

Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas

Nurses' performance on indigenous and African-Brazilian health care practices
Actuación de los enfermeros en prácticas de cuidados afro descendientes e indígenas

Maria do Rosário de Araújo Lima¹, Maria Luísa de Almeida Nunes², Berta Lúcia Pinheiro Klüppel¹, Soraya Maria de Medeiros³, Lenilde Duarte de Sá¹

¹ Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões. João Pessoa-PB, Brasil.

² Universidade Federal de Campina Grande, Unidade Acadêmica de Enfermagem. Campina Grande-PB, Brasil.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Natal-RN, Brasil.

Como citar este artigo:

Lima MRA, Nunes MLA, Klüppel BLP, Medeiros SM, Sá LD. Nurses' performance on indigenous and African-Brazilian health care practices. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(5):788-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690504>

Submissão: 19-05-2015

Aprovação: 19-07-2016

RESUMO

Objetivo: analisar a atuação de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em relação às práticas de cuidados, cujas raízes têm origem nas culturas africana e indígena. **Método:** utilizou-se o método da História Oral Temática, em que se entrevistaram sete colaboradores atuantes na Atenção Básica de uma região do nordeste brasileiro. A análise foi fundamentada pela Teoria do Cuidado Cultural, de Leininger, concepção intercultural dos direitos humanos e outras. **Resultados:** os enfermeiros desconhecem o contexto histórico religioso dos grupos étnicos assistidos e desvalorizam suas práticas de autocuidado em territórios com predominância de culturas afro-indígenas. Essas práticas coexistem com o modelo biomédico, ainda hegemônico. **Conclusão:** faz-se necessário ampliar a discussão sobre competência cultural no âmbito da formação e exercício profissional, de modo a promover o trabalho de enfermagem na perspectiva da diversidade e da integralidade do cuidado em saúde.

Descritores: Enfermagem; Saúde Comunitária; Diversidade Cultural; Grupos Étnicos; Cuidado.

ABSTRACT

Objective: to analyze the performance of nurses from the *Estratégia Saúde da Família* (Family Health Strategy) on health care practices rooted in African and Indigenous cultures. **Methods:** Thematic Oral History was used and interviews were conducted with seven participants, who worked with Primary Health Care in Northeastern Brazil. The analysis was based on Leininger's Theory of Cultural Care and the intercultural concept of human rights, among others. **Results:** nurses are unaware of the religious and historical context of the ethnic groups cared for and do not appreciate their self-care practices in areas with a predominance of African and indigenous cultures. These practices coexist with the hegemonic biomedical model. **Conclusion:** the debate on cultural competence in the context of professional qualification and exercise is required, aiming to promote the nursing work in the perspective of diversity and comprehensiveness of health care.

Descriptors: Nursing; Community Health; Cultural Diversity; Ethnic Groups; Care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la actuación de enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia con relación a las prácticas de cuidados cuyas raíces se originan en las culturas africana e indígena. **Método:** Se utilizó el método de la Historia Oral Temática y se entrevistaron siete colaboradores actuantes en la Atención Básica de una región del noreste brasileiro. El análisis se fundamentó en la Teoría de los Cuidados Culturales de Leininger, concepción intercultural de los derechos humanos, y otras. **Resultado:** Los enfermeros desconocen el contexto histórico religioso de los grupos étnicos atendidos y desvalorizan sus prácticas de auto cuidado en territorios con predominancia de culturas afro-indígenas. Dichas prácticas coexisten con el modelo biomédico, aunque de manera hegemónica. **Consideraciones Finales:** Es necesario ampliar la discusión sobre la competencia cultural en el ámbito de la formación y el ejercicio profesional para promover el trabajo de enfermería según la perspectiva de la diversidad y de la integridad en el cuidado de la salud.

Descriptores: Enfermería; Salud Comunitaria; Diversidad Cultural; Grupos Étnicos; Cuidado.

AUTOR CORRESPONDENTE

Maria do Rosario de Araújo Lima

E-mail: rosarioaraujolima@gmail.com

INTRODUÇÃO

No município do Conde, na região Nordeste da Paraíba, Brasil, há grupos nativos de predominância afrodescendente e indígena. Existem 14.766 afrodescendentes, distribuídos sobretudo em áreas rurais: Mituaçu, Ipiranga e Gurugi⁽¹⁾. Essas comunidades foram formadas a partir de 250 famílias negras fugidas e algumas alforriadas de senzalas de Pernambuco, Sergipe e Alagoas, ainda no Brasil Império. Apenas em 2005 e 2006 foram reconhecidas como território quilombola e receberam o Certificado de Comunidade Quilombola pela Fundação Cultural Palmares, ligada ao Ministério da Cultura⁽²⁾.

