

## Uma aproximação entre bioética e interculturalidade em saúde a partir da diversidade

Convergence between bioethics and cross-culturality in health from the perspective of diversity

Marcia Mocellin Raymundo<sup>1</sup>

Revista HCPA. 2011;31(4):491-496

<sup>1</sup>Serviço de Bioética, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Contato:

Marcia Mocellin Raymundo  
mraymundo@hcpa.ufrgs.br  
Porto Alegre, RS, Brasil

### Resumo

A diversidade do mundo em que vivemos desafia constantemente a bioética em seu labor como mediadora na resolução de problemas ou conflitos, sobretudo na área da saúde. Esta diversidade não se apresenta somente com relação aos aspectos étnicos dos indivíduos que buscam atenção em saúde, mas envolve também questões de gênero, de religiosidade e crenças, de condições socioeconômicas e culturais, entre tantos outros aspectos que configuram as características particulares de cada pessoa ou coletividade. Por sua vez, a partir da consideração da diversidade é que se configura a interculturalidade em saúde, ou seja, a complementaridade entre diferentes visões sobre uma mesma questão de saúde que se estabelece a partir do diálogo e do intercâmbio. Trata-se da coexistência de distintas cosmovisões de maneira complementar, sem preconceitos ou imposição de uma sobre outra. A bioética e a interculturalidade em saúde possuem pontos convergentes e comuns, pois, a bioética tem sua origem precisamente da necessidade de contemplar diferentes possibilidades e distintas racionalidades frente a uma série de conflitos que envolvem também questões de saúde. A conexão entre a bioética e a interculturalidade é uma possibilidade que pode contribuir para a solução de alguns desafios frente à diversidade que se apresenta no que concerne o processo de atenção em saúde.

*Palavras-chave:* interculturalidade; diversidade; bioética

### Abstract

The diversity of the world in which we live constantly challenges the role of bioethics as a mediator in the solution of problems and conflicts, especially in the field of health. Such diversity is related not only to the ethnical backgrounds of the individuals who seek health care, but also to issues of gender, religion and beliefs, socioeconomic and cultural conditions, among several other aspects that comprise the particular characteristics of each subject or a group of subjects. From a different perspective, the diversity of a population is what determines its cross-culturality in health, i.e., the way different visions about the same health issue complement one another, based on dialog and information exchange. Moreover, it is what determines the complementary coexistence of diverse cosmovisions, without prejudices or the imposition of one cosmovision over the other. Bioethics and cross-culturality in health have converging and common aspects, once bioethics originates precisely from the need to deal with different possibilities and diverse rationalities in response to a series of conflicts that also involve health issues. Therefore, the convergence between bioethics and cross-culturality can possibly contribute to the solution of some challenges related to the diversity that characterizes the health care process.

*Keywords:* cross-culturality; diversity; bioethics

A diversidade do mundo em que vivemos desafia constantemente a bioética em seu labor como mediadora na resolução de problemas ou conflitos, sobretudo na área da saúde, sendo um elemento comum a todas as sociedades. E, justamente em torno da diversidade se constroem éticas de vida, ou seja, acordos de organização social que são indispensáveis a toda sociedade para organizar sua própria existência, levando-nos a concluir que sem diversidade não há sociedade (1). Importante lembrar que a diversidade em questões de saúde não se apresenta somente com relação aos aspectos étnicos dos indivíduos, mas envolve também questões de gênero, de religiosidade e crenças, de

condições socioeconômicas e culturais, entre tantos outros aspectos que configuram as características particulares a cada pessoa ou coletividade. Todos estes aspectos acabam por influenciar, de alguma maneira, a relação profissional de saúde-paciente, sendo que esta influência não possui um único sentido, mas se trata de uma influência que pode ser exercida por qualquer uma das partes, e, ainda, com distintos graus de intensidade. Sem dúvida, as relações se constroem a partir de todos estes aspectos, contudo, frequentemente existe uma maior influência da visão do profissional sobre a do paciente, fundamentada principalmente nas relações assimétricas de poder, onde

o conhecimento do profissional (saber institucional, científico) é considerado como o único verdadeiramente válido. Por sua vez, a partir da consideração da diversidade é que se configura a interculturalidade em saúde, ou seja, a complementaridade entre diferentes visões sobre uma mesma questão de saúde que se estabelece a partir do diálogo e do intercâmbio.

