

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white sans-serif font on a blue rectangular background.

Reflexiones sobre cuestiones morales en la relación de indígenas con los servicios de salud [Reflection on moral issues in the relation between indigenous people and health services]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository.
More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy
of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	de Moura Pontes, Ana Lucia
Publisher	Conselho Federal de Medicina
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-09-25 23:24:36
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/238215

Reflexiones sobre cuestiones morales en la relación de indígenas con los servicios de salud

Ana Lucia de Moura Pontes ¹, Luiza Garnelo ², Sergio Rego ³

Resumen

Reflexiones sobre cuestiones morales en la relación de indígenas con los servicios de salud

Los sistemas médicos son culturalmente moldeados y pueden tener impactos negativos en los que no comparten estas bases. Se discute la perspectiva indígena de cuestiones morales en la relación con los servicios de salud en la región del Alto Rio Negro/Amazonas/Brasil. Fue un estudio cualitativo que utiliza las técnicas de la observación participante y entrevistas en dos comunidades de la región del Alto Rio Negro. La transferencia para servicios de salud en zona urbana fue identificada como la principal cuestión moral para los indios de la región. La diversidad de tradiciones, culturas y valores de los pueblos indígenas tienen influencia en su moralidad y la toma de decisiones clínicas que eran poco comprendidas por los profesionales de salud. En la relación entre los profesionales de salud y los usuarios indígenas se hizo evidente el choque entre los distintos *habitus* y la configuración de una relación entre extraños morales. Estas condiciones dificultan el diálogo para resolver los conflictos.

Palabras-clave: Salud de poblaciones indígenas. Ética clínica. Bioética. Noroeste del Amazonas.

Resumo

Os sistemas médicos são culturalmente moldados e podem ter impactos negativos naqueles que não compartilham essas bases. Discutimos a perspectiva indígena de questões morais na relação com os serviços de saúde na região do Alto Rio Negro/Amazonas/Brasil. Trata-se de pesquisa qualitativa que utilizou como técnicas a observação participante e entrevistas em duas comunidades na região do Alto Rio Negro. A transferência para serviços de saúde em área urbana foi identificada como a principal questão moral para os indígenas na região. A diversidade de tradições, culturas e valores dos povos indígenas influenciam na sua moralidade e tomada de decisões clínicas, que eram pouco compreendidas pelos profissionais de saúde. Na relação entre profissionais de saúde e usuários indígenas ficou evidente o choque entre *habitus* distintos e a configuração de uma relação entre estranhos morais. Essas condições dificultam o diálogo para a resolução de conflitos.

Palavras-chave: Saúde de populações indígenas. Ética clínica. Bioética. Noroeste amazônico.

Abstract

Reflection on moral issues in the relation between indigenous people and health services

Medical systems are culturally adapted and may have negative impacts on those that do not share these bases. We discussed the indigenous perspective on moral issues in the relation with health services in the region of Alto Rio Negro/Amazonas/Brazil. It was a qualitative research that used participant observation and interviews in two communities in the region of Alto Rio Negro as techniques. The transfer to health services in urban areas was identified as the main moral issue for the Indians in the region. The diversity of traditions, cultures and values of the indigenous people influence their morality and clinical decisions to be made, what used to be little understood by health professionals. In the relationship between health professionals and indigenous users it was clear the shock between different habits and the configuration of a relation between moral strangers. These facts hinder the dialogue to solve conflicts.

Key words: Health of indigenous people. Ethics, clinical. Bioethics. Northwest Amazon.

Aprovação Conep - CAAE 0058.0.031.000-11

1. **Doutora** analupontes@fiocruz.br Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, Rio de Janeiro/RJ, Brasil 2. **Doutora** luiza.garnelo@amazonia.fiocruz.br Instituto de Pesquisas Leônidas e Maria Deane/Fiocruz, Manaus/AM, Brasil 3. **Doutor** rego@ensp.fiocruz.br Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Correspondência

Ana Lucia de Moura Pontes – Avenida Brasil, 4.365, Manguinhos CEP 21040-360. Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

La percepción, comprensión y resolución de los problemas morales en los servicios de la salud están fuertemente influenciadas por el contexto, rural o urbano, en que se producen ^{1,2}. Una característica clave de los servicios de salud en contextos rurales es que a menudo las poblaciones atendidas tienen conocimientos, prácticas y valores de distintos a los reconocidos por los profesionales de la salud. Las variaciones de comprensión de las prácticas y de los valores morales conducen a episodios de conflicto en los servicios de salud ³. Turner ⁴ afirma que en las últimas décadas varios estudios han demostrado una considerable variación cultural en las formas en que las familias y los individuos comprenden situaciones clínicas tales como el diagnóstico terminal, la definición de muerte, el uso de alta tecnología, entre otras.

Las diferencias culturales y de tradiciones religiosas están directamente relacionadas con esta diversidad moral en la sociedad. Por lo tanto, en la relación entre los pueblos indígenas y profesionales de la salud tales diferencias deben tomarse como un presupuesto. Ellerby y colaboradores ³ destacan que las decisiones éticas de los pueblos nativos difieren de los valores hegemónicos de la sociedad occidental. Por otra parte, el contexto histórico de las relaciones de poder existentes entre los pueblos indígenas y las sociedades nacionales también influye en esta relación. En Brasil, durante siglos, agentes colonizadores - tales como las instituciones de salud - desarrollaron el proyecto de "civilizar" a los nativos, es decir, entendían que ellos deberían ser protegidos de sí mismos mediante la adopción de los valores, costumbres y *habitus* de la cultura occidental⁵.