Quanto ao grupo indígena nesse município, desde o século XVI, a história registra diversas lutas entre índios, brancos portugueses, franceses e holandeses, que guerreavam pela posse da costa nordestina. Desde 1585, as tribos tabajara e potiguar habitavam os territórios do Conde, Alhandra, Caporã e Pitimbu, situados entre o estado de Pernambuco e a capital da Paraíba, João Pessoa, área geograficamente conhecida como Litoral Sul⁽³⁾. Após desentendimento e divisão, os Potiguaras migraram para o Litoral Norte e se fixaram nos municípios de Bahia da Traição e Marcação. Entretanto, os Tabajaras permaneceram no Conde-PB.

Na rede de atenção à saúde do município do Conde, local do estudo, há 6.356 famílias cadastradas e acompanhadas por nove equipes de saúde da família, com 100% de cobertura de Atenção Básica à Saúde⁽⁴⁾. Essas famílias sobrevivem da pesca no mar, caça, agricultura de subsistência, coleta de frutos e de sua comercialização. Ainda como fontes de renda, vendem peças artesanais, alimentos e bebidas em palhoças nas praias locais e recebem benefícios do Bolsa Família e aposentadoria da Previdência Social.

A filiação religiosa dos condenses, conforme o Censo Demográfico de 2010 é constituída por católicos (68%), evangélicos de todas as denominações (22%), espíritas (2%) e 8% não professam religião⁽¹⁾. Dados mostram a diversidade religiosa, porém há intolerâncias que ameaçam o direito à liberdade de consciência e de crenças, asseguradas pela legislação brasileira. No universo de expressão plural de crenças da região, na linha evangélica destacam-se os neopentecostais com sessões voltadas à cura de enfermos, através de imposição das mãos sobre suas cabeças para abençoar ou expulsar espíritos do mal, e em êxtase, gritam, choram, dançam, pulam e rodopiam⁽³⁾.

Salienta-se que expressões similares são também vistas em rituais de cura no sistema religioso afro-brasileiro, sugerindo que práticas de antigas tradições se fundem e se revelam no diversificado cenário religioso contemporâneo. Percebe-se ainda uma estreita relação entre as práticas ritualizadas de cura de rezadeiras (benzedoras) católicas, autoridades católicas e evangélicas (padres e pastores), espíritas e adeptas de culto da jurema. Estas assemelham-se em parte com práticas terapêuticas integrativas complementares em saúde desenvolvidas pelos profissionais da ciência.

As práticas religiosas favorecem a saúde comunitária com valor positivo quanto à inclusão social e ao reconhecimento de expressões do sagrado na afirmação da vida. A data 21 de Janeiro foi estabelecida como o Dia Nacional de Combate à

Intolerância Religiosa, conforme a Lei Federal nº 11.635/2007⁽⁵⁾. No entanto, aliado a recursos normativos, faz-se necessário romper costumes seculares que manifestam preconceitos religiosos e raciais, ao demonizar certas formas de representação das crenças, sobretudo aquelas que produzem cuidados mediante o uso de símbolos religiosos e de rituais, a exemplo de banho de descarrego, imposição das mãos para expulsar maus espíritos, orações, benzeduras, louvores, passes religiosos, chás caseiros, garrafadas de raízes de plantas, emplastos e outros.

Na atualidade, as práticas de cuidado devem considerar a diversidade cultural como forma central, pois incorporam diferentes sentidos e significados. Entretanto, se observa intolerância e preconceito quando práticas de cuidado não oficiais são postas diante do mundo do saber considerado científico.

Secularmente, os afrodescendentes têm sido discriminados pela cor e excluídos socialmente, sobretudo a mulher negra. Esta, quanto à intersecção de gênero e classe, apresenta-se mais vulnerável a comprometer a identidade pessoal, imagem corporal e autoconceito, enfim, a saúde. A discriminação de práticas de origem nativas é visível e, comparadas às oficiais, as de cura nativas são desqualificadas. Os afrodescendentes, assim como outros grupos distintos no Brasil, necessitam de cuidados que abrangem também a dimensão subjetiva espiritual.

Em 2002, a espiritualidade se tornou uma diretriz conceitual da Organização Mundial de Saúde (OMS), onde os domínios de bem-estar físico, psicossocial e espiritual passaram a nortear a produção técnico-científica das áreas do conhecimento que compõem as ciências e, sobretudo, da saúde. Wanda de Aguiar Horta (1926-1981), enfermeira e filósofa, reconheceu a espiritualidade como uma necessidade humana básica desde a década de 1960, essencial para alcançar qualidade de vida a ser cuidada pelo enfermeiro no plano assistencial ao paciente⁽⁶⁾.

Portanto, cultivar as raízes da formação histórica evidentes na diversificação étnica do povo, crê-se ser o caminho mais seguro para garantir a afirmação da identidade, autonomia do sujeito e superação de tensão cultural. Considera-se que é dever respeitar valores culturais, sobretudo os religiosos, tendo em vista a pluralidade de expressões de crenças no vasto território brasileiro.