O conceito de interculturalidade vem aparecendo com mais intensidade na área acadêmica nos últimos 15 anos, sobretudo nas áreas de educação e saúde, embora apareça também nas áreas de política e economia, entre outras. A interculturalidade tem sua origem no campo da Antropologia e refere-se a um processo permanente de relação, comunicação, entendimento e aprendizagem entre pessoas ou grupos sociais com conhecimentos e tradições distintas. Trata-se de um processo orientado a construir e propiciar o respeito mútuo e um desenvolvimento pleno das capacidades dos indivíduos e grupos, em que pese suas diferenças bioculturais e sociais, com vistas à articulação das diferenças. A interculturalidade refere-se ainda à interação entre culturas de maneira respeitosa, favorecendo a integração e a convivência entre culturas, onde nenhum grupo está subjugado a outro<sup>1</sup>.

Historicamente, a interculturalidade em saúde começa a ser estudada na América Latina com maior profundidade na segunda metade do século XX, a partir das questões de saúde indígena. Corroborando esta ideia a clássica publicação sobre o tema, chamada *Programas de Salud en la Situación Intercultural* (2), escrita pelo médico e antropólogo mexicano Dom Gonzalo Aguirre Beltrán, cujo enfoque é a saúde de populações indígenas do México. Para o autor, a saúde intercultural se estabelece a partir das questões indígenas, e envolve a complementaridade entre os sistemas de saúde institucional (medicina científica) e tradicional (medicina cultural), que tem como objetivo comum prevenir as doenças e melhorar a saúde em zonas de refúgio indígena (3). Contudo - ainda que de grande importância no campo da saúde indígena - a interculturalidade não se refere exclusivamente a culturas indígenas ou povos originários, se refere também à diversidade nos mais distintos âmbitos que podem estar envolvidos em um determinado processo de intercâmbio. Portanto, a interculturalidade em saúde consiste em um processo que compreende a

complementaridade equânime e respeitosa de visões institucionais e tradicionais sobre os aspectos sociais, políticos, econômicos e, sobretudo culturais que afetam à saúde. Trata-se da coexistência de distintas cosmovisões de maneira complementar, sem preconceitos ou imposição de uma sobre outra. Outros autores, como Lerín-Piñón, propõem que a saúde intercultural pode ser interpretada de distintas maneiras, e a interculturalidade deve ser entendida como um processo, dado que envolve as inter-relações equitativas e respeitosas das diferenças econômicas e sociais, e, sobretudo, das culturais, onde a saúde e a enfermidade, a morte e o acidente ocupam um lugar preponderante (4).

A consideração da diversidade se encontra na própria raiz da bioética preconizada por Van Rensselaer Potter, uma vez que evoca em seus enunciados tanto a interdisciplinaridade quanto a interculturalidade (5). Contudo, seguimos necessitando propostas bioéticas que considerem e reconheçam a pluralidade de racionalidades que oferecem elementos de reflexão ética (6), pois, uma teoria ética em particular não dá conta de toda a diversidade e a pluralidade de racionalidades existentes. É justamente em razão da diversidade que a bioética deve contemplar a pluralidade de racionalidades, conjugando os saberes de maneira complementar, sem favorecimentos e sem imposição de fundamentações particulares de uma cultura sobre outra. Motivo também pelo qual o frequente reducionismo da bioética a uma só teoria, como a Teoria Principlista<sup>2</sup>, por exemplo, se vê insuficiente quando aplicada a contextos distintos das sociedades ocidentais anglo-saxônicas, apenas para citar um exemplo. Além disso, a bioética tem um essencial caráter interdisciplinar e diverso, que conjuga as ciências sociais, biológicas e humanas. Por todas estas razões se busca também que a bioética seja laica, ou seja, além de não partir de dogmas de fé metafísicos, teológicos ou religiosos, a bioética tem um caráter controverso em suas questões e uma pluralidade essencial que a configuram como necessariamente laica (7). Ou seja, a bioética como uma disciplina, ou interdisciplina, tem a tarefa de promover a intermediação e conjugar os pontos comuns entre as diferenças, razão pela qual não pode ter uma visão restrita sobre os conflitos, tampouco possuir associações dogmáticas. Isto não significa que a bioética deva ser neutra, pois ela própria se baseia em valores, mas deve

