sobre conceitos chave da bioética clínica em todo o escopo de artigos levantados no campo da bioética sobre a relação paciente indígena e profissional de saúde, como empatia clínica, cuidado centrado no paciente, necessidades e preferências dos pacientes e tomada de decisão compartilhada.

Possivelmente este posicionamento de trabalhos com foco nos princípios, a partir de um ponto de vista do profissional de saúde, sejam decorrentes de uma falta de discussão do campo bioético com a pluralidade e a diversidade. Afinal, a bioética não tem dado ênfase, na sua versão teórica, institucional ou normativa, aos conflitos culturais e aos dilemas morais em saúde resultantes da relação interétnica (Albuquerque, 2015). A vertente da interculturalidade dentro do campo teórico e prático da bioética, surge, então, para superar a imobilização do antagonismo entre etnocentrismo e relativismo cultural, e o respeito das diferentes culturas em busca de um encontro na igualdade.

Outra vertente que deveria ser levada em conta na discussão sobre a relação interétnica em saúde é a abordagem do pluralismo bioético (Oliveira e Osman, 2017), que dispõe de categorias para apontar o imperialismo moral e as barreiras que a hegemonia do paradigma biomédico produz quando se trata do respeito aos saberes 'tradicionais', preconizado pela própria Pnasp (Ferreira, 2021). O pluralismo bioético instrumentaliza a reflexão sobre a mediação da relação entre os conhecimentos biomédicos, com os quais operam as equipes multidisciplinares de saúde indígena

(EMSI), e os saberes indígenas localmente situados, sem que se caia em falsos dilemas: ou aplica-se a biomedicina, ou os saberes ‘tradicionais’.

Há um caminho possível na abordagem do pluralismo bioético aliado à bioética de intervenção para que se aprofunde o debate sobre as relações interétnicas nas instâncias de cuidado em saúde. É necessário que se realize uma leitura crítica sobre a forma como a colonialidade da vida (Nascimento e Garrafa, 2011) produziu diferenças quase inconciliáveis entre os sistemas médicos indígenas e a biomedicina. Não se pode ‘remediar’ os conflitos no âmbito da bioética clínica ou do cuidado em saúde com pacientes indígenas sem levar em conta o processo de epistemicídio que se levou, e se leva, a cabo nas interações assimétricas de poder derivadas da colonialidade. Sem um olhar profundo e sincero sobre os fundamentos dessa separação, não se produzirão soluções éticas. Tampouco bastaria chamar de interculturalidade práticas meramente nominativas, de um pretenso diálogo no qual um lado finge que faz perguntas e ouve respostas – livres. A operacionalização deste diálogo não se dará sem reconhecimento real da verdade do outro. A empatia, palavra muitas vezes usada para tratar de uma mínima abertura, também precisa ser radicalizada no sentido de propor o reconhecimento mútuo e entre iguais.

A atuação dos agentes indígenas de saúde, tomados pelo artigo Santos et al., (2021), como conciliadores das práticas biomédicas e da sua aceitabilidade pelos indígenas, é também um jogo que se deve entender de forma mais aprofundada. A atuação de indígenas não teria como mediar os conflitos derivados da terapêutica indígena com a medicina ocidental, uma vez que esta última toma um de caráter universalizante, assentada no corpo como entidade estanque e impessoal. Para as correntes derivadas do principialismo bioético, a medicina ‘tradicional’ indígena é acessória neste sentido, que pode ser incluída dentro da ‘verdadeira’ medicina, desde que atue na perpetuação da domesticação dos indígenas às suas práticas. Assim, visão sobre a ação dos AIS como um simples facilitador da biomedicina em campo indígena é reducionista e este é outro nó que a bioética crítica necessita dimensionar.