Por lo tanto no se consideraron como sujetos morales, con valores y conocimientos propios y capaces de tomar decisiones.

La discusión sobre cuestiones morales en la relación de indígenas con los servicios de salud es fundamental para mejorar la calidad de la atención prestada a esta población, ya que la falta de una atención culturalmente sensible puede ser responsable de la falta de uso de los servicios de salud y por sus malos resultados ^{6,7}. En varios países es evidente que la población indígena tiene menor expectativa de vida y una mayor prevalencia e incidencia de muchos agravios ⁷⁻¹¹. Los sistemas médicos son culturalmente moldeados, en Brasil como en otros países, en conformidad con los valores occidentales, cristianos y liberales, lo que puede traer efectos negativos a los que no comparten estas bases ^{2,7}

Turner ⁴ pone de relieve la importancia de los estudios sobre el punto de vista moral de los miembros de comunidades específicas. Bajo este enfo-

que, se pretende en este artículo discutir la perspectiva indígena a respecto de cuestiones morales en la relación con los servicios de salud en la región del Alto Rio Negro/Amazonas/Brasil. Nuestro análisis se iniciará a partir del reconocimiento de que los profesionales de la salud y los indígenas no comparten los mismos *habitus* ^{12,13} y por lo tanto se constituyen como extraños morales ¹⁴. En este contexto, consideramos la ética discursiva como una forma de resolver estos conflictos y superar la relación colonizador-colonizado ¹⁵.

Habitus, extraños morales y la ética discursiva

El *habitus*, según Bourdieu, son esquemas de disposiciones durables, adquiridos en los procesos de socialización, que incluyen dos componentes: los principios o valores que regulan el comportamiento cotidiano (*ethos*) y las actitudes y disposiciones del cuerpo (*hexis corporal*) ^{13,16}. Por lo tanto, indígenas y no indígenas, que no comparten el mismo mundo social, desarrollan diferentes actitudes y maneras de actuar, percibir y reflexionar.

Los agentes portadores de los mismos *habitus* no tienen que estar de acuerdo para actuar de la misma manera ¹⁶, pues la codificación común asegura una comunicación mínima ¹³. Sin embargo, si las condiciones objetivas o el contexto son cambiados, puede ocurrir un desfase entre el *habitus* antiguo y las nuevas condiciones, lo que llevaría a los agentes a actitudes consideradas inadecuadas, provocando conflictos ¹⁶.

Engelhardt Jr. ¹⁴ llamó de extraños morales aquellos que no comparten esas premisas, normas o autoridades morales, incorporados en los *habitus* de individuos y grupos. Por lo tanto, los amigos morales serían esos que comparten una moralidad continuista en un grupo de personas. Para resolver las controversias, los amigos morales pueden recurrir al argumento moral o una autoridad reconocida, pero los extraños morales no: tendrían que resolver a través de un acuerdo mutuo, porque no comparten la misma normativa, presupuestos o autoridades morales. El autor afirma que el hecho de no compartir una moralidad esencial no significa la imposibilidad de comprender la perspectiva del otro, de modo que propone la resolución de conflictos a través de acuerdos.

Estamos de acuerdo con la perspectiva de la ética discursiva, que ha sido trabajada en el contexto de la relación entre indígenas y no indígenas en Brasil por Oliveira e Oliveira ¹⁵ y Oliveira ¹⁷ utilizando como

base el concepto de comunidad de comunicación y la de la argumentación de Karl-Otto Apel. La comunidad de comunicación es un espacio social marcado por relaciones dialógicas, pero que para funcionar democráticamente como comunidad de argumentación necesita un acuerdo intersubjetivo de las normas y reglas entre los interlocutores¹⁵. Sin embargo, en el contexto interétnico de una sociedad regida por un Estado uniétnico muestra una jerarquización de una cultura sobre otra, por lo que pone en peligro las condiciones de simetría e igualdad necesaria para un diálogo verdaderamente democrático. Este es el desafío que nos encontramos en el contexto de las relaciones entre los profesionales de salud e indígenas para resolver conflictos morales.

Subsistema de salud indígena en Brasil

Desde el año 1999 se implementó un subsistema específico de atención a la salud de los pueblos indígenas integrado al sistema nacional de salud brasileño. La Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (Pnspi) prevé la aplicación de un modelo de atención cuyo funcionamiento se basa en 34 distritos sanitarios especiales indígenas (Dsei), responsables de proporcionar acceso a la atención integral a la salud de los pueblos indígenas¹⁸. Los distritos ofrecen servicios de atención primaria de la salud realizados por equipos multidisciplinarios de médicos, enfermeros, dentistas, técnicos de enfermería y agentes indígenas de salud (AIS) que deben actuar en las aldeas indígenas. Esta red local está vinculada al resto del sistema de salud (SUS) para la prestación de servicios de mediana y alta complejidad.

Una de las directrices fundamentales de este subsistema es la atención diferenciada, que aboga por la adecuación de los servicios a través de la preparación de los profesionales de la salud para trabajar en un contexto intercultural, la vinculación con los sistemas tradicionales de salud y la diferenciación de las acciones y tecnologías a los contextos locales. Sin embargo, esta pauta encuentra muchas dificultades para su implementación en los distritos.