<sup>1</sup> O termo cultura foi proposto em 1871 por Edward B. Tylor, que a definiu como “aquele todo complexo que inclui o conhecimento, as crenças, a arte, a moral, a lei, os costumes e todos os outros hábitos e aptidões adquiridos pelo homem como membro da sociedade”. Desde então, outras definições e proposições para o conceito de cultura foram apresentadas, bem como inúmeras teorias sobre sua origem e como opera a cultura nas sociedades. Ver Laraia R B. *Cultura – um conceito antropológico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

<sup>2</sup> A Teoria Principlista compreende a proposta teórica de Tom Beauchamp e James Childress, publicada pela primeira vez em 1979, no livro *Princípios da Ética Biomédica*, e posteriormente revisada nas edições seguintes. Esta teoria sugere que os princípios morais autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça podem ser utilizados como ferramentas para a mediação dos conflitos morais existentes no campo da saúde/doença.

ser imparcial na busca por soluções para os conflitos a ela submetidos para mediação. Neste sentido, uma ferramenta ou instrumento social que pode auxiliar a bioética é a laicidade, uma vez que esta visa o respeito e a equidade de tratamento para todas as pessoas, e, sobretudo, a garantia da liberdade de consciência de cada um, incluindo aspectos de religião, crenças, etnia, orientação sexual, gênero, posição ideológica, entre outros, sem imposição de nenhum tipo de crença ao outro. Além disso, visa também que o Estado atue e decida independentemente de qualquer influência religiosa. Sendo assim, a contribuição da laicidade à bioética aponta no sentido de fomentar o respeito pela diferença, a não discriminação e a garantia da liberdade de consciência de cada um, visando à convivência harmônica e pacífica de todas as culturas, respeitando a diversidade da sociedade em que se vive.

### **Interculturalidade e sua aplicação no processo de atenção em saúde**

O processo saúde/doença resulta da interação de inúmeros fatores que levam a um desequilíbrio físico e/ou psicológico da pessoa. Estes diversos fatores incluem uma variedade de aspectos socio-econômico-culturais, que inclusive, podem caracterizar a maneira através da qual a pessoa adoecerá, pois, como bem aponta Eduardo Menéndez, o corpo, os vícios ou as doenças e suas metáforas são construções socioculturais (8). Ou seja, não existe uma única maneira de adoecer, pois, em que pese existir aspectos biológicos comuns, a percepção da doença, as reações a ela e suas repercussões são particulares a cada grupo social, e, ainda, dentro de cada grupo social também se apresentam características individuais de cada membro deste grupo, levando a uma diferença entre o “adoecer” e a “experiência da doença”. Enquanto a doença se refere a uma anormalidade na estrutura e funcionamento dos órgãos e sistemas, a experiência da doença se refere à percepção da pessoa e a experiências não limitadas à doença (9). No campo da Antropologia Médica, diversos autores se ocupam do estudo destes processos que configuram as percepções com relação ao processo de adoecimento (10-14). A doença pode ser a mesma, mas a maneira de enfrentá-la é particular a cada um, e, os diversos aspectos da individualidade e do pertencimento de cada pessoa influenciarão o processo de experiência da doença. Ou seja, origem étnica, religiosidade, crenças, gênero, orientação sexual, condições socioeconômicas, constituem alguns exemplos de fatores que contribuem na caracterização individual da experiência da doença. Em suma, a experiência da doença é um produto social, cujos processos corporais sofrem a influência dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais.

Saunders, citado por Aguirre Beltrán, afirma que as práticas médicas e sanitárias compreendem muito mais que a simples aplicação de conhecimentos e procedimentos

derivados das ciências biológicas e físicas aos problemas de equilíbrio do organismo humano. Tais práticas estão inevitavelmente enlaçadas e interconectadas com partes de um sistema mais amplo de práticas que tem implicações e relações com todos os aspectos da vida organizada de um grupo. A medicina é um complexo institucional maior composto pela inextricável correlação entre um conjunto de práticas, crenças, valores, rituais, símbolos, ideologias, normas e elementos não racionais (3). Sendo assim, quando diferentes visões sobre um mesmo tema referente a questões de saúde se encontram e dialogam, se estabelece uma situação de interculturalidade em saúde, bem como se estabelece um espaço de reflexão bioética. Ambos espaços apresentam características que requerem estratégias de negociação interdisciplinares, dialogadas, equitativas, laicas e co-participes. Por sua vez, a interculturalidade em saúde pressupõe interação, diálogo, e, a existência de uma conexão equitativa entre os interlocutores. No momento em que existe imposição de uma visão sobre outra se rompe a interação e compromete a interculturalidade. De fato, não são as diferenças que maculam o processo de intercâmbio, mas a imposição de uma visão sobre outra. E, ainda, devemos considerar que também intraculturalmente existem diferenças e diferentes, não necessariamente necessitamos estar entre culturas muito distintas para que situações de diversidade se interponham na relação profissional-paciente. Diferentes gêneros, crenças e religiosidades, ainda que em indivíduos que compartilham uma mesma cultura se constituem algumas vezes em obstáculos para o processo de atenção em saúde, vide as questões que envolvem temas polêmicos, como aborto, homoparentalidade, entre outras.