O debate sobre a possibilidade real de um diálogo intercultural diante do fosso da colonialidade do saber médico está em aberto. É certo que houve avanços, que se localizam diversas vozes na direção da empatia clínica (Albuquerque, 2023), da operacionalização da interculturalidade crítica (Melo et al., 2021), em defesa do método dialógico e em respeito às diferenças culturais e à pluralidade (Castellani e Montagner, 2012). Mesmo o esforço de qualificar o atendimento através da construção de um vínculo com os pacientes indígenas é válido. A questão que se aponta aqui é a limitação deste discurso quanto à superação de uma prática que produz injustiça epistêmica quando não se questionam suas origens históricas e as bases de sua manutenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção diferenciada foi uma conquista dos povos indígenas. O acesso à saúde 'branca' nas aldeias, com implantação dos postos de saúde, era reivindicação antiga do movimento indígena. Mas é preciso ir além da estrutura e mudar a concepção de relação entre os sistemas de saúde e a relação entre indígenas e não indígenas, em especial os não indígenas em lugar de poder – como os profissionais de saúde.

Eu acho que uma boa parte do povo das aldeias consegue tratar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena como um complexo complementar. Quando o pajé não cura, quando os rituais não curam, quando as terapêuticas indígenas não curam, você deixa os médicos brancos cuidarem (Krenak, 2022, p.64)

Há, da perspectiva da produção acadêmica da bioética brasileira um ponto cego sobre a relação paciente indígena- profissional de saúde e talvez sobre a possibilidade mesma de um diálogo livre e simétrico em contexto de desigualdades estruturantes.

Não se propõe aqui um desfecho único ou uma orientação final para os muitos conflitos decorrentes do encontro interétnico na saúde indígena, mas pretendemos, isto sim, reconhecer uma falta. A bioética, ao menos em contexto brasileiro, não tem se ocupado de enfrentar os desafios dessa interculturalidade imposta na prática. A falta de preparo dos profissionais da saúde para trabalhar com a diferença, reconhecendo que a medicina ocidental é também ela social e historicamente construída, é um entrave para que se construa um diálogo em pé de igualdade, com os saberes tradicionais indígenas no processo de tratamento e cura de enfermidades.

É preciso entender que a biomedicina sozinha jamais poderá atender à demanda por saúde tomada por indígenas como mais que a falta da doença. A bioética dos cuidados em saúde traz algumas importantes considerações para a prática dos profissionais, desde que tenham em seus percursos formativos o fundamento da centralidade do paciente no cuidado, empregando para isso tempo e empatia clínica. A tarefa não é simples, mas não há outro caminho fiel ao respeito dos direitos humanos que não siga a do esforço do diálogo intercultural crítico da colonialidade do saber médico.

O princípio do pluralismo na DUBDH assevera que se deve ter em conta a importância da diversidade cultural e do pluralismo, sem que elas não sejam usadas para infringir os direitos humanos. Daí a importância de procedimentos dialógicos

legítimos (Albuquerque, 2015) para possibilitar decisões de consenso entre as partes. No caso da saúde indígena, a maior parte dos conflitos cotidianos não incorrem em violações de direitos humanos, e sim em desacordo moral sobre determinadas condutas, como a determinação de tratamento de condição de saúde. Nestes casos, o diálogo intercultural deveria ser o caminho para o consenso. O que se aponta aqui é que não basta preconizar o diálogo como solução, se não há condições concretas para que haja igualdade entre as partes, quando esse diálogo acontece em contexto de grande assimetria de poder.