Algunos conflictos éticos derivados de la relación intercultural entre los pueblos indígenas y la sociedad nacional siguen siendo polémicos, pero la literatura científica sobre los problemas éticos que se plantean en la aplicación del subsistema de salud indígena es todavía incipiente. La poca literatura disponible aborda el tema del infanticidio^{5, 19-24} y la ética en investigaciones²⁵.

Método

Se trata de una investigación cualitativa, interesada en "el punto de vista del actor" como productor de significados^{26,27} y aprobada por el Comité Nacional de Ética de la Investigación. Las técnicas utilizadas para la recolección de datos fueron la observación participante, en el modo participante como observador^{28,29}; el registro sistemático en cuaderno de campo; y revisión de la literatura internacional.

El trabajo de campo se llevó a cabo durante 40 días consecutivos en dos comunidades del Bajo Río Içana en el Distrito Sanitario Especial Indígenas del Alto Río Negro (Dseirn), ubicado en el municipio de São Gabriel da Cachoeira. Los principales informantes y traductores eran cuatro AIS - dos mujeres y dos hombres - que trabajaron en estas comunidades. Los nombres de las comunidades y personas utilizados son ficticios.

La observación participante incluyó el seguimiento diario de las actividades colectivas de las comunidades, la prestación de cuidados por los cuatro AIS y las rutas terapéuticas seguidas por los enfermos asistidos. También se llevaron a cabo conversaciones informales con los residentes acerca de sus experiencias en los servicios de salud en las ciudades de São Gabriel da Cachoeira (SGC) y Manaus. Los registros en los diarios de campo fueron revisados y clasificados con el fin de identificar las situaciones que, desde la perspectiva de los indígenas, representaron conflictos la relación con los profesionales de la salud.

También se hizo una revisión de la literatura en la base de datos del PubMed, en marzo de 2013, que sirvió para definir las categorías de análisis y discusión de los datos empíricos.

Contexto local del estudio

El Dseirn se encuentra en el noroeste amazónico, región del Alto Río Negro, en el municipio de São Gabriel da Cachoeira, en la frontera con Colombia. Actualmente, viven allí 17 pueblos hablantes de idiomas de tres troncos lingüísticos - Arawak, Tukano y Maku. Nuestro estudio tuvo lugar en la región del río Içana, un afluente del Río Negro, donde viven los miembros de la etnia Baniwa³⁰, objetivo de interés de la investigación.

El estudio se llevó a cabo en el curso inferior del río Içana en las aldeas Baniwa, ficticiamente

llamadas Açaí y Buriti. El área del Bajo Içana comprende una región geopolítica situada entre la desembocadura del Río Içana y el curso medio del mismo río, sitio bajo antigua influencia del proceso de colonización; espacio vigente de intercambios comerciales establecidos en el régimen de extracción de productos de la selva, espacio económico, cuya influencia económica se deja sentir hasta mediados del siglo XX.

La relativa proximidad a la sede municipal de São Gabriel da Cachoeira favoreció el intenso contacto interétnico, la acción continua de las misiones religiosas y un mayor contacto con las agencias de la sociedad nacional, que acentúa los cambios en la manera Baniwa de vivir³¹. La organización y la reproducción de la vida social Baniwa están fuertemente apoyadas por un sistema de conocimientos míticos y en la forma de organización del parentesco, fundamentales para comprender el origen, la conservación y clasificación de las enfermedades en esta sociedad^{32,33}.

Resultados y debate

En las comunidades estudiadas las familias preferentemente trataron de resolver sus problemas de salud con los recursos locales, que abarcan: a) la atención doméstica/familiar, a través del uso de plantas medicinales y/o dietas y/o automedicación con medicamentos industrializados; b) las consultas con médicos tradicionales indígenas; c) la atención por los AIS; d) con menos frecuencia, la búsqueda de asistencia con enfermeros y técnicos de enfermería de las unidades de apoyo llamadas de polos-base.

En general, la población indígena usaba concomitantemente diferentes recursos de salud existentes en el territorio; para ellos no había conflictos o contradicciones en el uso de terapias biomédicas y tradicionales, conjuntamente, que caracterizan un pluralismo médico que es, según Menéndez³⁴, típico de las sociedades latinoamericanas, en la que los individuos y grupos sociales realizan constantemente articulaciones entre las distintas formas de atención de la salud.

Los AIS, como miembros de los equipos multidisciplinarios de salud del Dseirn, realizaban la primera evaluación y conducta de los usuarios del subsistema de salud en los pueblos indígenas, así como deliberaban a respeto de las primeras conductas. Si llegaban a la conclusión de que el caso era grave o que no contaban con los recursos locales para resolver el problema de salud identificado, se comunica-

ban por radioteléfono con sede del Dseirn en busca de orientación sobre los procedimientos o para solicitar el traslado del paciente a la ciudad.

En la ciudad de SGC se encuentra una Casa de Salud Indígena (Casai), unidad de apoyo que ofrece alojamiento y cuidados de salud a los indígenas trasladados para atención en la red de referencia de sede de la ciudad (hospital y ambulatorio), administrado por las secretarías estatales y municipales de salud, respectivamente. Cuando sea necesario, los pacientes pueden ser trasladados a Manaus - en estos casos, la Casai de Manaus albergaba los pacientes y administraba la continuidad del cuidado.