Partindo-se da premissa de que a interculturalidade se estabelece a partir das inter-relações, podemos inferir que a própria interculturalidade atua também como uma ética, em seu sentido de relação com o outro, a partir da diversidade. Sendo assim, a diversidade é pedra angular tanto para a bioética como para a interculturalidade em saúde. Além disso, a diversidade não se apresenta apenas na maneira de adoecer, mas também na maneira de curar ou aliviar alguma situação de desequilíbrio relativo ao corpo. Importante lembrar que mesmo antes da chamada medicina galênica-hipocrática já eram conhecidos métodos de alívio e cura nas mais distintas culturas, tanto orientais como ocidentais, sendo que a medicina tem sua origem em práticas mágicas e sacerdotais (15). Contudo, foi a partir do avanço da medicina galênica-hipocrática e a paulatina construção desta como única válida e cientificamente reconhecida que se estabeleceu o modelo médico hegemônico. Menéndez sugere que o desenvolvimento do que se conhece como medicina científica gerou o modelo médico hegemônico, ou seja, aquele identificado como o único capaz de atender à doença. Este modelo hegemônico compreende um conjunto de práticas, saberes e teorias que subordinou o conjunto de práticas e saberes anteriormente

dominantes nas diferentes sociedades (16).

Desta forma, outros saberes relativos ao processo saúde-doença até então reconhecidos e utilizados sócio-culturalmente passam a ser cada vez mais marginalizados e desvalorizados dentro do leque de modalidades de atenção em saúde. As diversas técnicas existentes para o alívio e a cura tanto podem ser baseadas em saberes populares e culturalmente transmitidos, quanto em técnicas desenvolvidas cientificamente. A existência de distintas maneiras de diagnosticar, aliviar e curar nada mais significa que existem diversas alternativas ou diversos caminhos de atenção em saúde. Entretanto, existe uma clara discriminação por parte do modelo hegemônico para com os métodos chamados “complementares” (uso paralelo à medicina galênica-hipocrática) ou “alternativos” (uso em substituição à medicina galênica-hipocrática). Paradoxalmente, este mesmo modelo já considera e até mesmo utiliza alguns destes métodos complementares ou alternativos. O anterior pode ser exemplificado a partir da recente incorporação da acupuntura e da yoga no âmbito da medicina científica, inclusive em destacadas instituições de saúde ocidentais, tais como MD Anderson Cancer Center, Massachusetts General Hospital, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Clínica Mayo, apenas para citar alguns exemplos.

### **Bioética e interculturalidade em saúde**

As considerações anteriores permitem inferir que a bioética e a interculturalidade em saúde possuem pontos convergentes e comuns, pois, a bioética tem sua origem precisamente da necessidade de contemplar diferentes possibilidades e distintas racionalidades frente a uma série de conflitos que envolvem também questões de saúde. Portanto, a mediação de conflitos em bioética requer - além de contemplar a diversidade - que haja diálogo, atuação interdisciplinar, respeito à laicidade e à equidade, estabelecimento de negociações e acordos, e, estímulo à co-participação. Sem dúvida, estes pontos são os mesmos demandados frente a toda e qualquer situação em que estão presentes aspectos de interculturalidade em saúde. Portanto, existe uma intersecção entre a bioética e a interculturalidade em saúde, onde, além de compartilhar os já citados pontos em comum, é gerado um espaço constante de possível intercâmbio cujo principal objetivo é buscar a integração de distintas visões sobre um determinado conflito de maneira integrada e harmoniosa. Em várias ocasiões a bioética também se vê envolta por este modelo hegemônico de uma medicina ocidental galênica-hipocrática, apresentada como a única “certa” ou a única capaz de promover o alívio e a cura.