A interculturalidade crítica e o pluralismo cultural interpelam a bioética a enfrentar não apenas suas origens, mas sobretudo como irá se desenvolver. Para os indígenas, a saúde branca não é dispensável, ela é uma conquista sobretudo para tratar de problemas que desconheciam antes do contato/invasão colonial e que decorrem dele. Mas ela não pode ser mais uma forma de imposição e violência de conquista e apagamento dos saberes medicinais originários.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A., 2015. Perspectiva Bioética Intercultural e Direitos Humanos: a busca de instrumentos éticos para a solução de conflitos de base cultural [Internet]. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, 9(2), Pág. 09-27. Acesso em 30 out 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v9i2.1760>
- ALBUQUERQUE, A., 2017. Dignidade humana: proposta de uma abordagem bioética baseada em princípios. **Revista De Direitos e Garantias Fundamentais**, 18(3), 111–138. <https://doi.org/10.18759/rdgf.v18i3.1140>
- ALBUQUERQUE, A., 2022. Críticas ao princípalismo sob a ótica do novo paradigma ético nos cuidados em saúde: O protagonismo do paciente. **Rev. Redbioética/UNESCO**, Año 13, 1 (25): 12 - 25.
- ALBUQUERQUE, A.; TANURE, C., 2023. Healthcare bioethics: a new proposal of ethics for clinical practice. **History and Philosophy of Medicine**; 5(2):10.
- ALBUQUERQUE, A., 2023. Empathic care as a command of a new clinical bioethics. **The Open Nursing Journal**. 10.15406/ncoaj.2023.09.00266.
- BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F., 2019. **Principles of Biomedical Ethics**, Nova Iorque, Oxford.
- BOLOGNESI, L., 2018. As Guerras da Conquista In. **Guerras do Brasil.doc**. Netflix, 26 min. SP.
- BRASIL, 2002. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas** [Internet]. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Acesso em 29 out 2023. Disponível em: <https://bit.ly/3f8jkbM>
- BRASIL, 2013. **Política Nacional de Humanização** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Acesso em 30 outubro 2023. Disponível em: <https://bit.ly/2VmOeWH>
- BRISKMAN, L.; ZION, D.; BAGHERI, A., 2020. Indigenous Bioethics and Indigenous Rights. Em **Indigenous Health Ethics**. World Scientific Publishing Company. https://doi.org/10.1142/9781786348579_0001
- CARDOSO, M. D., 2021. "Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política". Em: Langdon EJ, Cardoso MD (org.). **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Ed. da UFSC (2015): 83-106.
- CASTELLANI, M.R.; MONTAGNER, M.A., 2012. Saúde indígena: a bioética como instrumento de respeito às diferenças. **Rev. bioét.** (Impr.). 20(2):349-59.
- COHEN-FOURNIER, SM.; BRASS, G.; KIRMAYER, L., 2021. Decolonizing health care: Challenges of cultural and epistemic pluralism in medical decision-making with Indigenous communities. **Bioethics**; 35:767–778.

CRICHTON, 2017. Fa'asāmoa bioethics and healthcare decision-making in New Zealand. **The Journal of Sāmoan Studies**, Volume 7, no. 3.

CRUZ, L.G.M.M.; GUIMARÃES, S., 2016. Hospitalização de pacientes indígenas no DF/Brasil, Em: F. Asensi et al. (org), **Saúde e direitos humanos**, Rio de Janeiro, Multifoco.

FERREIRA, L.O., 2021. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. Em: Langdon EJ, Cardoso MD (org.). **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Ed. da UFSC: 83 106.

GARNELO, L., 2004. **Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: análise situacional do período de 1990 a 2004**. Rondônia, UNIR/ENSP.

GONÇALVES, LJ. M., 2011. **Na fronteira das relações de cuidado em saúde indígena**. São Paulo, Annablume.

HONORATO, M.M. et al, 2022. The bioethical principle of autonomy in caring for the health of Indigenous peoples. **Rev. Bioét.** vol.30 no.2 Brasília Apr./Jun.

KRENAK, A., 2022. Quando o povo indígena descobriu o Brasil. Em PONTES, A.L.M., (orgs.) [et al.]. **Voices indígenas na saúde: trajetórias, memórias e protagonismos**. 1. ed. Belo Horizonte, MG: Piseagrama.

LANGDON E.J., GARNELO, L. (Orgs.), 2004. **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA, p. 129-148.

LANGDON, E.J., 2005. A Construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica". Em: BARUZZI, R.G.; JUNQUEIRA, C. (Org.). **Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história**. São Paulo: Terra Virgem.