As práticas de autocuidados domésticos da tradição de grupos étnicos se constituem elementos indissociáveis das formas de vida, das cosmovisões e dos sistemas de valores e de significações das culturas locais⁽⁷⁾. Esses aspectos são consonantes com a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, pois adota a visão do ser humano contextualizada às suas condições demográficas, epidemiológicas, sociais, econômicas, políticas e culturais, com ações de saúde cada vez mais direcionadas e eficazes⁽⁸⁾.

Para os profissionais da saúde, exige-se além da competência técnica, a valorização da cultura, por considerar as diferenças expressas pelos modos de ser e agir da população usuária em relação à compreensão de seus valores, crenças e costumes no tocante à saúde. Assim, abre-se a possibilidade das práticas de cuidado, admitidas como científicas, se integrarem àquelas norteadas pelas cosmovisões que compõem o complexo existir humano.

Reconhecendo que, no município do Conde-PB, a tradição respalda práticas de cuidados e cura baseadas em crenças seculares,

afro-indígenas; considerando a manifestação de preconceito quanto às práticas de cuidado de saberes nativos; considerando a implantação de serviços de Saúde da Família há cerca de duas décadas, como expressão da medicina oficial; reconhecendo a mudança paradigmática do cuidado, que pressupõe reconhecer a singularidade do outro na perspectiva da diversidade como integrador de cultura de povos e que alimenta a cultura de paz; então se questiona: como os enfermeiros, na produção de cuidado na atenção básica à saúde lidam com o contexto da diversidade cultural dos grupos étnicos e suas raízes espirituais? Portanto, o estudo objetiva analisar a atuação de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em relação às práticas de cuidados cujas raízes têm origem nas culturas africana e indígena.

A relevância do estudo incide em (re)conhecer com mais consistência o universo das práticas de cuidado baseadas em saberes da cultura indígena e africana, pois se considera que esses grupos agregam conhecimentos necessários à ampliação do debate sobre o cuidado integral e a desconstrução de preconceitos em relação às práticas de autocuidados tradicionais manifestos, sobretudo por profissionais que atuam nos serviços da atenção básica à saúde.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CEP/CCS), da Universidade Federal da Paraíba-UFPB, sob o Protocolo nº 0010/12, como forma de garantir os aspectos éticos.

Referencial teórico-metodológico

A História Oral Temática, um dos tipos de História Oral, proposta por José Carlos Sebe Bom Meihy foi utilizada como aporte teórico-metodológico. A história oral temática parte de um assunto específico, e a objetividade é direta. As particularidades da história pessoal de quem narra somente interessam na medida em que se identificam aspectos que podem ser úteis à informação temática central⁽⁹⁾. Este caminho privilegia as entrevistas com critérios de abordagem do assunto.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, no qual foi desenvolvida a abordagem qualitativa.

Procedimentos metodológicos

Utilizaram-se entrevistas gravadas junto aos colaboradores do estudo após autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nos respectivos locais de trabalhos. As entrevistas foram agendadas previamente entre as partes após discussões sobre a pesquisa. Nestas, utilizou-se uma pergunta geradora como questão de corte: *fale sobre situações dos seus usuários nas quais você valorizou práticas de cuidado à saúde baseadas em raízes espirituais indígenas e afrodescendentes*.

O cenário foi o município do Conde-PB, Brasil, dado a peculiaridade histórico-cultural da etnia afro-indígena, locus ideal para investigar o cuidado em saúde e sua relação com os

saberes tradicionais. Situa-se no Nordeste do estado da Paraíba e localiza-se na região sul litorânea, distando 22 quilômetros da capital João Pessoa. O Censo Demográfico de 2010 registrou 21.400 mil habitantes, sendo 56% pardos, 29% brancos, 13% negros e 2% indígenas e amarelos⁽¹⁾. Adicionando os índices de pardos e pretos têm-se 69% afrodescendentes, destacados pelas práticas de autocuidado de caráter místico, ligadas à natureza e aos costumes, cujos vestígios são percebidos, sobretudo, na linguagem, vestuário, crença, cânticos e danças.

A fonte de dados originou-se da participação de sete colaboradores (amostra) da colônia (população) constituída por doze enfermeiros, selecionados segundo os critérios de inclusão: ser enfermeiros, atuar na Estratégia Saúde da Família do município do Conde-PB e aceitar participar da pesquisa. A escolha desses profissionais se justificou pelo vínculo que eles mantêm com os usuários, sendo estabelecido uma informante-chave; e por ela, a sequência das demais por sua indicação.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2012, observando o anonimato das colaboradoras, pois todas eram mulheres. Estas, foram identificadas com o nome de flores. Na organização dos dados, considerou-se as etapas: entrevista, transcrição, textualização e transcrição, constituintes do método da História Oral Temática.

A análise do material empírico — constituído pelas narrativas — seguiu o objetivo do estudo e do método para a identificação dos eixos centrais. Discutiui-se à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), de Madeleine Leininger (1925— 2012). Esta reconhece que os fatores culturais influenciam o processo saúde-doença e, como ferramenta, fortalece a previsão de ações e decisões no cuidado de enfermagem. Também utilizou-se da concepção intercultural dos direitos humanos, de Boaventura de Sousa Santos, por compreender as diversidades e diferenças entre as culturas. Não busca a igualdade entre os grupos, mas reconhece as desigualdades entre as culturas, para compreendê-las e preservá-las. Ainda, amparou-se em outros teóricos da Atenção Básica à Saúde.