Outro ponto em comum que congregam a bioética e a interculturalidade em saúde é o fato de ambas transitarem por espaços inter/intra-disciplinares. O espaço inter/intra-disciplinar se configura, sobretudo

a partir do diálogo entre os distintos atores envolvidos no processo, onde se expressarão as diferentes visões culturais, étnicas, sociais, políticas, econômicas, científicas, entre outras. Sem dúvida, o ponto álgido nesta questão é o diálogo e o conseqüente intercâmbio que dele resulta. Se anteriormente dizíamos que sem diversidade não há sociedade, também podemos dizer que sem diálogo não há intercâmbio, ainda que o diálogo possa se dar através de diferentes maneiras, utilizando ferramentas diversas. Vale ressaltar que muitas vezes o diálogo se estabelece sob tensões, ou seja, não significa que diálogo seja sinônimo de acordo tácito ou pacífico, uma vez que justamente pela existência de diferentes visões sobre um mesmo tema é que se estabelecem as diferenças. Contudo, é a partir do intercâmbio e do diálogo - sob distintos graus de tensão - que se encontrarão os pontos em comum a ser compartilhados, bem como os pontos que não são comuns, porém, que serão respeitados entre as diferentes visões. Além do intercâmbio, outro componente não menos importante para o diálogo é a participação equitativa. Sem participação equilibrada de todas as partes envolvidas não é possível que se estabeleça um diálogo profícuo. A necessidade de diálogo é tão visível quanto a necessidade de reconhecimento da diversidade sempre existente, porém muitas vezes negada. Contudo, apenas reconhecer não é o suficiente, é necessário promover o intercâmbio, e uma das formas desta promoção é justamente através do diálogo.

Por sua vez qualquer mediação em bioética ou interculturalidade em saúde deve respeitar e levar em consideração - além da universalidade - as características singulares de cada paciente. Para tanto, cabe esclarecer como se situam estas distintas categorias filosóficas para o estudo dos fenômenos em bioética. O singular é inerente ao individual. Uma determinada sociedade, por exemplo, se constitui a partir de um conjunto de vários indivíduos, porém, a cada um destes indivíduos corresponde sua própria singularidade. Ainda que vários indivíduos compartilhem uma mesma religião, crença, ideologia, entre outros, ou até sofram de uma mesma doença, alguns aspectos serão únicos a cada pessoa. Nesse sentido, a doença pode ser a mesma para inúmeros pacientes, porém a maneira de adoecer, de perceber os sintomas, de expressar e sentir dor, será específica a cada cultura, a cada grupo social, e ainda, pode ser singular a cada indivíduo, conforme já discutido anteriormente sobre a experiência da doença.

A doença seria o que tem em comum os diferentes indivíduos (universal), porém cada enfermo é único (singular). A importância e a utilidade destas categorias na prática em saúde se identifica nos aspectos diagnósticos do processo de atenção, onde se manifestam a variabilidade na frequência dos sintomas nos pacientes, ainda na presença de uma mesma entidade nosológica e que determina portanto, a diversidade de formas clínicas

que pode adotar um mesmo processo patológico. Assim, cada fenômeno, além dos aspectos individuais que o diferencia, possui aspectos comuns, gerais, que o assemelha a outros fenômenos. Se os aspectos individuais distinguem a um fenômeno dado dos demais, o universal os aproxima, os vincula entre si. As categorias do singular e do universal expressam a unidade dialética entre o comum (o universal) e o diverso (o singular) no objeto (17). Cabe também ressaltar a reflexão de Maria do Céu Patrão Neves a cerca das bioéticas e sua aplicabilidade no que seria o individual e o universal, quando afirma que a bioética é a “voz”, por excelência, do cuidado e da atenção de cunho humanista frente aos progressos biotecnológicos, cujos efeitos afetam tanto ao ser humano, individual e socialmente considerado, como aos demais seres e habitat. Segundo a autora, esta “voz”, em sua “linguagem”, soa diferente em diferentes comunidades culturais, em distantes regiões geográficas, ecoa com um distinto sotaque, ou até mesmo um segundo dialeto local. É uma mesma língua que se fala de uma maneira distinta (18).

