

## A diversidade dos sistemas de cura e suas implicações para o cuidado de enfermagem

## The diversity of healing systems and their implications for nursing care

Lucas Pereira de Melo<sup>1</sup>, Fabio Scorsolini-Comin<sup>2</sup>

### Resumo

---

O objetivo deste estudo é compreender a diversidade dos sistemas de cura e suas relações com o cuidado de enfermagem. Trata-se de um estudo teórico, narrativo, que recorre à literatura nas áreas de antropologia e enfermagem transcultural na construção de um itinerário argumentativo em torno de como a enfermagem pode se posicionar diante dos variados sistemas de cura existentes e operantes na contemporaneidade. As noções de saúde e de doença são abordadas como realidades bioculturais que compõem sistemas de cura com os quais a enfermagem lida em sua prática cotidiana. Destaca-se a necessidade de considerar o caráter intersubjetivo e social da cura, assinalando as relações entre indivíduo e sociedade como fundamentais nesse processo, o que atravessa o modo como são construídas e legitimadas as práticas de saúde que visam à cura e ao processo de cuidar. A dicotomia do curar/tratar *versus* o cuidar deve ter como referência esses diferentes sistemas, priorizando uma noção de cultura que integre a produção de respostas profissionais para situações que envolvem corpo, saúde e doença na luta da vida cotidiana. Tais reflexões visam a instrumentalizar as enfermeiras para o desenvolvimento de competências profissionais que considerem e aprofundem os aspectos socioantropológicos relacionados ao processo saúde-doença-cuidado.

**Palavras-chave:** Cuidados de enfermagem; Enfermagem transcultural; Antropologia médica; Cultura popular; Diversidade cultural.

### Abstract

---

The aim of this study is to understand the diversity of healing systems and their relationships with nursing care. A theoretical and narrative study that uses the literature in the areas of anthropology and transcultural nursing in the construction of an argumentative itinerary around how nursing can position itself in the face of the varied systems of healing existing and operative in the contemporary world. The notions of health and disease are approached as biocultural realities that compose healing systems with which nursing deals in its daily practice. It is necessary to consider the intersubjective

---

<sup>1</sup> Doutor em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, São Paulo, Brasil. Professor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *E-mail:* lpmelo@usp.br

<sup>2</sup> Doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, São Paulo, Brasil. Professor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *E-mail:* fabio.scorsolini@usp.br

and social character of the cure, pointing out the relations between individual and society as essential in this process, which crosses the way in which the health practices aimed at healing and the caring process are constructed and legitimized. The dichotomy of curing/treating versus caring should be based on these different systems, prioritizing a culture notion that integrates the production of professional responses to situations involving body, health and disease in the struggle of everyday life. These reflections aim to instrumentalize nurses for the development of professional competences that consider socio-anthropological aspects related to the health-disease-care process.

**Keywords:** Nursing care; Transcultural nursing; Medical anthropology; Popular culture; Cultural diversity.

## Introdução

A partir do século XVIII o modelo anatomopatológico da biomedicina se colocou como a forma hegemônica de enfrentamento das doenças, das incapacidades e da morte nas sociedades ocidentais modernas (FOUCAULT, 2013). Nesse modelo, a saúde e a doença são reduzidas às suas dimensões biológica e psicológica organicista. Ademais, no bojo desse projeto hegemônico, as formas de identificar, classificar e tratar as doenças são de exclusividade de um conjunto de agentes de cura técnica e legalmente legitimados pelo Estado e pela sociedade (CAMPOS, 2009).

Diante desse panorama, fortemente assentado nos valores e tendências do modo de produção capitalista, a antropologia (e demais ciências sociais e humanas) tem produzido um corpo de conhecimentos que visa a tensionar e relativizar o modelo anatomopatológico da biomedicina moderna (SARTI, 2010a). Com isso, tem apontado para o fato de serem a saúde e a doença realidades bioculturais, uma vez que articulam o plano orgânico e o cultural como elementos indissociáveis na construção social das representações e das experiências das pessoas que as vivenciam (CAMPOS, 2009). Sendo assim, a saúde e a doença deixam de ser apenas condições clínicas com características biológicas ou psicológicas definidas, passando a considerar os aspectos relacionados à sua produção social e a seus significados culturais.

Além disso, a antropologia tem evidenciado os modos próprios como cada sociedade, em contextos históricos, políticos, econômicos e culturais

específicos, produzem arranjos tecnológicos e saberes de diversas racionalidades para lidar com aquilo que é socialmente considerado um “problema de saúde” (LANGDON, 2001). Sobretudo em sociedades complexas, marcadas pela urbanização e industrialização, há uma variedade de opções terapêuticas disponíveis. Nesses contextos, os indivíduos escolhem ou combinam as opções de tratamento e cura que lhes são disponibilizadas, a depender, também, da sua posição na estrutura social e outros marcadores sociais da diferença, como gênero, classe social, raça, etnia, geração, sexualidade e outros (HELMAN, 2009a; KLEINMAN, 1980).