Durante el trabajo de campo se identificó que el traslado a la ciudad generaba conflictos entre las familias indígenas y los equipos del Dseirn. Según los AIS, la gente a menudo renunciaba a la remoción o se negaba a ser desplazada o a permitir el traslado de familiares a la ciudad. En la literatura, se encuentra este tipo de situación, también es común en otras regiones. Stamp y colaboradores³⁵ informan que la transferencia para servicios en zonas urbanas es una experiencia abrumadora para los indígenas de zonas remotas en Australia, y se relaciona con el recelo al ambiente y el miedo de personas desconocidas, a las dificultades y costes en desplazamientos y alojamiento, a las deficiencias culturales de los servicios y las dificultades de comunicación relacionados con el bilingüismo de estos pueblos y, a veces, la poca fluidez en el idioma nacional.

En la etapa de análisis de la investigación fueron seleccionados los registros en el diario de campo relacionados con las situaciones de remoción, reportados por los usuarios indígenas o acompañados por el investigador, que sirvieron como material empírico para la discusión acerca de la perspectiva de los indígenas sobre los conflictos con los servicios de salud.

Barreras en los servicios y la discriminación en los servicios de salud

"Durante una visita con el AIS Rodrigo, él dice a las tres familias se reunidas que yo había preguntado las razones por las cuales a las personas no les gusta ir a la ciudad. El sr. Abreu dice que la Casai mezcla mucha gente, el lugar es sucio y desordenado, porque los empleados no limpian el lugar y dicen que los indígenas es que deberían limpiarlo. Después de Doña Maria dice la Casai de Manaus es peor que la de SGC, que no hay donde poner la red, que tienes que dormir en el suelo" (Extracto del diario de campo de la comunidad de Açaí).

Muchos informes han dejado claro que, para los pueblos indígenas, las condiciones de la Casai eran inadecuadas para acoger los pacientes y familiares. Estas experiencias negativas se vieron reforzadas por historias similares de otras familias en las Casai y otros servicios de salud - este tipo de percepción negativa de los servicios de salud también ha sido identificado en Australia por el Stamp y colaboradores³⁵ y Aspin⁹.

Los indígenas mostraron desconfianza en relación a los profesionales no indígenas e inseguridad cuando se traspasados a los servicios urbanos, ya que en estos se sentían incómodos, maltratados y sometidos a condiciones inadecuadas. Por lo tanto, la adhesión a las orientaciones y tratamientos ofrecidos se vio afectada y la remoción rechazada por los pacientes o sus familiares, una situación igualmente referenciada por otros autores^{6,7,9,35}. Stamp y sus colaboradores³⁵ señalan que la falta de información disponible para los indígenas sobre qué esperar de los hospitales de referencia exacerba este malestar y consideramos que esto también puede ser un factor relevante en la región del Río Negro.

Este tipo de situación se clasificó por Betancourt⁶ como barreras estructurales para acceder a los servicios, ya que se refiere a las dificultades encontradas debido a los dibujos de la estructura física y de gestión de los servicios de salud, tales como alojamiento y mantenimiento de los espacios. Para el autor, este tipo de barreras también incluyen la falta de intérpretes, la demora en la atención, dificultades en la referencia a los servicios especializados, la falta de materiales educativos e informaciones culturalmente sensibles⁶. Estas dificultades en el acceso a los servicios de salud también se enfrentan los indígenas brasileños y una vez más se puede entender como una falta de respeto a lo que los identifica y caracteriza en esa comunidad en particular.

Aunque la legislación brasileña³⁶ determina la atención humanizada, cálida y sin cualquier discriminación en los servicios, el funcionamiento de las instituciones de salud refleja concepciones y valores existentes en la sociedad. Y nos damos cuenta de que las visiones estereotipadas sobre los modos de vida de los indígenas llevan a la discriminación de estos usuarios en los servicios - lo que también es observado por otros autores^{7,9,37}. El registro de que existen disparidades en el acceso y la calidad de la atención en los servicios de salud relacionados con el perfil étnico está reportado en varios estudios^{2,6,9}, aunque esto aún es poco discutido en la literatura brasileña.

El desafío de la diversidad y la pluralidad médica en la atención

De acuerdo con Betancourt⁶, el reconocimiento de la necesidad de adecuación, o la competencia cultural de los servicios, se ha hecho más evidente en los últimos años y en el caso de la atención de salud dirigida a los pueblos indígenas es más evidente y necesaria, posición compartida por varios autores^{7,3,2}.

Para cada cultura, los síntomas, las clasificaciones y las terapias para los problemas de salud varían. En el caso de los Baniwa, el origen y la clasificación de las enfermedades se hacen de un sistema de conocimiento mítico relacionados con las guerras entre familias de héroes creadores³⁸. Garnelo y Buchillet³³ establecen una taxonomía de las enfermedades de los pueblos indígenas rionegrinos, incluyendo los Baniwa, cuyas bases son: las enfermedades relacionadas con la agresión de seres-espíritus; con e, envenenamientos, una forma de brujería que juega un papel central en la cosmología Baniwa; con conflictos de género que recuerdan las antiguas guerras entre hombres y mujeres; enfermedades causadas por Yoópinai - seres-espíritus de la selva; y enfermedades causadas por el contacto, pero parte de la cosmología tradicional.