A análise mostrou a posição das colaboradoras em relação às práticas de saúde de natureza étnica e os valores atribuídos aos saberes dos usuários. Assim, afloraram dois eixos temáticos: 1) (Des)conhecimento de práticas culturais de raízes indígenas e afrodescendentes e 2) (Des)valorização das práticas de cuidado de raízes indígenas e afrodescendentes, descritos a seguir.

RESULTADOS

(Des)conhecimento de práticas culturais de raízes indígenas e afrodescendentes

Neste eixo temático, apresentam-se fragmentos das narrativas de *Margarida*, *Tulipa*, *Dália*, *Jasmim* e *Orquídea*, os quais evidenciam que, entre as colaboradoras, as afirmações se dividem em conhecer/desconhecer o emprego de práticas tradicionais no cuidado à saúde por parte dos usuários naquela região.

Desconheço práticas religiosas de raízes indígenas ou afrodescendentes utilizadas pelas famílias em busca de saúde. Os índios daqui são esquisitos [...]. Fiz visita em uma de suas residências, havia uma jovem gestante e fui bem

recebida [...]. Aqui na área, segundo a Agente de Saúde, tem algumas rezadeiras que são procuradas pela comunidade para rezar as crianças e uma parteira leiga, já muito idosa. (Margarida)

Mas sabe-se que alguns idosos se utilizam de chás de ervas, passes e benzeduras. Nas consultas, eles ficam calados. (Dália)

No grupo assistido pelo CAPS, desconheço que alguém tenha crença e ou use práticas de espiritualidade de raízes indígenas e afrodescendentes. (Tulipa)

Tenho conhecimento que algumas pessoas se utilizam de chás, garrafadas, banhos, passes, água benta, rezas, dentre outros rituais, em busca de saúde. Porém, observo que alguns, ao aderirem a tais práticas, às vezes recusam os medicamentos, especialmente aqueles de uso contínuo. Isso se torna um problema. Alguns acreditam que vão ser curados pelos espíritos ou xamãs. (Jasmim)

Aqui na região tem algumas rezadeiras e macumbeiros. [...] Tenho uma cliente que frequenta o Centro Espírita de Alhandra que é próximo daqui. Lá, o médium recebia o espírito do Pai Inácio, escravo da Bahia, e prescrevia até medicamentos. [...] Aqui próximo em Jacumã, tem um Centro Espírita chamado Chico Xavier, muita gente da área vai também para lá. (Orquídea)

As colaboradoras informam a existência de pessoas que atuam no universo tradicional da cura e do cuidado. Há rezadeiras, parteiras, pessoas que dão passes (espíritas), médiuns e umbandistas. Ainda, destacam o uso de plantas medicinais por pessoas idosas, benzeduras e banhos. Porém, também se observa que a maioria das colaboradoras, por não possuir vínculo com as culturas afro e indígena, afirma desconhecer os exercícios de cuidado e cura derivados da cultura dos grupos étnicos mencionados. Expressão de destaque: “desconheço”.

(Des)valorização das práticas de cuidado de raízes indígenas e afrodescendentes

Neste segundo eixo temático, as narrativas de *Magnólia*, *Jasmim*, *Orquídea* e *Rosa* desqualificam as práticas de cuidado, oriundas das tradições indígena e afro.

Quanto às práticas de espiritualidade ou religiosidade de raízes indígenas e afrodescendentes, entendo e respeito, mas não valorizo como as dos grupos quilombolas existentes no município. Porém, em minha área, não há vivências dessas práticas. (Magnólia)

Eu não valorizo essas crenças e nem suas práticas. (Jasmim)

Lá [Centro Espírita de Alhandra], a médium recebia o espírito do Pai Inácio, escravo da Bahia, e prescrevia até medicamentos. Às vezes, ela [a médium] mostra a receita e eu fico calada. Fazer o quê? Particularmente, não concordo. Ela arruma um carro e sai daqui cheio de gente para se consultar com esse Sr. Inácio. Soube até que ele morreu recentemente, mas foi substituído. (Orquídea)

Não valorizo práticas de raízes afrodescendentes. (Rosa)

Porém, tenho conhecimento que é para se respeitar e valorizar todas as formas de crenças, como candomblé, espiritismo e outras. (Tulipa)

Não valorizo por desconhecer o uso pelas famílias de práticas de raízes indígenas e afrodescendentes aqui na área. Mas sabe-se que alguns idosos se utilizam de chás de ervas, passes e benzeduras. Nas consultas, eles ficam calados. (Dália)

Observe-se que a maioria das enfermeiras se posiciona em relação a não valorizar os saberes indígena e afro que embasam as práticas tradicionais de cura. Destacam-se as expressões: “não valorizo” e “não concordo”.