Para esses autores, nas sociedades complexas coexistem, portanto, uma diversidade de sistemas de cura, o que caracteriza um pluralismo de formas de cuidado à saúde. Sendo assim, a antropologia tem contribuído na medida em que revela como as práticas de cuidado e de cura estão diretamente relacionadas com os modos de vida, de produção e de reprodução social dentro de um contexto cultural (SARTI, 2010b). Essas questões têm ganhado relevo na prática clínica da enfermeira, na medida em que se reconhece a profunda imbricação entre cultura e cuidado – tema já bastante problematizado na literatura de enfermagem nacional e internacional (ANTONINI *et al.*, 2014; LEININGER, 1991; MELO, 2016; MONTICELLI, 1994). A relação entre cultura e cuidado é uma das preocupações centrais da enfermagem transcultural, um subcampo da enfermagem criado pela enfermeira e antropóloga estadunidense Madeleine Leininger (1925-2012). A enfermagem

transcultural pode ser definida como uma área de estudo e de prática, influenciada na corrente culturalista da antropologia norte-americana, interessada na comparação entre práticas de cuidado, de saúde e de doença de indivíduos e grupos, cujo foco é destacar as diferenças e similaridades entre práticas, crenças e valores culturais com o objetivo de produzir cuidados de enfermagem culturalmente congruentes às necessidades de pessoas de diferentes culturas (LEININGER, 1996).

Nesse sentido, o presente artigo acrescenta à literatura disponível uma discussão que busca problematizar a cultura não apenas como uma categoria em si que se manifesta por meio de representações e de práticas de cuidado tidas como exóticas. Pelo contrário, deflagra-se a cultura como uma matriz de sentidos no interior da qual os indivíduos interpretam o mundo físico e social à sua volta, produzem significados e orientam seus saberes, práticas e experiências em um determinado contexto (LANGDON; WIIK, 2010), por meio dos quais pessoas concretas e “em situação” integram variadas significações, intenções, sujeitos (elas próprias, familiares, amigos, companheiros e agentes de cura) e racionalidades na produção de sentidos, de práticas, de itinerários, enfim, de “saídas” para situações que envolvem corpo, saúde e doença na luta da vida cotidiana.

O objetivo desta reflexão é compreender a diversidade dos sistemas de cura e suas relações com o cuidado de enfermagem. Trata-se de um estudo teórico, do tipo narrativo, que recorre à literatura especializada na construção de um itinerário argumentativo em torno de como a enfermagem pode se posicionar diante dos variados sistemas de cura existentes e operantes na contemporaneidade. Para apresentar tais sistemas, optamos, inicialmente, por esclarecer as noções de saúde e de doença como realidades bioculturais. Posteriormente, aproximamos tais sistemas da prática da enfermeira, discutindo e problematizando aspectos importantes presentes na atuação dessa profissional, constantemente confrontada pela dicotomia do curar/tratar *versus* o cuidar.

## Saúde, doença e cura como realidades bioculturais

Os conceitos de saúde e doença nos estudos antropológicos reconhecem que as noções de normalidade e bem-estar são construídas em contextos sociais, culturais e históricos particulares. Nesse sentido, estar adoecido ou “estar bem de saúde” são noções que trasbordam de significações (LAPLANTINE, 2010). Por isso, é importante compreender que toda sociedade opta por uma determinada ideia de normalidade, o que a autoriza a considerar o que é normal e o que é patológico, o que é saúde e o que é doença, bem como os comportamentos esperados e as estratégias a serem adotadas em situações de saúde debilitada (HELMAN, 2009b). Nas tradições inglesa e norte-americana da antropologia médica há, desde os anos 1960, uma discussão teórica em torno dos termos *sickness*, *disease* e *illness* que visa a dar conta da complexidade semântica que envolve as dimensões simbólicas presentes nas taxonomias populares e biomédicas existentes na língua inglesa (BROWN *et al.*, 1998; HELMAN, 2009b; KLEINMAN, 1988; YOUNG, 1976).

De acordo com estas tradições, o termo *sickness* (mal-estar) inclui toda alteração do estado de saúde que seja indesejada ou fora do que é considerado normal, incluindo as dimensões física, social e psicológica. Mais especificamente, *sickness* se refere às complexas interações e negociações entre o biológico e o cultural ao longo do processo (BROWN *et al.*, 1998; LANGDON, 2009). *Disease* (doença) se refere às alterações e anormalidades de estruturas e funções de órgãos e sistemas corporais. Trata-se de um fenômeno clínico, abstrato e universal definido em termos fisiopatológicos (BROWN *et al.*, 1998; HELMAN, 2009b). Em contrapartida, *illness* (enfermidade) compreende a experiência humana diante do fato de não estar bem e as maneiras como a pessoa enferma e sua rede social percebem, vivem com e respondem aos sintomas e sinais. Nesta última perspectiva, ela constitui a interpretação e o julgamento sobre

a matéria bruta das impressões sensíveis produzidas pelo corpo, ou seja, ela não é um fato, mas uma significação atribuída/construída pelo sujeito (ALVES, 1993).

Cumprir destacar que apesar dessa distinção analítica, essas categorias “não são entidades separadas, mas conceitos ou modelos explicativos que, em certa medida, se sobrepõem” (HELMAN, 2009b, p. 119). Assim, tais modelos coexistem, embora representem lógicas distintas e também apontem para práticas profissionais diversas decorrentes dessas orientações e inteligibilidades sobre a doença e o adoecer. Os objetivos dessas discussões consideravam as “diferenças de perspectivas das pessoas envolvidas em eventos de saúde debilitada, particularmente as dos médicos e as de seus pacientes” (LANGDON, 2009, p. 114). Nesse sentido, compreender tais diferenças possibilitaria uma melhor comunicação entre esses atores, melhor adesão às terapêuticas prescritas e maior satisfação com a consulta.