Portanto, a interdisciplinariedade, promovendo o diálogo entre as distintas partes envolvidas, juntamente com o aporte dos direitos humanos à bioética, que fundamenta e defende tanto os direitos individuais quanto os coletivos, e, a laicidade, como ferramenta que visa garantir a liberdade de consciência e a não imposição sobre os demais, constituem as bases fundamentais de uma bioética capaz de justificar as práticas interculturais em saúde, ou seja, a complementariedade de saberes e conhecimentos, garantindo liberdades individuais sem dano aos processos coletivos. Neste sentido, os direitos humanos colaboraram inclusive no incremento da participação das pessoas nos processos de decisão no campo da saúde. Por sua vez, a bioética encontra nos direitos humanos os fundamentos que remontam ao seu caráter universal, e também à sua força jurídica. Tealdi (19) afirma que os direitos humanos são a moral maior de nosso tempo, pelo grau de universalidade que alcançaram. E, além de expressar uma moral que atravessa distintas crenças políticas e religiosas, os direitos humanos têm força jurídica, razão pela qual a bioética deve embasar sua reflexão a partir desta moral universal juridicamente reconhecida. Contudo, cabe lembrar que a consideração da saúde como um direito humano resultou de um longo processo histórico-político, construído com significativo esforço. O direito à saúde está presente em vários instrumentos de direito nacionais e internacionais. No Brasil, tanto a Constituição Federal de 1988, quanto a Lei 8.080/90 apontam a saúde como um direito de todo cidadão, e, a própria Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que o gozo do grau máximo de saúde que se pode alcançar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de origem, religião, ideologia,

política ou condição econômica ou social. Esta afirmação fundamenta e justifica a não discriminação no âmbito da atenção em saúde, bem como estimula a consideração da diversidade.

Por fim, promover o diálogo entre a racionalidade e a subjetividade entre culturas nas questões de saúde é uma tarefa para a qual o binômio bioética-interculturalidade em saúde está habilitado, e ainda, de maneira mais consistente se tomamos em conta a Bioética Intercultural, que de acordo com Maria de Jesús Buxó i Rey, não somente cobre um espaço de reflexão e ação investigadora, mas também o amplo território da intermediação e tradução transcultural com o fim de conectar diferentes sistemas de conhecimento e realidades sociais, e estabelecer comunidades de co-participação (20).

### Considerações finais

O tema de discussão proposto neste artigo apresenta real importância em razão da cada vez maior diversificação cultural das sociedades, que acabará por influenciar também os aspectos relativos ao processo saúde/doença dos indivíduos. Neste sentido, é pertinente a reflexão sobre a existência e a legitimidade de outras concepções culturais e valores que não apenas aqueles afetos à medicina científica.

As reflexões apresentadas nos permitem inferir que existe um ponto em comum entre a interculturalidade e a ética, que é justamente a relação com os outros, sendo que para este fim consideramos ética como a busca da fundamentação teórica para encontrar a melhor maneira de viver e conviver. Em alguma medida, interculturalidade e ética são o resultado das inter-relações que se configuram a partir da convivência e do intercâmbio recíproco, o que nos permite dizer que a interculturalidade poderia ser conceituada também como uma “ética das inter-relações”, sobretudo entre pessoas de diferentes culturas (21). Cabe enfatizar que entendemos a interculturalidade em saúde como o intercâmbio de diferentes aspectos culturais, sociais, políticos, religiosos e de crenças, de gênero, enfim, das diferentes liberdades de consciência no âmbito do processo saúde-atenção. E, é justamente a incorporação destes diferentes aspectos que tem gerado a necessidade de buscar novas ferramentas para que passemos do pensamento unicultural para o intercultural (22).

Entendemos que esta mudança de pensamento não se dará sem uma mudança de postura, ou seja, é necessário que o processo de atenção à saúde considere a diversidade, partindo do princípio que a interculturalidade tem a característica de constituir-se também em uma postura ética, ou seja, uma maneira de relacionar-se com o outro de maneira dialogada,

equitativa e co-participe. Portanto, a própria bioética deve estar atenta aos seus processos para que não se torne também um espaço dogmático e hegemônico, mas, um verdadeiro espaço de consideração da diversidade e de promoção de diálogo e intercâmbio embasada na interdisciplinaridade. Por fim, a conexão entre a bioética e a interculturalidade em saúde é uma possibilidade que pode contribuir para a solução de alguns desafios frente à diversidade que se apresenta no que concerne o processo de atenção em saúde. Uma alternativa concreta para a sensibilização dos profissionais de saúde para a questão

da interculturalidade é a abordagem desta problemática através do papel educativo da bioética, sobretudo quando abordadas questões relativas ao tema relação profissional-paciente.