DISCUSSÃO

Os resultados nos eixos centrais acima informados serão discutidos à luz da Teoria de Leininger; da concepção intercultural dos direitos humanos, de Boaventura Santos e outros teóricos, de modo a qualificar o trabalho do enfermeiro.

As posições reveladas de desconhecimento e não valorização das expressões da cultura étnica fragilizam modos de produzir cuidado em saúde na perspectiva da integralidade, haja vista o distanciamento dos enfermeiros em relação aos recursos complementares em saúde, aos pressupostos do Estatuto da Igualdade Racial e as recomendações da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, conforme Portarias nº 971/2006 e nº 1.600/2006.

A gestão do cuidado na dimensão familiar é de responsabilidade dos profissionais da Atenção Básica, cujos atores privilegiados são pessoas da família, amigos e vizinhos. Essa gestão do cuidado surge como provimento das necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir uma vida produtiva e feliz⁽¹⁰⁾. No território, as relações se entrelaçam de modo a revelar formas de autocuidado e manifestações de apoio calcados em saberes de tradições locais, antes mesmo da busca pelo serviço de saúde mais próximo.

Revisitando Canguilhem (1904-1995), na obra “O normal e o patológico”, são ressaltados “os modos de andar a vida”, expressão que tornou-se clássica para tratar as singularidades dos sujeitos⁽¹¹⁾. Portanto, corrobora a necessidade de considerar as pessoas e suas expressões culturais que caracterizam o seu viver. Na prática, requer a imprescindível valorização de processos subjetivos de quem é cuidado.

O desconhecimento das colaboradoras sobre práticas de raízes afro-indígenas dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) concorre para a não preservação de saberes nativos e a descaracterização étnica dos grupos em apreço. As práticas tradicionais são reconhecidas e protegidas pelo Estado como patrimônio histórico-cultural, conforme Art. 215 e 216 da Constituição Federal de 1988⁽¹²⁾. Ressalte-se que os descendentes dos Tabajaras utilizam produtos naturais e interagem com a natureza de modo expressivo e significativo, como também a população que herdou, da cultura africana, o uso de plantas com efeitos medicinais^(3,13).

Esse desconhecimento ainda denota a preponderância do modelo biomédico, calcado no saber científico, em detrimento

da competência cultural, para reconhecer a produção da saúde, aliada às questões da diversidade étnica. Portanto, desconhecer saberes próprios dos usuários implica em criar assimetria no diálogo entre profissional e usuários, o que concorre para o insucesso terapêutico.

Ressalte-se que os enfermeiros atuam em área de tradição de descendência étnica, mas demonstram desconhecimento sobre a TDUCC. Esta considera que a visão de mundo das pessoas e as estruturas sociais e culturais influenciam o estado de saúde, bem-estar ou doença⁽¹⁴⁾. Evidencia-se que a teoria tem pertinência com a cultura dos grupos étnicos. Admite-se que a enfermagem atue segundo seus princípios e considere a diversidade regional de contextos sociais e culturais no Brasil, fato que suscita respostas diferenciadas para as necessidades, significados e expectativas de cuidado demandados pelos usuários. Supõe-se que a formação das colaboradoras não tenha contemplado esta concepção.

As práticas de cuidado de raízes afro-indígenas não são aceitas nem valorizadas pelas colaboradoras. As expressões “*não valorizo*”, “*não concordo*” e “*fico calada*” apontam que não há espaços para o diálogo entre profissional e usuários nos encontros terapêuticos. *Dália* informa que os idosos utilizam chás como autocuidados e que “eles ficam calados” na consulta, o que prejudica o universo de valores de quem busca cuidado, tornando-o ineficaz.

Autores mostram que não se pode desconsiderar o uso de recursos terapêuticos étnicos como parte do microespaço da família, amigos e vizinhança, no qual se dá a dimensão familiar da gestão do cuidado^(8,10,13-14).

Percebe-se que há dois sistemas voltados à saúde que não dialogam entre si. A colaboradora *Orquídea* apontou ações de cuidados desenvolvidas por pais ou mães de santos, médiuns, rezadeiras e outros, que coexistem com o modelo hegemônico técnico-científico/biomédico. Essas posições (re)produzidas denotam que receberam formação respaldada pela classe dominante, legitimada pelo saber científico oficial, face ao desconhecimento da cultura do outro.

Essa formação secularmente dominante em sua historicidade reelabora e transmite verdades que desqualificam rituais indígenas e afros, demonizados desde a época do descobrimento, descritas na obra da historiadora Laura de Mello e Souza, intitulada “O diabo e a terra de Santa Cruz: feitiçaria e religiosidade popular no Brasil colonial”⁽¹⁵⁾. As falas de *Orquídea* e *Rosa* fortalecem o medo que impulsiona a intolerância e coíbe o cuidado em saúde, contrariando a perspectiva da integralidade e da diversidade cultural.