Apesar disso, tais distinções têm sido criticadas por não romperem com a hegemonia do modelo biomédico, por não reconhecerem as assimetrias de poder presentes no encontro clínico e por ratificarem a primazia do biológico, sendo os aspectos socioculturais secundarizados. No contexto brasileiro, formulou-se no final dos anos 1980 uma proposta alternativa a essas categorias norte-americanas: perturbação físico-moral (DUARTE, 1986). Esta última categoria coloca a ordem social como primeira, em relação à ordem biológica (também modelada socialmente), como forma de compreender as aflições físicas em diferentes grupos sociais (LANGDON, 2009).

Nessa perspectiva, a saúde e a doença são compreendidas como realidades bioculturais, na medida em que integram os planos cultural, relacional e orgânico. Tal compreensão nos permite pensar essas noções de maneira mais alargada que no modelo biomédico. Contudo, ao problematizar o modelo biomédico com seus saberes, práticas, instituições, recursos tecnológicos e agentes não estamos buscando sua aniquilação ou substituição.

Pelo contrário, o que buscamos é ampliá-lo e torná-lo mais sensível à diversidade cultural em saúde e dos sujeitos.

A consideração da saúde e da doença como realidades bioculturais implica também reconhecer esses fenômenos como podendo ser: algo que se integra à vida cotidiana, ao *self* da pessoa e, consequentemente, à produção de sua identidade, como nos casos de pessoas que nascem com condições congênitas; algo que irrompe na vida da pessoa em um determinado momento de seu ciclo vital e com a qual se passará a viver até um desfecho (cura, incapacidade ou morte), por exemplo um câncer, uma infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2); e algo que emerge subitamente e tem um ciclo definido (início-meio-fim), como nos casos de resfriado comum, gripe e sinusite.

Dessa maneira, a antropologia tem enriquecido, renovado e ampliado a literatura sobre saúde e doença ao descrever e explicar os seguintes aspectos: as variadas maneiras como esses fenômenos são identificados, concebidos e denominados por diversos grupos sociais, incluindo aí as visões populares e eruditas; as formas próprias como “ter saúde” e “estar doente” incidem e transformam a vida cotidiana e os projetos de vida; as diferentes explicações causais para as situações de adoecimento e de sofrimento, geralmente alargando as compreensões biomédicas; a diversidade e a complexidade das classificações dos adoecimentos, seus sinais e sintomas, seus cursos no tempo e suas implicações no fluxo da vida; e a miríade de possibilidades terapêuticas, de recursos, de instituições e de agentes de cura e cuidado disponíveis nas diversas sociedades ou grupos sociais.

Em todos esses estudos, há uma preocupação com a elucidação das relações entre sociedade, indivíduo e cultura que o “estar saudável” e o “estar doente” podem suscitar. O que esses aspectos nos deixam entrever é a diversidade de formas de identificar, classificar, tratar e curar implicada nas questões de saúde e doença. Sendo assim, falar sobre cura como realidade construída social e

culturalmente significa explorar a perspectiva de atores na análise do processo terapêutico e dar conta de práticas que envolvem planos, intenções e orientações múltiplas (RABELO, 1994).

A diversidade dos sistemas de cura faz referência, nesse sentido, às práticas, às intenções e às orientações presentes em cada cultura, o que também se alinha às noções de saúde e doença presentes no espaço discursivo de cada sociedade. Canguilhem (2012) destaca, por exemplo, o quanto para o modelo biomédico a normalidade se constrói a partir de parâmetros estatísticos. Para cada parâmetro há uma medida, uma faixa numérica, uma média que estabelece o normal (dentro da média) e o patológico (acima ou abaixo da média). Assim, a cura é vista como o pleno restabelecimento das condições de saúde de um indivíduo, ou seja, o retorno ao estado anterior ao da doença. O processo de cura, nessa concepção, consistiria em subtrair o agente causador da doença, eliminando-o ou inativando-o (CANGUILHEM, 2012).

Porém, quando consideramos as abordagens alinhadas a um paradigma de saúde que incorpora, de fato, seu caráter cultural e social, emerge uma noção de cura substancialmente diferente da anterior. Assim, a cura consiste não no retorno ao estado inicial, anterior à doença, mas na inserção da pessoa adoecida em um novo contexto de experiência (CSORDAS, 2008). Nessa perspectiva, abre-se espaço para se pensar não apenas em uma cura que se dirige e se aloca no corpo, mas sim uma experiência mais ampla e complexa, motivo pelo qual o autor trabalha com a ideia de corporeidade, de corporificação (*embodiment*), de corpo-vivido, retomando a influência do filósofo Maurice Merleau-Ponty. O corpo-vivido, fenomenológico, preñado de significados, comporta uma lógica que destaca a cura também em seu aspecto de acontecimento, de movimento, de um ir e vir que não pode ser enquadrado em concepções estanques e em protocolos que cristalizam as experiências do adoecer.

Além disso, devemos ressaltar que na medida em que a enfermidade (*illness*) é um evento social, os processos de identificação, classificação,

tratamento e cura passam, necessariamente, por processos de legitimação social: primeiro, pela própria pessoa enferma; segundo, por sua rede social mais próxima; e, por último, pelo grupo social mais amplo no qual está inserida (trabalho, escola, grupo religioso, amigos, etc.) (HELMAN, 2009b). Um exemplo clássico na antropologia vem de evidências etnográficas sobre a eficácia simbólica da magia do xamã (LÉVI-STRAUSS, 1996).