### Agradecimentos

Aos professores Adriana Ruiz Llano, Alfredo Paulo Maya, Carlos Viesca Treviño, Daniel Gutiérrez Martínez e Roberto Campos Navarro, pelas valiosas discussões sobre interculturalidade em saúde.

### Referências

- Gutiérrez-Martínez D. Panorámica de los fenómenos ambientales y el desarrollo en la perspectiva de la diversidad. In: Calixto-Flores R, García-Ruiz M, Gutiérrez-Martínez D, coordinadores. Educación e investigación ambientales y sustentabilidad: entornos cercanos para desarrollos por venir. México, DF: Universidad Pedagógica Nacional, El Colegio Mexiquense a.c.; 2011. Pp.27-34.
- Aguirre-Beltrán G. Programas de Salud en la Situación Intercultural. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1994.
- Aguirre-Beltrán G. Antropología Médica. México, D.F., Fondo de Cultura Económica; 1996.
- Lerín Piñón S. Antropología y Salud Intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*. 2006;(16):111-25.
- Potter VR. Palestra IV Congreso Mundial de Bioética. *O Mundo da Saúde*. 1998; 22(6):370-4.
- Viesca-Treviño C. Bioética, Conceptos y Métodos. In: González-Valenzuela J, coordinadora. *Perspectivas de Bioética*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2008. Pp 53-89.
- González-Valenzuela J. ¿Que ética para la bioética? In: González-Valenzuela J, coordinadora. *Perspectivas de Bioética*. México, D.F., Fondo de Cultura Económica; 2008. Pp 9-50.
- Menéndez E. La parte negada de la cultura: relativismo, diferencias y racismo. Barcelona: Bellaterra; 2002. p 29.
- Vargas LA. Una mirada antropológica a la enfermedad y el padecer. *Gaceta Médica de México*. 1991;127(1):3-6.
- Kleinman A. *Patients and Healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press; 1980.
- Good Byron J. *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Rochester: Cambridge University Press; 1994.
- Young A. *The Anthropologies of Illness and Sickness*. *Annual Review of Anthropology*. 1982;11:257-85.
- Singer M, Baer H. *Critical Medical Anthropology*. Amityville: Baywood Publishing Company Inc.; 1995.
- Sheper-Hughes N, Lock MM. *Speaking truth to illness: Metaphors, reification and pedagogy for patients*. *Medical Anthropology*. 1986;15:137-40.
- Margotta R. *História Ilustrada da Medicina*. São Paulo: Manole; 1998.
- Menéndez E. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Ponencia realizada en Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, Abril-Mayo 1988. Pp 451-464.
- Corona-Martínez LA, Fonseca-Hernández M, Lo universal, lo particular y lo singular más allá del diagnóstico médico. A propósito de la utilización de guías de buenas prácticas clínicas en la toma de decisiones terapéuticas. *Educ Med Super*. 2006;20(2).
- Patrão Neves MC. Bioética e Bioéticas. In: Patrão Neves, MC e Lima M, coordinadoras. *Bioética ou Bioéticas na evolução das sociedades*. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2005. Pp 286.
- Tealdi JC. Boletín Trimestral de la Red Iberoamericana de las Libertades Laicas, Zinacantepec, México, Año 4, n.15, julio-septiembre 2008; Tealdi JC, *Bioética de los Derechos Humanos*. *Investigaciones Biomédicas y dignidad Humana*, México D.F., Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, 2008.
- Buxó i Rey MJ. *Antropología cultural y Bioética*. In: Casado M, compiladora. *Nuevos materiales de Bioética Y Derecho*. México D.F.: Fontamara; 2007. Pp 29-45.
- Paulo-Maya A, Raymundo MM. ¿La interculturalidad en salud, involucra la participación de los pueblo indígenas?. Ponencia presentada en el VII Coloquio Internacional de Antropología y Literatura José María Arguedas. Huancayo, Perú: agosto de 2011.
- Madariaga C. *Interculturalidad, salud y derechos humanos: hacia un cambio epistemológico*. CINTRAS. <http://www.cintras.org/textos/reflexion/r36/interculturalidad.pdf>. Acceso en 13/11/2011.

Recebido: 24/11/2011

Aceito: 29/12/2011