Traz-se à tona o pensador português Boaventura de Sousa Santos com a concepção intercultural dos direitos humanos e o diálogo intercultural sobre a troca de saberes. No mundo globalizado, contra o universalismo cultural, há que se propor diálogos interculturais. Pois, “nem todas as igualdades são idênticas e nem todas as diferenças são desiguais”⁽¹⁶⁾. Isso corrobora o pensar do filósofo espanhol Raimon Panikkar (1918–2010) sobre o caráter dialógico intercultural da hermenêutica diatópica, que trata de ampliar ao máximo a consciência da incompletude mútua através do diálogo. Ainda tem relação com o pensamento de Segato sobre aspectos de tensão entre cultura e direitos humanos⁽¹⁷⁾.

Quanto à saúde e à diversidade, é impossível pensar a humanidade sem crenças e religiões, assim como conceber as medicações e terapias de diversas sociedades sem um pano de fundo fetichista e mágico-religioso⁽⁷⁻¹³⁾. Todo sistema terapêutico é parte indissolúvel do repertório cultural da sociedade, como partes integrantes da cultura, sendo influenciados por ela e vice-versa. De forma paralela ao modelo biomédico, o saber popular em saúde mantém-se vivo no cotidiano da população. Isso, porque medidas profiláticas e terapêuticas caseiras têm o intuito de buscar ou manter um estado de bem-estar próximo ao concebido como ideal. Essas práticas são, em geral, trabalhadas no âmbito familiar e quase sempre repassadas entre diferentes gerações.

As diferenças das diversidades culturais de ordens religiosas, educativas, étnicas, de gênero, de idade, de classes sociais, de padrão estético, somáticas, regionais e outras alocam os sistemas de saúde modernos diante do universo plural e multifacetado que exige atenções e olhares diferenciados. Por isso, as intervenções, os projetos e programas de saúde locais devem também ser diversificados⁽¹³⁾. Entretanto, na prática, não se deve ignorar as diferenças, as desigualdades e as iniquidades sociais existentes na sociedade.

A OMS reconhece práticas de cuidados populares em busca de saúde como patrimônio indígena e nativo de diversas culturas. O termo medicina tradicional é utilizado pela OMS para se referir às práticas de saúde, às abordagens, aos saberes e às crenças que incorporam medicamentos à base de minerais, animais e plantas, terapias espirituais, técnicas de exercícios manuais, utilizados tanto no diagnóstico quanto na cura de diversas enfermidades⁽¹⁸⁾. Assim, rezas, rituais de cura que envolvem a dança e o uso das plantas são provenientes dos fluxos culturais entre os afrodescendentes (candomblé/umbanda), os índios (pajelança) e os europeus/catolicismos.

Essas práticas existentes desde o Brasil colonial têm eficácia simbólica, fazem parte das tradições culturais e da memória coletiva, estão para além da oferta dos serviços de saúde e são consideradas como patrimônio imaterial. Porém, com o desenvolvimento das ciências biológicas, humanas e sociais — no Brasil, há cerca de cem anos —, certamente os antigos xamãs, curandeiros, adivinhos, entre outros foram forçados a ceder lugar aos saberes sistematizados que fizeram surgir enfermeiros, médicos, psicólogos, sociólogos, educadores e outros.

Ressalta-se que não há intenção de negar o conhecimento científico nem sua importância no desenvolvimento humano, mas alerta-se que a ciência não é a única verdade a pautar a vida humana na sociedade. Também não se pode exaltar a pureza dos conhecimentos ao ponto de fazê-los exclusivos nos processos terapêuticos. O que se entende dizer é que a saúde não se reduz a campo de saberes. Ela deve ser promovida pela interrelação que envolve o ser humano em seu contexto histórico e a sua cultura. Daí, a relevância do enfermeiro compreender, entre outros processos, a confluência entre os saberes científicos.

O Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010), Art. 8º definiu os pilares da Política de Saúde Integral da População Negra: promoção da saúde integral da população negra priorizando a redução das desigualdades étnicas e combate à discriminação nas instituições e serviços do SUS; melhoria da qualidade dos sistemas de informação na coleta,

processamento e análise dos dados por cor, etnia e gênero; fomento para estudos sobre racismo e saúde; inclusão do tema na formação e educação permanente em saúde; inclusão na formação política das lideranças de movimentos sociais para o exercício da participação e controle social no SUS⁽¹⁹⁾.

Esses pilares trazem desafios para a gestão do cuidado; contudo, vislumbra-se a espiritualidade transreligiosa como recurso terapêutico na promoção da saúde comunitária, por reverberar nas relações sociais e melhoria das condições de saúde e de vida das pessoas. Essa possibilidade desponta em prol de um ser, capaz de elevar-se à maximização do potencial humano com dignidade, favorece a desconstrução de preconceito ainda arraigado nos serviços de saúde e, pelo que está posto aqui, nos territórios que integram a Atenção Básica.