Para Lévi-Strauss (1996), a eficácia simbólica do ato terapêutico do xamã se devia a três elementos: (a) à crença do feiticeiro na efetividade de suas técnicas; (b) à crença do doente no poder do feiticeiro; (c) à fé e à expectativa do grupo que age como campo gravitacional entre o feiticeiro e o doente. A partir desse exemplo, a cura só seria operada mediante a realização dessas três condições relacionais. Este é um caso que ilustra o caráter intersubjetivo e social da cura ao destacar as relações entre indivíduo e sociedade como fundamentais nesse processo. Essas reflexões também têm sido revisitadas na contemporaneidade a partir de suas aplicações em diferentes contextos, por exemplo, dos estudos em comunidades religiosas de matrizes africanas (SCORSOLINI-COMIN, 2022; SILVA; SCORSOLINI-COMIN, 2020).

Em outra monografia clássica da antropologia foram analisados rituais de cura da medicina *Ndembu* que permitiam afirmar que tais cerimônias buscavam reparar as rupturas sociais, reafirmar os valores ameaçados e arbitrar as tensões sociais (TURNER, 2005). Nesse contexto etnográfico, a cura ocorreria em diversos níveis e a saúde seria restaurada não somente na pessoa acometida, mas também na sociedade na qual ela vivia. Assim, ao resolver os conflitos que estavam causando a doença também se restauravam cisões do grupo, por exemplo. Tratava-se, portanto, de uma perspectiva totalizante, uma vez que buscava apreender os múltiplos planos (biológico, econômico, jurídico, histórico, religioso, estético...) que compunham um dado fenômeno (fato social total), pensando de que modo as coletividades atravessavam o desenvolvimento do indivíduo (MAUSS, 2003).

Diante disso, para uma compreensão da cura há que se abordar não apenas as diversas expressões sociais do sofrimento, mas também o modo como as sociedades delimitam tais expressões. Se considerarmos a religião, podemos perceber que a doença é compreendida como uma desordem pessoal, social e cósmica, em uma concepção que toma a totalidade da pessoa. A intervenção religiosa, nesse sentido, tem como função (re)organizar os estados confusos e desordenados em um todo coerente, o que muitas vezes não ocorre nos tratamentos biomédicos, nos quais ainda predominam uma visão de sujeito fragmentado e recortado de seu contexto social e biográfico.

Dessa forma, assim como as noções de saúde, de doença e de cura não podem ser isoladas dentro de uma lógica puramente biológica, tampouco podem ser reduzidas a seus aspectos culturais (SILVA; SCORSOLINI-COMIN, 2020). O desafio, portanto, parece ser o de buscar uma leitura integradora e crítica desses múltiplos aspectos, uma vez que a proposta é avançar e não retroceder – o que certamente ocorreria com a negação das potencialidades do modelo biomédico.

Na prática profissional da enfermeira, esta se vê continuamente confrontada com situações em que biologia e cultura se integram e produzem saberes, sensações e práticas para as quais, nem sempre, as evidências científicas da biomedicina oferecem respostas ou propostas de ação. Por isso, há a necessidade de desenvolver competências profissionais que deem conta da coexistência de saberes, de sensações, de práticas, de instituições e de agentes de cura em um dado território.

### **A diversidade dos sistemas de cura e o cuidado de enfermagem**

Os sistemas de atenção à saúde, em uma sociedade urbano-industrial, podem ser subdivididos em dois tipos: os sistemas culturais de saúde e os sistemas sociais de saúde (LANGDON; WIIK, 2010). Os primeiros seriam sistemas etnomédicos, na medida em que apresentam saberes, práticas,

agentes de cura e instituições não reconhecidas e legitimadas pelos sistemas sociais, principalmente o oficial – um exemplo seria a pajelança cabocla na Amazônia. Nos segundos, observa-se um conjunto de saberes, práticas, agentes e instituições de cura legitimados pelo Estado e socialmente, embora incluía agentes de cura tradicionais, como curandeiros e benzedeiros – podemos citar como exemplos o Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, e o *National Health Service* (NHS), na Inglaterra.

Para dar conta dessa diversidade, nos anos 1970 foi proposta uma sistematização dos sistemas de atenção à saúde que identificou e caracterizou três setores complementares, coexistentes, cujos liames são atravessados por relações de poder e de interesses múltiplos em disputa, fazendo com que haja aproximações, distanciamentos, sobreposições, hibridizações entre eles. Trata-se dos setores informal, popular e profissional (HELMAN, 2009a; KLEINMAN, 1980):

- *Setor informal*: envolve, em geral, o âmbito das relações familiares e de amizade, ou conhecidos mais próximos. Logo, trata-se de pessoas que, em alguma medida, compartilham um mesmo universo sociocultural, ou semelhante. Aqui se destacam os cuidadores leigos, notadamente as mulheres (mães, avós, vizinhas, etc.), cujo conhecimento que operam é construído a partir de suas experiências pessoais, de conhecimentos obtidos em literaturas não científicas, na mídia e, mais recentemente, na internet. Sublinha-se, ainda, que os movimentos sociais de pessoas vivendo com determinadas condições clínicas e os grupos de ajuda mútua também se inserem neste setor e são fontes importantes de produção e compartilhamento de saberes e experiências. Por compreenderem a saúde e a doença com base em um paradigma holístico, suas terapêuticas envolvem práticas tradicionais (ervas, banhos, chás) e/ou convencionais sem orientação de agentes de cura oficiais (automedicação, em geral).