Tales especificidades de la comprensión del proceso salud-enfermedad coexisten con la oferta de servicios de gubernamentales basados en APS, que son utilizados por los indígenas para hacer frente a sus problemas de salud. Sin embargo, en la región de Río Negro los relatos de los indígenas destaparon la falta de preparación de las instituciones y de los profesionales de la salud para hacer frente a estas especificidades socioculturales del proceso salud-enfermedad:

"Pregunto ¿por qué a la gente no le gusta ir a la SGC? La Agente Denise dice que el problema fue que en la Casai la comida es mala y ellos mezclan las etnias. Denise también dice que había un hombre que comenzó con hinchazón generalizada, ella pidió rescate y la familia en un principio estuvo de acuerdo, pero luego renunció. La familia pensó que era una enfermedad tradicional (soplo) y quería tratar con medicina tradicional" (Extracto del diario de campo de la comunidad de Açaí).

En este reporte hemos identificado algunas barreras, clasificadas como clínicas para Betancourt⁶, relacionadas con las diferencias socioculturales en el proceso salud-enfermedad-curación y que conducen a conflictos en los servicios. La falta de comprensión de estas diferencias culturales, por parte de los profesionales de salud y los gestores, se puede expresar, por ejemplo, en la insuficiencia cultural en la organización de los servicios ofrecidos en Casai, tales

como: una mezcla de personas de diferentes etnias, entendida como una situación de riesgo para la salud; el desconocimiento de las dietas tradicionales y restricciones en la dieta de las familias enfermas; y la prohibición de expertos, conocedores de plantas, chamanes y curanderos de hacer sus tratamientos en las áreas de los servicios públicos, además de la falta de reconocimiento de las enfermedades tradicionales.

Garnero y Wright ³² señalan que el desplazamiento de enfermos los pacientes para la ciudad y la permanencia en la Casai son eventos temidos para los miembros de esta etnia, ya que la producción de alimentos por personas de otros grupos es identificada como una situación de riesgo para la enfermedad, no por razones biomédicas, pero por amenazar el modo de vida. En paralelo, incluso entre los indígenas urbanizados existe el miedo de no ser capaz de seguir la dieta adecuada para cada etapa vital, de acuerdo con las tradiciones. El ingreso en el hospital o estancia en la Casai genera la ruptura de normas dietéticas, bastante restrictivas para el enfermo y su familia, algunos grupos mantienen reglas dietéticas. En la mayoría de los casos, estas reglas no son exclusivas de la persona enferma y se extienden a la familia, que es diferente de la lógica de los servicios de salud cuya atención se centra exclusivamente a los enfermos. Además, para aquellas sociedades la presencia familiar sirve de apoyo para los enfermos, característica encontrada en otros contextos ^{3,35}.

Para los indígenas, existe el uso complementario, no contradictorio, de los recursos biomédicos y tradicionales; pero para los profesionales de la salud es muy difícil aceptar esta convivencia. Lorenzo ³⁹ da énfasis al frecuente etnocentrismo en el despliegue de las acciones de salud, sobre la base de la opinión de que *el conocimiento científico debería aclarar y/o validar el conocimiento local* ³⁹. Por lo tanto, se observa que las prácticas locales de especialistas de curación son toleradas en los territorios indígenas pero no en los servicios de salud.

Actualmente, la mayoría de los profesionales de la salud que trabajan en los distritos no recibieron ninguna preparación para trabajar en un contexto indígena. Varios autores brasileños identifican la falta de conocimiento de los profesionales no indígenas en la historia, las culturas y los sistemas médicos de los pueblos indígenas ³⁹⁻⁴¹, y confirman que los profesionales de salud tienen dificultades para comprender lo que sería la atención diferenciada ^{41,42}. Las acciones de salud llevadas a cabo en los distritos y en la Casai se basan en los programas nacionales de salud, sin ajustes significativos en las tecnologías, sistemas de

información o los objetivos. Como resultado, las concepciones universalistas de los profesionales de salud se materializan en una atención al paciente técnicamente normalizado y sin ninguna consideración en relación con sus singularidades culturales.

Diferentes valores morales, formas de autonomía y los conflictos durante la toma de decisión

A través de reportes de los usuarios indígenas se percibe que en los servicios de salud se les pide que tomen decisiones basadas en valores biomédicos. Sin embargo, según Garvey y colaboradores ², en la perspectiva indígena a menudo el compromiso con la calidad de vida es mayor que la búsqueda de una curación, así como el deseo de recibir atención proporcionada por indígenas, que implique la cultura, la comunidad y la espiritualidad. Para Ellerby y colaboradores ³, debido a una imposición de valores occidentales las instituciones de salud también pueden ser asociadas con la cultura de la colonización.

Para los indígenas, los parámetros que guían la toma de decisiones en situaciones clínicas no difieren de los aplicados en otras situaciones de la vida. Las decisiones éticas indígenas sería a menudo situacionales y muy dependientes de los valores y del contexto familiar y comunitario ³. En el contexto rionegrino, el *ethos* está fuertemente guiado por la familia (parentesco) y la vida comunitaria. Para Ellerby y colaboradores ³, la ética indígena debe ser entendida como un proceso relacional y, de hecho, se percibió en el trabajo de campo que para los indígenas era muy importante en la toma de decisión, la calidad de la relación con los profesionales salud, especialmente en lo que respecta a la confianza, la amistad y la empatía.

También nos damos cuenta de que para los indígenas y sus familias en el Alto Río Negro los riesgos y beneficios para el individuo se pueden relativizar frente a los intereses de la familia y la comunidad, y la presencia de la familia en la toma de decisión clínica es crucial. ^{2,43}. Estamos de acuerdo con los autores que señalan que el énfasis dominante en la sociedad occidental en el respecta a la autonomía - entendida como la toma de decisión individual que prioriza el consentimiento individual del enfermo- debe reemplazarse por las concepciones colectivistas. En lugar de asignar la unidad de decisión autónoma al individuo, esta puede ser la familia o la comunidad, como identificado por Hanssen ⁴³.