O papel social do enfermeiro no âmbito da atenção básica é lidar com vítimas de preconceitos, incluso o étnico; situações de desesperança; dependência química; envelhecimento; medo decorrente da violência doméstica; desamparo; solidão; depressão; finitude; inclusive com o sofrimento existencial e o difuso que se constituem em queixas somáticas frequentes nas unidades de saúde. Tais situações necessitam de acolhida e de cuidado ampliado, inclusive espiritual, a fim de potencializar o fluxo de energia vital das pessoas.

Viktor Frankl (1905-1997) apregoa as condições sobre o bem-estar do homem ligadas às relações interpessoais, tradições, produções artísticas e ao trabalho digno. Visualiza possibilidades de fomentar um sentido de vida, prevenir o vazio existencial, com o cuidado da dimensão espiritual como uma das necessidades humanas⁽⁶⁻²⁰⁾. A espiritualidade trata de uma dimensão do ser humano sem necessariamente ser monopólio das religiões nem de caminhos espirituais codificados. Revela-se pela capacidade de autodeterminação do sujeito, da ética e da verdade; na relação entre eu-tu (enfermeiro/cliente); e o estabelecimento do diálogo consigo mesmo e com o Todo/Uno/Natureza⁽²⁰⁾. Traduz-se pelo amor, sensibilidade ou competência cultural, compaixão, escuta transcendente do outro, pela responsabilidade e cuidado como atitude fundamental.

A produção de saúde, nestes termos, exige ações planejadas, execução e avaliação contínua pela intenção de promover as potencialidades das pessoas e também a capacidade profissional sobre o tema. Torna-se coerente com as orientações da OMS ao apontar princípios norteadores da promoção da saúde: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e de sustentabilidade. Tem-se a oferta de práticas na rede do SUS, como o fomento de educação espiritual e igualdade étnica.

As práticas integrativas e complementares em saúde (massagem, esportes, yoga, meditação, terapia comunitária integrativa, entre outras) são alinhadas com a visão da educação espiritual e aspectos multiculturais de direitos humanos. Tais cuidados proporcionam emoções positivas que podem aliviar a ansiedade, acalmar o medo, diminuir solidão, reduzir agressividade e sentimento de inferioridade, causado, ou não, por qualquer forma de discriminação.

Esses recursos ampliam o universo das práticas de cuidados na Atenção Básica. Eis uma perspectiva para se reconhecer as diferenças, reduzir os universalismos gerados pelas globalizações e

a possibilidade de desenvolver o fomento da educação espiritual e igualdade étnica como cuidado humanizado, consoante com a inclusão social e cultura de paz entre os distintos grupos étnicos.

Limitações do estudo

Reconhece-se que há limitações no estudo quanto à apreensão do pensar do outro em relação ao contexto histórico-cultural, pois esta é sempre parcial e perpassada pelo risco reducionista da compreensão da realidade, bem como a representatividade da fala individual em relação a um coletivo maior. Alude-se que essa realidade depende do significado atribuído de saúde pela cultura local, da formação dos colaboradores e dos pesquisadores e da escassa produção de artigos sobre a temática.

Contribuições do estudo

O estudo contribui com as discussões sobre o cuidado que contemple saberes em harmonia com a diversidade cultural de grupos étnicos, para subsidiar a atuação de enfermeiros acerca de práticas de saúde situadas além do saber biomédico. Valoriza a atuação do enfermeiro, fundamentada nos conhecimentos elaborados por Leininger, constructo teórico próprio da Enfermagem. Espera-se que a pesquisa possa contribuir com o debate sobre a desconstrução de preconceito em instituições e serviços do SUS; com a valorização do diálogo terapêutico entre profissionais e usuários na perspectiva do cuidado, alinhado com a lógica da inclusão social, integralidade, humanização e cultura de paz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta perspectiva, a posição das enfermeiras colaboradoras, expressa nos modos de desconhecer e desvalorizar práticas de culturas tradicionais, concorre para redução do cuidado, na lógica da integralidade e, ainda, para desproteger os contextos históricos e religiosos das práticas de grupos étnicos no município, onde há predominância de afrodescendentes. Essa forma de produção de cuidado à saúde, torna-se incoerente com as preceituações da Teoria de Leininger; com a concepção intercultural dos direitos humanos, de Boaventura Santos; com a Política de Atenção Básica; com a Política da Saúde Integral da População Negra e com a preservação da cultura local como patrimônio imaterial de inestimável valor e significado dos municípios.

Por outro lado, reconhece-se que o cuidado exercido por enfermeiros e demais trabalhadores em saúde é sempre uma ação que envolve crenças, valores, mitos, (pré/pre)conceitos e, até, discriminações, alienações, estranhamentos e silenciamentos. Discutir essa relação nem sempre amistosa é um pressuposto relevante para que não ocorra violação de direitos, pois o preconceito bloqueia o processo de acolhimento e de cuidado na perspectiva da integralidade do ser.