- *Setor popular*: costuma estar associado a espaços marcados pela tradição ou religiosos, mas também em estabelecimentos comerciais, como feiras e lojas. Seus agentes de cura possuem treinamento e especialização dentro de seus campos de atuação e incluem xamãs, erveiros, pais de santo, pastores, rezadeiras, benzedeadas, etc. Esses agentes são selecionados e treinados a partir de variados critérios: herança, posição dentro da família, revelação espiritual, aprendizado com pessoas mais velhas, entre outros processos. Os saberes e práticas socializados por esses agentes não são legalizados/reconhecidos pelo Estado e, geralmente, são transmitidos pela tradição oral. O paradigma que os orienta também é holístico e a terapêutica prescrita e praticada envolve práticas tradicionais (chás, rezas, unguentos, banhos, orações, relaxamentos, etc.) orientadas por um agente de cura especializado. Como exemplo desse sistema podemos citar os rituais desenvolvidos em terreiros de umbanda, por exemplo, destinados a uma assistência à comunidade que recorre a esse equipamento popular de cuidado (SILVA; SCORSOLINI-COMIN, 2020).
- *Setor profissional*: trata-se do sistema de saúde oficial. Ele é composto por agentes de cura (ditos profissionais) e serviços de saúde legitimados pelo Estado, do ponto de vista técnico e legal. Por isso, estão autorizados para atuar nesses serviços de saúde. Incluem enfermeiras, médicos, psicólogos, nutricionistas, etc. O conhecimento que fundamenta suas práticas é de base científica (ocidental, moderna, cartesiana). Esses agentes de cura prescrevem e executam terapêuticas biomédicas (medicamentos, cirurgias, dietas, etc.) orientadas pelo conhecimento científico especializado, ainda centrado no médico, no hospital e na tecnologia biomédica disponível.

Diante dessa variedade de agentes de cura, saberes, práticas, instituições, terapêuticas e paradigmas, o conceito de itinerário terapêutico (IT) nos ajuda a compreender as formas como as pessoas que experienciam algum adoecimento ou sofrimento produzem trajetórias, escolhas entre os agentes de cura e projetos de ação que articulam formas de tratamento disponíveis e adesão (ou não) a um esquema terapêutico específico (ALVES; SOUZA, 1999; ALVES, 2016).

Os estudos sobre os IT no Brasil estiveram vinculados, inicialmente, ao campo das ciências sociais em saúde. Atualmente, este referencial tem sido empregado em outras áreas, com destaque, nos últimos cinco anos, para a área de política, planejamento e gestão em saúde – um subcampo da Saúde Coletiva. Nesse sentido, a importância da compreensão do IT de uma pessoa consiste na possibilidade de perceber os modos próprios e criativos como os sujeitos produzem formas de interconectar os diversos saberes e recursos terapêuticos existentes, não apenas o seu acesso ao sistema oficial de saúde. Portanto, deve-se abordar o IT como as escolhas e ações do indivíduo em busca de tratamento ou alívio, dentro de um contexto social, político, sanitário e cultural dado (ALVES; SOUZA, 1999).

No que tange ao cuidado de enfermagem coproduzido entre a enfermeira e o usuário do serviço de saúde (indivíduo, grupo, família, comunidade) em um contexto marcado pela diversidade de sistemas de cura, é de fundamental importância o conhecimento das variadas formas de cuidado em saúde, bem como os IT desses usuários. Considerar esses aspectos pode contribuir para que o cuidado seja congruente com as necessidades culturalmente determinadas dessas pessoas. Nesse sentido, as contribuições teóricas e metodológicas de Madeleine Leininger são importantes, pois a mesma “traduziu” e sistematizou conceitos antropológicos para a prática de enfermagem por meio de uma vasta obra e de forte engajamento político (LEININGER, 1991; 1970; 1978; MELO, 2010).

Cumpramos ressaltar, de antemão, que a teoria desta autora apresenta uma datação e um contexto

histórico específicos (MELO, 2010). Em que pesem algumas críticas à sua obra (elencadas adiante), suas proposições teóricas e metodológicas continuam sendo atualizadas e renovadas por diversos autores ao redor do mundo que se vincularam ao campo de estudos inaugurado por Leininger. No sentido barthiano, esse fato demonstra que a teorista não apenas escreveu textos (o que seria próprio dos escritores), ela produziu uma obra que cumpriu (e ainda cumpre) uma função, o que faz dela uma autora (BARTHES, 1979). Portanto, o estudo e a utilização de sua obra requerem interlocução com autores mais contemporâneos e, notadamente, contextualização para a realidade brasileira.

A partir de uma perspectiva teórica que reconhecia que as diferentes necessidades de cuidado das pessoas deviam-se às suas origens culturais, Leininger se interessou pela antropologia, especialmente pela Escola Culturalista norte-americana representada por Margareth Mead e Ruth Benedict (as quais exerceram forte influência na obra de Leininger). Tal interesse ocorreu em um contexto social marcado pela migração, pelo projeto da *National League for Nursing* e do programa do governo estadunidense que estimulava o doutoramento das enfermeiras e a produção de Teorias de Enfermagem (MELO, 2010).

Após a conclusão de seu doutorado em antropologia, em 1965, na *University of Washington*, Leininger criou o subcampo da enfermagem denominado “enfermagem transcultural” que se caracteriza, como definido anteriormente, pelo estudo dos aspectos que são diversos e dos que são universais entre os grupos culturais e como eles influenciam as necessidades e as práticas de cuidado (LEININGER, 1978). Além disso, a autora fundou, em 1974, a *Transcultural Nursing Society* e o *Journal of Transcultural Nursing* (MELO, 2010). Leininger arquitetou, assim, um contexto disciplinar/científico e institucional propício à produção de suas pesquisas e ao ensino, o que culminou com a publicação, em 1991, da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (LEININGER, 1991).