Los profesionales de salud deben ser capaces de reconocer los diferentes modos de toma de decisiones, la noción de familia y formas de comuni-

cación de los usuarios indígenas ². Se observó esta dificultad durante el trabajo de campo, cuando un miembro de la comunidad sufrió una parálisis. Dada la posibilidad del individuo haber sufrido un derrame cerebral, se trató de convencerlo de que aceptara la rápida remoción a través del transporte del Dseirn. Pero desde la primera conversación el enfermo dijo que quería moverse por sus propios medios, lo que llevaría mucho más tiempo. Sólo después de dos días de diálogo se entendió y aceptó que el enfermo querido manejar su cuidado con sus propios recursos, para que pudiera, en el camino, hacer una parada en otra comunidad para reunirse con su hijo, realizar el tratamiento tradicional, quedarse en casa de familiares en la ciudad y buscar el hospital de forma autónoma y no por el Dseirn.

Esta postura inicial refleja el paternalismo que marca el ejercicio de la medicina en Brasil, que hace hincapié en que el profesional siempre debe actuar para restaurar la salud y prolongar la vida de los pacientes, aun sin su aprobación e incluso contra su voluntad ⁴⁴. Este *ethos*, entendido como un valor que regula la conducta diaria de los profesionales, se justifica por la idea de que el conocimiento técnico es el único criterio válido para asegurar el mejor interés del paciente ⁴⁴. Menéndez ⁴⁵ enfatiza que en el proceso de la hegemonía de la biomedicina se ha construido una posición de paciente subordinado al conocimiento médico, conducta incorporada en el *habitus* profesional.

Sin embargo, en Brasil, Barroso ⁴⁶ afirma que la Constitución de 1988 es un hito en la protección de los derechos individuales, la adopción del concepto de dignidad humana como la capacidad de ser autónomo. Este jurista sostiene que prevalece legalmente en el país la idea de que los individuos, en base a sus valores y principios, ya sean religiosos o culturales, pueden decidir sobre sus vidas y sus tratamientos médicos, incluyendo la posibilidad de renunciar a un derecho fundamental, como la vida.

Pero también es en este punto que se observa que los indígenas y los no indígenas son extraños morales. Autores en el campo de la salud indígena ⁴⁷ informan que el suministro de atención de la salud se ve muy afectado por el conflicto entre los valores de igualdad e individualidad de la sociedad occidental y la organización de los grupos étnicos de las tierras bajas de América del Sur, caracterizadas como asociaciones de personas (y no de individuos) y marcadas por la tensión entre el igualitarismo y la jerarquía de los grupos de parentesco. Este es el caso específico de las etnias en el Alto Río Negro.

La idea fundamental de libertad individual de elección, que separa al individuo del medio so-

cio-cultural, entra en conflicto con la noción de construcción colectiva de la persona de estos grupos ^{25,43,47,48}. La noción de que el individuo es algo especial e histórico y en la actualidad es la base de las teorías científicas, políticas, éticas y de trabajo en salud en la sociedad occidental, pero diseñarla para otras sociedades genera malentendidos y conflictos.

Estrategias para la resolución de conflictos

Al considerar el referencial de la ética discursiva, el principal reto en el campo de la salud indígena es la creación de comunidades de argumentación ^{15,17}. Oliveira y Oliveira ¹⁵ señalan tres espacios sociales para el diálogo democrático y la negociación: la “microesfera”, en referencia al contexto de la familia y comunidad; la “mesoesfera” ubicado en las relaciones con los Estados nacionales; y la “macroesfera” de las deliberaciones y acciones de organizaciones internacionales.

A nivel internacional, existen disposiciones legales e hitos que defienden el discurso indígena e indigenista. Sin embargo, en el ámbito de la “microesfera” se observó que las normas y valores morales difieren entre indígenas y profesionales de salud. Por otra parte, el poco tiempo para el diálogo durante las sesiones, el corto período de permanencia de los equipos en las comunidades, la falta de seguimiento longitudinal de los pacientes y la alta rotación de los profesionales entran en conflicto con la importancia dada por los indígenas a la calidad de las relaciones humanas en la toma de decisión y en el proceso terapéutico ^{3,43} y dificultan la formación de comunidades de argumentación entre profesionales e indígenas - una situación que se encuentra en otros distritos ^{49,50}.

Cuando se producía el desacuerdo con la indicación de traslado a la ciudad, los principales responsables por el diálogo y la persuasión eran los AIS. El Dseirn adoptó la estrategia de pedir a los que se negaban a remover a los enfermos que firmaran un “*término de responsabilidad*”, cuyo principal objetivo parece ser exentar al Dseirn de las consecuencias de la decisión. Esta estrategia se utiliza en otros distritos y, en nuestra opinión, impide el diálogo democrático y la comprensión de las motivaciones en las negociaciones.

Algunos profesionales, con más tiempo y experiencia, aprendieron a dialogar con los líderes y a realizar reuniones comunitarias para discutir su planificación y evaluación de las actividades o los problemas. Este tipo de actitud fue bien recibida por los indígenas y ayudaba en la resolución de con-

flictos. Esta iniciativa demuestra la importancia del profesional de la salud en establecer el diálogo y, a través de este, buscar el conocimiento sobre la realidad de los pueblos indígenas, y apunta a los intentos de establecer comunidades de argumentación entre usuarios y profesionales.

