

Salvar a Pessoa:
Contributos para a competência cultural dos enfermeiros nos
processos de doença¹

Save the Person:
Contributions to the cultural competency of nurses in illness
processes

PEDRO PEREIRA

(antropólogo, professor adjunto da Escola Superior de Saúde–IPVC)

O presente texto situa-se na paisagem abrangente, complexa e diversificada dos cuidados de saúde e será orientada por uma perspectiva antropológica. O objetivo principal deste artigo é propor alguns subsídios que possam concorrer para a competência cultural dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, nas suas relações de proximidade com as pessoas com as quais interagem em situações de prestação de cuidados de saúde.

Palavras-Chave: Cultura; Cuidados de Saúde; Doença; Aflição; Sofrimento.

Inserted in the vast, complex and diversified health care field the present paper will be held from an anthropological perspective. The main goal of this paper is to give some contributions that could be helpful in the improvement of cultural skills of health care professionals, mainly nursing professionals, in their relationship of proximity with those they interact with in health care acts.

Keywords: Culture; Health Care; Illness; Distress and Suffering.

¹ O presente artigo tem como ponto de partida a comunicação realizada nas Jornadas do Programa do Doutoramento em Enfermagem – “COMPLEXIDADE DA SAÚDE HUMANA: Respostas da Investigação em Enfermagem”, organizadas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Universidade de Lisboa, nos dias 19 e 20 de Maio de 2011, concretamente na Mesa: “Sofrimento e Espiritualidade nos cuidados de Saúde”. Agradeço à Professora Doutora Elizabeth Challinor as apreciações que fez sobre o texto. Agradeço, igualmente, aos revisores científicos, anónimos, da *Pensar Enfermagem*, os contributos feitos para a versão final deste artigo.

INTRODUÇÃO

Alguns instantes antes de ser executado, Joseph K., personagem principal de *O Processo* do Franz Kafka, acusado de um crime que não sabe qual foi, viu uma janela que se abriu, aparecendo uma figura humana. Renasceu-lhe a esperança: “Seria apenas uma pessoa? Ou seria a humanidade?” (Kafka, 1999, p. 191). Mas K. foi executado, nas suas últimas palavras, “Tal como um cão” (Kafka, 1999, p. 191). Há uma *janela de esperança*, onde poderia aparecer a humanidade, onde deveria aparecer a humanidade, mas a pessoa é executada.

O que me proponho fazer neste artigo é contribuir para *salvar a pessoa*. Claro que a dimensão desta empresa poderia ser hercúlea ou mesmo divina, se não pretendesse apenas apresentar-se como pequeno contributo para que a pessoa que recorre aos cuidados dos profissionais de saúde, possa continuar a ser pessoa. Houve um tempo em que se procurava salvar a alma, há um tempo em que ainda se procura salvar o corpo, haverá um tempo em que se procurará *salvar a pessoa*.

Tentarei falar sobre esse tempo em que se procurará *salvar a pessoa*, e ensaiarei contribuir para tornar esse tempo presente. Assim, no presente texto, procurarei avançar com alguns subsídios que possam contribuir para que, em processos de doença, os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, possam ser mais competentes em termos culturais.

I – DA ALMA AO CORPO ATÉ À PESSOA

A DOENÇA E A PESSOA NO HOSPITAL

No Ocidente contemporâneo, o hospital apresenta-se como o lugar por excelência para onde converge a doença. Contudo, *houve um tempo*, até aos finais do século XVIII, em que a preocupação era *salvar a alma*, não particularmente dos doentes, mas sim de todos aqueles que viviam neste *morredouro* (Foucault, 2002): doentes, incuráveis, inválidos, loucos, devassos, prostitutas, pobres, moribundos². Sendo o paradigma religioso dominante, eram particularmente religiosas que para além de prestarem alguns cuidados, pretendiam essencialmente *salvar a alma* daqueles que viviam nas *margens da sociedade*, e procuravam alcançar a sua própria *salvação* (Foucault, 2002).

Depois do século XVIII até à actualidade, *há ainda um tempo* em que se pretende *salvar o corpo*. O hospital foi-se depurando da diversidade que a marginalidade frequentemente comportava, para se dedicar à ilusória homogeneidade dos doentes³. Com os sucessivos desenvolvimentos físico-químicos, tecnológicos e a disciplinarização dos

² Como sustenta, M. Foucault, “antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres (...). O personagem ideal do hospital, até ao século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo” (Foucault, 2002, p. 102).

³ Note-se aqui a proximidade, ainda que não coincidência, entre o hospital e as *instituições totais*, avançadas por E. Goffman (Goffman, 1987).

corpos dos doentes (Foucault, 2002 e 2004), o paradigma biomédico⁴ foi emergindo servido principalmente por médicos, mas também por enfermeiros. Nesta perspectiva biomédica, procura-se a doença no corpo e é este que se procura salvar⁵. Apesar dos esforços, nomeadamente da enfermagem, o modelo dominante, continua a ser o biomédico.

Assim, ao longo do tempo, do *marginal* passamos ao *doente*, mas temos de chegar à *pessoa*; do *paradigma religioso* passamos ao *biomédico*, mas temos de chegar ao *humanista*; da *salvação da alma* passamos à *salvação do corpo*, mas temos de chegar à *salvação da pessoa*. É este o tempo que é urgente tornar presente.

Esta *proposta de humanização*, que se propõe considerar a pessoa, não exclui a *salvação da alma* (ou melhor a *dimensão espiritual* da pessoa), não exclui a *salvação do corpo*, pelo contrário, considera-os muitos importantes, contudo insuficientes. Pois, para além desta fragmentação cartesiana, é imprescindível contemplar e preservar a identidade da pessoa durante o processo de doença. Para tal, é necessário ter *competência cultural*.