Ou seja, ela construiu uma teoria que pode instrumentalizar a enfermeira para uma atuação profissional em um contexto de diversidade de sistemas de cura.

Para os objetivos deste texto, pinçaremos apenas alguns conceitos dessa teoria e nos deteremos, especificamente, em alguns elementos do Modelo do Sol Nascente (*Sunrise Model*) (LEININGER, 1991). De acordo com a autora, este modelo não sintetiza a sua teoria, mas esquematiza graficamente um conjunto de conceitos e relações cujo objetivo último deve ser a produção do cuidado culturalmente congruente. Para ela, as expressões e os padrões de cuidado cultural serão influenciados pelas dimensões da estrutura social e cultural (fatores: educacionais, econômicos, políticos, culturais, filosóficos, etc.) e representam os modos culturalmente construídos das pessoas lidarem com a manutenção da saúde e o enfrentamento dos infortúnios, deficiências ou morte, em diferentes contextos (LEININGER, 1997).

O conceito de cuidado cultural refere-se aos valores, crenças e estilos de vida aprendidos e transmitidos, objetiva e subjetivamente, que ajudam, oferecem suporte, facilitam, possibilitam ou permitem a indivíduos ou grupos manterem seu bem-estar e sua saúde, melhorar sua condição humana e estilos de vida e enfrentar a doença, a deficiência ou a morte. Tal conceito fundamenta-se no pressuposto de que cultura e cuidado são entes conceituais que estão intimamente relacionados e que o conhecimento desses elementos pode explicar, interpretar e predizer fenômenos relevantes para a enfermagem (LEININGER, 1991).

Nesse sentido, a maneira como um indivíduo desenvolve suas práticas de higiene corporal, prepara seu alimento, lava sua roupa, utiliza remédios (plantas medicinais ou medicamentos alopatícos), satisfaz suas necessidades de lazer e distração e trata de um ferimento são exemplos de padrões de cuidado cultural que irão diferir significativamente entre indivíduos, famílias, classes sociais, regiões geográficas em um mesmo país ou entre países, etc. (MELO, 2016).



Além disso, esses padrões de cuidado cultural se expressam em um contexto caracterizado pela coexistência de sistemas de cuidado leigo e profissional (a enfermeira, como profissional, pertenceria a este último) (LEININGER, 1991). Nesse sentido, para que se produza um cuidado de enfermagem congruente com a cultura do usuário, inserido nesse contexto de pluralismo e diversidade cultural, a enfermeira deve mediar os significados, os saberes e as práticas expressas pelo indivíduo (cuidado leigo) com seus significados, saberes e práticas científicas da enfermagem (cuidado profissional). Para tanto, ela deve lançar mão de modos de ação: 1) preservação/manutenção do cuidado cultural; 2) negociação do cuidado cultural; e 3) repadronização do cuidado cultural (LEININGER, 1991; 1978).

No primeiro, a enfermeira mantém e reforça o cuidado cultural quando ele é coerente com o estabelecido cientificamente, por exemplo: manter o aleitamento materno exclusivo (AME) para crianças de dois meses de idade. No segundo, ela negocia, sem fazer imposição cultural, respeitando os significados, os saberes e as práticas culturais para adequar o cuidado. Um exemplo é quando a mãe está fazendo aleitamento mais alimentação artificial para criança de dois meses porque acredita que o leite materno é fraco. Nesse caso, a enfermeira negocia (educação em saúde, genograma, ecomapa, escuta ativa, diálogo) para, se possível, voltar ao AME ou instituí-lo. No terceiro, a enfermeira, também usando negociação, repadroniza ou reestrutura um cuidado cultural que está inadequado, do ponto de vista científico, e, por isso, pode prejudicar a criança, para continuarmos com o exemplo acima. Tais ações são coerentes com diferentes contextos de prática – como hospitais, clínicas, serviços comunitários, e níveis de atenção à saúde.

Em todos os casos, a enfermeira deve se orientar pelo conhecimento da estrutura social e cultural na qual a família está inserida, uma vez que é nela que seus conhecimentos, práticas e atitudes relativas à saúde e à doença são produzidos, pelo conhecimento científico e, sobretudo, pelos princípios da beneficência e da não maleficência.

Esta seria uma forma possível de a enfermeira estabelecer uma relação terapêutica com o usuário de forma a considerar sua cultura e coproduzir um cuidado que seja congruente com seus significados, saberes e práticas culturais, em um contexto marcado pela diversidade de sistemas de cura.

É preciso destacar a importância de a enfermeira desenvolver, ao longo de sua formação profissional ou em serviço, competências culturais que lhe instrumentalize para esse tipo de atuação. A competência cultural pode ser definida como a habilidade dos profissionais de saúde de proporcionar um serviço legítimo, efetivo e respeitoso às pessoas, com base na compreensão de semelhanças e diferenças entre os diversos grupos culturais (CAI, 2016).

Para o desenvolvimento da competência cultural, a enfermeira deve buscar aprimorar continuamente as seguintes características: desenvolver a consciência de sua própria cultura, existência, sensações, pensamentos e meio ambiente, sem que eles gerem atitudes etnocêntricas; demonstrar conhecimento e compreensão da cultura da pessoa ou grupo foco do cuidado, especificamente sobre suas necessidades e significados de saúde e doença; aceitar e respeitar as diferenças culturais; assumir que as crenças e os valores do profissional de saúde não são os mesmos que os do usuário do serviço de saúde; evitar julgamentos e avaliações a partir das diferenças do outro; estar aberta a encontros culturais; estar confortável com encontros culturais; adaptar o cuidado para ser congruente com a cultura da pessoa foco do cuidado; construir planos de cuidado individualizados que começam com a realização de uma avaliação através de uma lente cultural (PURNELL, 2005).