Durante la estancia en los servicios de salud en las zonas urbanas, los indígenas también reportaron dificultades para garantizar sus derechos y deseos con respecto a las conductas terapéuticas. Para la atención de los expertos y el uso de la medicación tradicional necesitaban regresar a las comunidades. Algunos terapeutas indígenas entrevistados informaron estrategias e intentos de dar su atención de forma inadvertida en los servicios.

Es importante destacar que la regulación de la relación entre los servicios de salud y los usuarios indígenas está en el ámbito de la “mesoesfera”, de la formulación e implementación Pnaspí y de sus mecanismos de participación y creación de comunidades de argumentación. En el contexto actual, se identifican diferentes barreras para la creación de espacios democráticos de diálogo, ya que las instancias locales y de los distritos de control social no han sido eficaces. A nivel nacional, existe la incorporación de líderes indígenas que sustituyen la construcción de espacios de diálogo representativos; en la última Conferencia Nacional de Salud Indígena en el 2013, los administradores utilizaron diferentes estrategias para mantener su hegemonía en la conducción de las deliberaciones - y se observa diferentes acciones gubernamentales y políticas que involucionan en los derechos indígenas.

Consideraciones finales

La negativa de los indígenas con respecto a la transferencia para los servicios de salud en las zonas urbanas, que se identifican en el Dseirn reveló muchos elementos conflictivos de la relación entre los indígenas y profesionales de la salud. En nuestro análisis, estos informes no se refieren a la negativa a

la atención biomédica, pero a las barreras culturales inherentes a la estructura y la propuesta operativa de los servicios, así como el desconocimiento de la perspectiva indígena en el proceso terapéutico.

También fue posible verificar conflicto entre las prioridades sociales, rituales o familiares de los grupos estudiados, cuya importancia no era percibida por los profesionales de salud y por lo tanto se volvían competitivas con la oferta de cuidados de salud. Esta situación ha dado lugar a experiencias negativas y falta de respeto en los servicios, fallas en la comunicación, a la insatisfacción, a la baja adherencia a los tratamientos, a la desconfianza en la relación con los profesionales, entre otros problemas. Destacamos que algunos de los problemas identificados no son específicos para esta población.

La cuestión moral fundamental es la falta de consideración de la perspectiva de los sujetos indígenas en su modo de llevar la vida y el proceso terapéutico. No considerar en este caso significa no saber o respetar y esto expresa la persistencia de la perspectiva etnocéntrica, que aboga que el indígena todavía necesita ser protegido de sí mismo.

En las situaciones discutidas entre profesionales de la salud con los usuarios indígenas quedaron evidentes los enfrentamientos entre diferentes *habitus* y el establecimiento de una relación entre extraños morales. Por otra parte, se observa que las condiciones y características del encuentro entre profesionales de salud y usuarios indígenas impiden la formación de comunidades de argumentación para resolver los desacuerdos.

Tenemos que prestar más atención a las percepciones, expresiones y valores de cada usuario indígena y que sean más flexibles sus prácticas frente a cada contexto. La valoración de la familia durante el cuidado y la toma de decisión, el uso de intérpretes durante el proceso, el reconocimiento y el respeto de los conocimientos y prácticas tradicionales de salud parecen fundamentales para consolidar la relación entre los profesionales de salud y los indígenas en los servicios de salud.

Artículo producido en el ámbito del Proyecto Salud y Condiciones de Vida de los Pueblos Indígenas de la Amazonía, Programa de Apoyo a los Núcleos de Excelencia - Pronex/Fapeam/CNPq, Pliego 003/2009.

Referencias

1. Nelson W, Pomerantz A, Howard K, Bushy A. A proposed rural healthcare ethics agenda. *J Med Ethics*. 2007;33:36-9.
2. Garvey G, Towney P, McPhee JR, Little M, Kerridge IH. Is there an aboriginal bioethic? *J Med Ethics*. 2004;30:570-5.