Compreendeu-se ser preciso avançar com discussões sobre transculturação; espiritualidade; saúde indígena; Política de Saúde da População Negra pelas suas especificidades; e conteúdos afins. Logo, os enfermeiros e demais profissionais poderão compreender as diferenças culturais dos grupos étnicos, os significados, as implicações e a subjetividade contidas no processo de

cuidado do ser humano, independentemente do grupo ao qual este pertença, da religião professada e da não opção por religião formal. Acredita-se que o cuidado na perspectiva da diversidade étnica preserva a cultura local, além de ser condição essencial para a atenção integral ao sujeito-usuário, pois a espiritualidade, e não a religião, compõe a alternativa de um novo paradigma civilizatório, na conjuntura atual.

Enfim, o objetivo do estudo foi atendido, e a indagação proposta foi respondida, com os dois eixos de análises. Espera-se que o exposto neste trabalho possa agenciar novas possibilidades de produção do cuidado; contribuir com a produção de diálogo interdisciplinar imprescindível a toda ciência na atualidade, considerando a integralidade do ser; e mobilizar novos estudos sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico [Internet]. 2010[cited 2015 Apr 08]. Available from: <http://www.ibge.gov.br>
2. Silva SDM, Dowling GB. O universo feminino retratado nos cocos de roda, em três comunidades quilombolas no estado da Paraíba. *Fazendo gênero* [Internet]; 2010[cited 2015 Apr 08]. Available from: www.fazendogenero.ufsc.br/.../1278262643_ARQUIVO_s.melo_g.dowl
3. Farias ES, Barcellos LA. *Memória Tabajara: manifesto de fé e identidade étnica*. João Pessoa (PB): Universitária; 2012.
4. Prefeitura Municipal do Conde. Secretaria de Saúde. Relatório do Sistema de Informação de Atenção Básica [Internet]. 2012[cited 2015 Apr 08]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSPB.def>
5. Brasil. Lei Federal nº 11.635, de 21 de janeiro de 2007. Instituiu o Dia Nacional de Combate à Intolerância Religiosa [Internet]. Brasília (DF); 2007[cited 2015 Apr 08]. Available from: www.jusbrasil.com.br/topicos/.../lei-n-11635-d-e-27-de-dezembro-de-20
6. Penha RM, Silva MJP. Conhecimento e percepção da importância do atendimento da dimensão espiritual pelos graduandos de enfermagem. *Mundo Saúde* [Internet]. 2007[cited 2015 Apr 08];31(2):238-45. Available from: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/53/11_conhecimento_e_percepcao.pdf
7. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis* [Internet]. 1997[cited 2015 Apr 08];7(1):13-43. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v7n1/02.pdf>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília, DF, 2011[cited 2015 Apr 08]. Available from: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
9. Macêdo MLAF, Costa MCMDR, Lima SP, Padilha MI, Borenstein MS. Thematic oral history in nursing research: a bibliometric study. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2014 Apr/Jun[cited 2015 Apr 29];19(2):384-91. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/37360/22930> Pontuguese.
10. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2011 June [cited 2015 July 27];15(37):589-99. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=en
11. Coelho MTÁD, Almeida Filho N. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. *Physis* [Internet]. 1999[cited 2015 Apr 29];9(1):13-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v9n1/02.pdf>
12. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Emendas 1/92 a 53/2006 e Emendas de revisão de 1 a 6/94 [Internet]. Brasília: Senado Federal; 2007[cited 2015 Apr 08]. Available from: https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&es_th=1&ie=UTF-8#q=constitui%C3%A7%C3%A3o%20federale&es_th=1
13. Munanga K. Health and diversity. *Saude Soc* [Internet]. 2007 [cited 2015 Apr 08];16(2):13-5. Available from: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n2/en_03.pdf
14. Selma MD, Michel T, Méier MJ, Wall ML, Lenardt MH. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 - 2011. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2011 [cited 2015 Apr 08];15(4):851-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a27v15n4.pdf>
15. Souza LM. *O diabo e a Terra de Santa Cruz*. São Paulo: Companhia das Letras, v.1, 2014. 542p.
16. Santos BS. Por uma concepção intercultural dos direitos humanos. In: SANTOS, B de S. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez, 2006. p. 433-71.
17. Segato RL. Antropologia e direitos humanos: alteridade e ética no movimento de expansão dos direitos universais. *Mana* [Internet]. 2006[cited 2015 Apr 08];12(1):207-36 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/mana/v12n1/a08v12n1.pdf>
18. World Health Organization. WHO. Traditional Medicine Strategy 2002-2005 [cited 2015 Apr 08]. Available from: www.who.int/medicinedocs/en/d/Js2297e/
19. Brasil. Lei Federal nº 12.288 de 2010 (BR). Instituiu o Estatuto da Igualdade Racial [Internet]. 2010[cited 2015 Apr 08]. Available from: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm
20. Frankl VE. *El hombre em busca de sentido*. Barcelona: Herder; 1991[cited 2015 Apr 08]. Available from: https://markeythink.files.wordpress.com/2011/04/el_hombre_en_busca_de_sentido_viktor_frankl.pdf