É válido assinalar que, a despeito das contribuições de Leininger para se pensar as relações entre cuidado e cultura, há um conjunto de críticas à sua perspectiva teórica: 1) o enfoque em grupos étnicos específicos e minoritários (indianos, latino-americanos, afro-americanos, etc.); 2) a secundarização das relações de poder-saber assimétricas entre enfermeira e usuários; 3) perspectiva reificada

da cultura; 4) o conhecimento científico como orientador dos modos de ação; e 5) dificuldades para operacionalizar nos contextos de prática profissional (MELO, 2013). Tais críticas são relevantes e necessárias, sobretudo no debate contemporâneo que destaca uma pluralidade epistemológica que a hegemonia da ciência moderna-colonial buscou suplantar. Nesse caso, é fundamental reconhecer a própria artificialidade e o caráter etnocêntrico do conceito de cultura produzido em contextos coloniais e imperialistas, como um produto do olhar de antropólogos do Norte global para caracterizar um “outro” sempre distante, exótico, místico.

Dessarte, tais críticas à teoria de Leininger nos lembram que pesquisar a diversidade de práticas de cuidado, por exemplo, “nada tem a ver com colecionar exotismos num ‘jardim cultural’” (BRITES; MOTTA, 2017, p. 31). Estas autoras sublinham o quanto a prática antropológica (ou, acrescentamos, uma prática de enfermagem em diálogo com a antropologia) requer um eterno escrutínio de nosso próprio mundo, quando buscamos dar visibilidade ao outro. Em diálogo com Fonseca e Cardarello (1999), as autoras afirmam que seja por meio de uma exegese metodológica ou pelo exercício comparativo com outras etnografias e pesquisas, precisamos “ampliar as fronteiras das nossas próprias concepções, e reverter estereótipos que apresentam os ‘outros’ como fechados num mundo ‘tradicional’ ou, pior, ‘sem cultura’ – tuteláveis, marcados pela desordem, deformações morais ou psíquicas, miseráveis alienantes ou mesmo ‘menos humanos’” (BRITES; MOTTA, 2017, p. 31). Não restam dúvidas de que teorias e formulações conceituais, como algumas citadas aqui, precisam ser balizadas no interior desse debate.

### Considerações finais

Esta reflexão objetivou compreender a diversidade dos sistemas de cura e suas relações com o cuidado de enfermagem. As perspectivas teóricas da antropologia e da enfermagem transcultural possibilitaram a reflexão crítica sobre evidências já

elencadas na literatura especializada. Além disso, permitiram ampliar e aprofundar questões relativas à saúde, à doença e à cura e suas implicações para uma prática profissional da enfermeira pautada no reconhecimento das diferenças culturais, das necessidades de saúde e cuidado e na relevância do desenvolvimento e aperfeiçoamento permanente da competência cultural em saúde.

Esses aspectos são relevantes, na medida em que o reconhecimento dessa diversidade de sistemas de cura no campo da enfermagem tende a se dar por meio de categorias abstratas e jargões do linguajar profissional, tais como: “ver o indivíduo como um todo”, “o cuidado de enfermagem deve ser holístico e integral”, “essa prática (ou comportamento) é cultural”, etc. No entanto, pouco se problematizam essas categorias (indivíduo, todo/totalidade, holístico, integral, cultural) que permanecem representadas por meio de uma noção de indivíduo indiferenciada, sem vinculação de classe social, de gênero, de etnia, de geração, de lugar de origem/moradia, de sexualidade e outros eixos de diferenciação social.

Além disso, a dimensão total, holística e integral desses indivíduos é colocada como sendo formada por “partes” homogêneas e universais reunidas, o que, na prática, se traduz em um indivíduo-padrão no e com o qual a enfermeira poderá aplicar seus conhecimentos científicos também universais e indiferenciados. Esse processo colabora com a dificuldade de efetivar o princípio da equidade no SUS, dentre outros aspectos.

Sendo assim, pensar sobre o “outro” desse encontro clínico é pensar que a cultura não é algo que está distante de nós (ou fora de nós), o que reclama a reflexão crítica sobre nossas próprias categorias, nossos mundos. Logo, a enfermeira não deve se preocupar com a cultura apenas quando estiver lidando com pessoas completamente diferentes dela ou quando estiver em lugares diferentes daquele onde ela vive. Na complexidade das sociedades contemporâneas, o “outro” pode ser uma pessoa de outra raça, etnia, região do país, bairro da cidade, classe social, religião, geração, etc.

Para finalizar, apontamos três desafios colocados às enfermeiras para produção do cuidado de enfermagem em sociedades complexas caracterizadas pelo pluralismo na assistência à saúde. A necessidade de conhecer e aprofundar os aspectos socioantropológicos relacionados ao processo saúde-doença-cuidado; a importância de conhecer e utilizar em sua prática profissional teorias de enfermagem que fundamentem e sistematizem seu fazer; e, a partir do conhecimento dos dois itens anteriores, o convite para forjar, de forma criativa e contextualizada, modos próprios para produzir um cuidado de enfermagem culturalmente congruente com as necessidades e o projeto de felicidade das pessoas.