3. Ellerby JH, McKenzie J, McKay S, Gariépy GJ, Kaufert JM. Bioethics for clinicians: 18. Aboriginal Cultures. *CMAJ*. 2000;163(7):845-50.
4. Turner L. Bioethics in a multicultural world: medicine and morality in pluralistic settings. *Health Care Anal*. 2003;11(2):99-117.
5. Garnelo L. Bioethics and indigenous worlds: where do we situate ourselves? *Cad Saúde Pública*. 2010;26(5):853-78.
6. Betancourt JR, Green AR, Carrollo JE, Ananeh-Firempong O. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep*. 2003;118:293-302.
7. Wexler L. Behavioral health services "Don't work for us": cultural incongruities in human service systems for Alaska native communities. *Am J Community Psychol*. 2011;47:157-69.
8. Coimbra CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):125-32.
9. Aspin C, Brown N, Jowsey T, Yen L, Leeder S. Strategic approaches to enhanced health service delivery for aboriginal and Torres Strait Islander people with chronic illness: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:143.
10. McMurray A. Culture-specific care for indigenous people: a primary health care perspective. *Contemp Nurse*. 2008;28:165-72.
11. Tookenay VF. Improving the health status of aboriginal people in Canada: new directions, new responsibilities. *Can Med Assoc J*. 1996;155(11):1581-683.
12. Bourdieu P. O senso prático. Petrópolis: Vozes; 2011.
13. Bourdieu P. Coisas ditas. São Paulo: Brasiliense; 2004.
14. Engelhardt HT. Fundamentos da bioética. São Paulo: Loyola; 1998.
15. Oliveira RC, Oliveira LRC. Ensaios antropológicos sobre moral e ética. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1996.
16. Bonnewitz P. Primeiras lições sobre a sociologia de P. Bourdieu. Petrópolis: Vozes; 2003.
17. Oliveira RC. O trabalho do antropólogo. Brasília: Paralelo 15/Editora Unesp; 2000.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde; 2002.
19. Feitosa SF, Garrafa V, Cornelli G, Carvalho SJ. Bioethics, culture and infanticide in brazilian indigenous communities: the Zuruahá case. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(5):853-78.
20. Lorenzo CFG. Is an interethnic ethic possible? Reflections on indigenous infanticide. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(5):853-78.
21. Schramm FR. The morality of infanticide at the crossroads between moral pluralism and human rights culture. Reflections on indigenous infanticide. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(5):871-3.
22. Segato RL. Leaving behind cultural relativism to endorse historical pluralism. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(5):875-6.
23. Lidório R. Uma visão antropológica sobre a prática do infanticídio indígena no Brasil. *Ultimato* [Internet]. 2007 (acesso jun. 2012);(309). Disponível: <http://www.ultimato.com.br/revista/artigos/309/uma-visao-antropologica-sobre-a-pratica-do-infanticidio-indigena-no-brasil>
24. Adinolfi VT. Enfrentando o infanticídio: bioética, direitos humanos e qualidade de vida das crianças indígenas. Rede Mãos Dadas. [Internet]. 2012 (acesso jun. 2012). Disponível: http://xa.yimg.com/kq/groups/20451959/578391691/name/enfrentando_infanticidio.pdf
25. Coimbra CEA, Santos RV. Ética e pesquisa biomédica em sociedades indígenas no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1996;12(3):417-22.
26. Flick U. Desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
27. Chizzotti A. Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
28. Cicourel A. Teoria e método em pesquisa de campo. In: Guimarães AZ, organizadora. Desvendando máscaras sociais. 2ª ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora; 1980. p. 87-121.
29. Foote-White W. Treinando a observação participante. In: Guimarães AZ, organizadora. Op cit. 1980. p 77-86.
30. Instituto Socioambiental. Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro. Mapa-livro povos indígenas do Rio Negro: uma introdução à diversidade socioambiental do noroeste da Amazônia brasileira. São Gabriel da Cachoeira/São Paulo: ISA/Foirn; 2006.
31. Garnelo L. Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
32. Garnelo L, Wright R. Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(2):273-84.
33. Garnelo L, Buchillet D. Taxonomias das doenças entre os índios Baniwa (Arawak) e Desana (Tukano Oriental) do alto Rio Negro (Brasil). *Horiz Antropol*. 2006;12(26):231-60.
34. Menéndez E. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista Antropología Social*. 2005;14:33-69.
35. Stamp G, Miller D, Coleman H, Milera A, Taylor J. 'They get a bit funny about going': transfer issues for rural and remote Australian aboriginal people. *Rural Remote Health*. 2006;6(536):1-8.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

37. Silva CD. Cotidiano, saúde e política: uma etnografia dos profissionais de saúde indígena. [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.
38. Garnelo L. Mito, história e representação social de doença sexualmente transmissível entre os Baniwa, noroeste amazônico. In: Nascimento DR, Carvalho DM, Marques RC, organizadores. Uma história brasileira das doenças. Rio de Janeiro: Mauad; 2006. p. 24-36.
39. Lorenzo CFG. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde. Rev. bioét. (Impr.). 2011;19(2):335.
40. Bruno PRA. Saberes na saúde indígena: estudo sobre processos políticos e pedagógicos relativos à formação de agentes de saúde Tikuna no Alto Solimões (AM), Brasil. [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 2008.
41. Langdon EJ, Diehl EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. Saúde Soc. 2007;16(2):19-36.
42. Langdon JE, Diehl EE, Wiik FB, Dias-Scopel RP. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006;22(12):2.637-46.
43. Hanssen I. From human ability to ethical principle: an intercultural perspective on autonomy. Med Health Care Philos. 2004;7:269-79.
44. Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. Bioética para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
45. Menéndez E. Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones. Cuadernos de la Casa Chata 179. México: Ciesas; 1990.
46. Barroso LR. Legitimidade da recusa de transfusão de sangue por testemunhas de Jeová: dignidade humana, liberdade religiosa e escolhas existenciais. In: Azevedo AV, Ligiera WR. Direitos do paciente. São Paulo: Saraiva; 2012. p. 343-82.
47. Coimbra C, Garnelo L. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: Monteiro S, Sansone L, organizadores. Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 153-74.
48. Seeger A, DaMatta R, Viveiros de Castro EB. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. Boletim do Museu Nacional (Antropologia). 1979;32:2-19.
49. Novo MP. Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu. Brasília: Paralelo; 2010.
50. Kelly JA. State healthcare and Yanomami transformation: a symmetrical anthropology. Tucson: The University of Arizona Press; 2011.

Participación de los autores

Ana Lucia de Moura Pontes ha recogido los datos, analizado y elaborado el trabajo para el doctorado en Salud Pública (Ensp/Fiocruz); Luiza Garnelo es la coorientadora del estudio, y ha participado del análisis de los datos y redacción final del artículo; Sergio Rego ha orientado el estudio, y ha participado del análisis de los datos y redacción final del artículo.