LORENZO C.F.G., 2011. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. **Rev. bioét.** (Impr.) [Internet]. 19(2):329-42. Acesso 30 out 2023. Disponível: <https://bit.ly/3rHJkzO>

MACEDO, V., 2021. O Cuidado e Suas Redes: doença e diferença em instituições de saúde indígena em São Paulo. **Revista Brasileira De Ciências Sociais**, 36(106), e3610602. <https://doi.org/10.1590/3610602/2021>

MACEDO, V.; MARTINS, J.A.; TRONCARELLI, M.C., 2017. Três linhas e alguns nós: serviço social, educação e Antropologia na CASAI-SP. **Amazônica - Revista de Antropologia**, 9, 2: 632–659. DOI: <http://dx.doi.org/10.18542/amazonica.v9i2.5668>

MACEDO, Valéria; MARTINS, Jaciara Augusto & TRONCARELLI, Maria Cristina. (2017), "Três linhas e alguns nós: serviço social, educação e Antropologia na CASAI-SP". **Amazônica - Revista de Antropologia**, 9, 2: 632–659. DOI: <http://dx.doi.org/10.18542/amazonica.v9i2.5668>

MACKAY, R., 2022. Tlacoqualli in Monequi "The Center Good": A Brief Consideration of Indigenous Bioethics. **Voices In Bioethics**, VOL. 8: 1-4.

- MATEUS, S.M.R., 2019. **¿Cómo promover el diálogo intercultural desde una perspectiva bioética en una institución de salud?**. Universidad el Bosque, maestría en bioética. Bogotá, D.C.
- MELO, A.V., et al, 2021. Bioética e interculturalidade na atenção à saúde indígena. [Internet] **Rev. Bioét.** vol.29 no.3 Brasília Jul./Set.
- NASCIMENTO, W.F.D.; GARRAFA, V., 2011. Por uma vida não colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. **Saúde e Sociedade**, 20, 287-299.
- NETO, M.S.A., 2016. **Educação formal e saúde alopática entre os Tapayúna**. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília. Brasília.
- NETO, M.S.A., 2022. Institution in backward: FUNAI and the Brazilian democracy under Bolsonaro. **ALICE News**. Centro de Estudos Sociais. <https://alicenews.ces.uc.pt/index.php?lang=1&id=38215>
- NORTJÉ, N.; JONES-BONOFILIO, K.; SOTOMAYOR, C., 2021. Exploring values among three cultures from a global bioethics perspective. **Global Bioethics**, Vol. 32, n.1: 1–14 <https://doi.org/10.1080/11287462.2021.1879462>
- OLIVEIRA, M.D.J., OSMAN, E.M.R.O., 2017. Pluralismo bioético: aportes latinoamericanos a la bioética en perspectiva decolonial. **Revista Bioética**, 25, p.52-60.
- ORTEGA, D.M., 2022. **Aspectos bioéticos del derecho a la protección de la salud de las mujeres del pueblo indígena purépecha el caso de Santa Fe de la Laguna, México**. Programa de Doctorado en Derecho y Ciencia Política por la Universidad de Barcelona.
- QUIJANO A., 2005. 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. Acesso 12 jul 2023. p. 227-78. Disponível: <https://bit.ly/2WysXtV>
- SANTOS A.C.G., et al., 2017. Considerações bioéticas sobre a relação médico-paciente indígena. **Rev. bioét.** (Impr.); 25(3):603-10. DOI: 10.1590/1983-80422017253217
- UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. [Internet]. Acesso 31 out 2023. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>.
- WYLIE, I.; McCONKEY, S., 2019. Insiders’ Insight: Discrimination against Indigenous Peoples through the Eyes of Health Care Professionals. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparitie**; 6:37–45. <https://doi.org/10.1007/s40615-018-0495-9>.



Artista: Isadora Vilela