## Referências

- ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, p. 263-271, 1993.
- ALVES, P. C. Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N. F.; SILVA JÚNIOR, A. G. (Orgs.). *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, IMS/UERJ, ABRASCO, 2016. p. 125-146.
- ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M. et al. (Orgs.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138.
- ANTONINI, F. O.; BOEHS, A. E.; LENARDT, M. H.; BUDÓ, M. L. D.; MONTICELLI, M. Enfermagem e cultura: características das teses e dissertações produzidas na pós-graduação da enfermagem brasileira. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 4, n. 1, p. 163-171, 2014.
- BARTHES, R. From work to text. In: HARARI, J. V. (Ed.). *Textual strategies: perspectives in post-structuralist criticism*. New York: Cornell University Press, 1979. p. 73-81.
- BRITES, J.; MOTTA, F. M. Introdução. In: BRITES, J.; MOTTA, F. M. (Orgs.). *Etnografia, o espírito da antropologia: tecendo linhagens, homenagem a Claudia Fonseca*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; Brasília: ABA Publicações, 2017. p. 16-34.
- BROWN, P. J.; BARRETT, R. L.; PADILLA, M. B. Medical anthropology: an introduction to the field. In: BROWN, P. J. (Ed.). *Understanding and applying medical anthropology* (p. 10-19). London: Mayfield, 1998. p. 10-19.
- CAI, D. Y. A concept analysis of cultural competence. *International Journal of Nursing Science*, v. 3, n. 3, p. 268-273, 2016.
- CAMPOS, E. A. Aspectos socioculturais e as práticas de cuidado em enfermagem. In: NAKAMURA, E.; MARTIN, D.; SANTOS, J. F. Q. (Orgs.). *Antropologia para enfermagem*. Barueri: Manole, 2009. p. 59-81.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.
- CSORDAS, T. *Corpo, significado e cura*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.
- DUARTE, L. F. D. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; Brasília: CNPq, 1986.
- FONSECA, C.; CARDARELLO, A. Direitos dos mais e menos humanos. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, n. 10, p. 83-122, 1999.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.
- HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009(a).
- HELMAN, C. G. Doença versus enfermidade na clínica geral. *Campos - Revista de Antropologia*, v. 10, n. 1, p. 119-128, 2009(b).
- KLEINMAN, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press, 1980.
- KLEINMAN, A. (Ed.). *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. Cambridge: Basic Book, 1988.

- LANGDON, E. A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. *Etnográfica*, v. 2, p. 241-260, 2001.
- LANGDON, E. Comentários sobre “Doença versus enfermidade na clínica geral”, de Cecil G. Helman. *Campos - Revista de Antropologia*, v. 10, n. 1, p. 113-117, 2009.
- LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicada às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 3, 9 t., 2010.
- LAPLANTINE, F. *Antropologia da doença*. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- LEININGER, M. M. *Nursing and anthropology: two worlds to blend*. New York: Wiley, 1970.
- LEININGER, M. M. *Transcultural nursing: concepts, theories, and practices*. New York: John Wiley & Sons, 1978.
- LEININGER, M. M. *Culture care diversity and universality: theory of nursing*. New York: National League for Nursing, 1991.
- LEININGER, M. M. *Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGraw-Hill, 1996.
- LEININGER, M. M. Overview of the theory of culture care with the ethn nursing research method. *Journal of Transcultural Nursing*, v. 8, n. 2, p. 32-52, 1997.
- LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.
- MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003.
- MELO, L. P. A contemporaneidade da Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger: uma perspectiva geo-histórica. *Ensaio & Ciência*, v. 14, n. 2, p. 21-32, 2010.
- MELO, L. P. Enfermagem e antropologia no Brasil: relações, dilemas e desafios. *Cultura de los Cuidados*, v. 17, n. 36, p. 66-76, 2013.
- MELO, L. P. Enfermagem como uma ciência humana centrada no cuidado. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 20, e979, 2016.
- MONTICELLI, M. O conceito de cultura e a prática da enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 15, n. 1-2, p. 20-25, 1994.
- PURNELL, L. The Purnell Model for cultural competence. *Journal of Multicultural Nursing and Health*, v. 11, n. 2, p. 7-15, 2005.
- RABELO, M. C. M. Ritual, religião e cura. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 47-56.
- SARTI, C. A. Saúde e sofrimento. In: MARTINS, C. B.; DUARTE, L. F. D. (Orgs.). *Horizontes das ciências sociais no Brasil: antropologia*. São Paulo: Anpocs/Barcarolla/Discurso Editorial, 2010(a). p. 197-223.
- SARTI, C. A. (2010b). Corpo e doença no trânsito de saberes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 25, n. 74, p. 77-90, 2010(b).
- SCORSOLINI-COMIN, F. The gypsy and the University. *GIS - Gesto, Imagem e Som - Revista de Antropologia*, v. 7, p. e181355, 2022.
- SILVA, L. M. F.; SCORSOLINI-COMIN, F. Na sala de espera do terreiro: uma investigação com adeptos da umbanda com queixas de adoecimento. *Saúde e Sociedade*, v. 29, n. 1, p. e190378, 2020.
- TURNER, V. *Floresta de símbolos: aspectos do ritual Ndembu*. Niterói: Editora da UFF, 2005.
- YOUNG, A. Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology. *American Anthropologist*, v. 78, n. 1, p. 5-24, 1976.

Recebido em: 12 mar. 2023

Aceito em: 19 jun. 2023