Portanto para expressar a *competência cultural* nos processos de doença é preciso, por um lado, a definição de um campo do conhecimento e, por outro lado, profissionais de saúde que actuem nos processos de doença. No que diz respeito à área do conhecimento focalizado na cultura, apresenta-se com naturalidade o campo do saber antropológico. Aliás, a cultura constitui-se objecto de estudo da antropologia desde a sua constituição como campo de conhecimento, até à actualidade. Relativamente aos profissionais, todos os que exercem ações terapêuticas devem ter *competência cultural*, nomeadamente médicos e enfermeiros. Contudo, no presente texto, será privilegiada a acção destes últimos, principalmente pelos seus ideais holísticos, revestidos de sensibilidade cultural⁶, e pela sua proximidade com a pessoa doente.

II – A COMPETÊNCIA CULTURAL DOS ENFERMEIROS NOS PROCESSOS DE DOENÇA

1 – CULTURA, SUPOSIÇÕES CULTURAIS E DOENÇAS

O conceito de *cultura* tem estado sempre presente nas investigações antropológicas, umas vezes de uma forma mais manifesta, outras vezes de uma forma mais latente sendo, portanto, um conceito central na antropologia. Encontramos a primeira definição antropológica em 1871, num trabalho fundador da própria disciplina, *Primitive Culture*,

⁴ O paradigma biomédico ancora-se naturalmente no termo biomedicina. O termo *biomedicine* foi proposto por Atwood Gaines e Robert Hahn (Gaines & Hahn, 1985), e com ele pretende-se fazer referência à medicina profissional Ocidental, enfatizando a sua proeminência biológica (Gaines & Davis-Floyd, 2004), visto que este tipo de medicina defende que a doença é em grande parte causada por desvios de normas biológicas universais (Gaines, 2005).

⁵ Como nota Foucault, “o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII” (Foucault, 2002, p. 99).

⁶ Se tivermos em atenção *As competências dos enfermeiros de cuidados gerais* definidas pela Ordem dos Enfermeiros, em 2004, sobressaem competências que expressam a importância atribuída por estes profissionais de saúde à dimensão cultural. Veja-se, nomeadamente, a competência 16 (C16): “Presta cuidados culturalmente sensíveis” (Ordem dos Enfermeiros, 2004, p. 18); a competência 14 (C14): “Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2004, p. 18); e a competência 15 (C15): “Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos” (Ordem dos Enfermeiros, 2004, p. 18).

de Edward B. Tylor. Nesta obra, E. Tylor afirma que “Cultura ou civilização, no sentido etimológico mais lato do termo, é esse todo complexo que compreende o conhecimento, as crenças, a arte, a moral, o direito, os costumes e as outras capacidades ou hábitos adquiridos pelo homem enquanto membro da sociedade” (Tylor, 1920, p. 1). Passado um século, 1971, Clifford Geertz, na sua obra *Interpretação das Culturas*, define cultura de uma forma bem diferente “a cultura consiste em estruturas de significação socialmente estabelecidas, em virtude das quais as pessoas fazem coisas como sinais de conspiração e aderem a estas, ou percebem insultos (...). [A cultura pode ser] entendida como sistemas de interacção de signos interpretáveis (...). A cultura é um contexto dentro do qual se podem descrever todos os fenómenos de maneira inteligível” (Geertz, 1997, p. 26-27). Neste hiato de cem anos que separam a primeira definição antropológica de cultura e a definição que se propõe que oriente o presente trabalho, muitos antropólogos apresentaram diferentes concepções de cultura variando, frequentemente, em função da corrente teórica em que se situassem. Mais do que a enumeração, necessariamente extensa e incompleta da dimensão cultural na antropologia, será mais relevante que esse conhecimento possa servir especificamente o campo em análise.

Nos processos de doença, profissionais de saúde como médicos e enfermeiros incorrem, recorrentemente, em algumas *suposições culturais* que são antropológicamente frágeis. Uma delas é uma certa abordagem *metonímica* da cultura, reduzindo esta a dimensões como o conhecimento, a etnicidade, a língua ou a nacionalidade, podem ser ilustradas pelo recurso a epítetos como o *doente ucraniano* ou o *doente cigano* para fazer referência à pessoa doente. Ainda que os elementos culturais referidos, bem como outros, sejam importantes, nenhum deles *per se* representa absolutamente qualquer cultura. Uma outra *suposição cultural* é denunciada pelo facto de, no campo da saúde, parecer existir um prolongamento da *asepsia biológica* para aquilo que se propõe chamar *asepsia cultural*. Com este conceito pretendemos reportar-nos à ilusória neutralidade relacional de terapeutas, como o enfermeiro e o médico, com o doente, encerrando a cultura neste último, ainda que sem efectivamente a contemplar nos cuidados de saúde. Claro que, do ponto de vista antropológico os cuidados de saúde são interacções sociais e culturais, pois tanto o doente como o profissional de saúde são possuidores de cultura. Aliás, como defendem antropólogos que têm trabalhado intensamente o campo da saúde, como Arthur Kleimann (1973, 1978 e 1981), os próprios sistemas médicos são social e culturalmente construídos.

Decorrente de tudo aquilo que foi dito, qualquer abordagem ao fenómeno doença não concebe esta como apenas uma entidade nosológica, pois *as doenças têm história* (Le Goff, 1997) e algumas delas apresentam uma *dimensão metafórica* (Sontag, 1998). Assim, seguindo a proposta de A. Kleinman (1981), depois reformulada por Allan Young (1982), a doença pode fragmentar-se em três conceitos: *disease* ou *patologia* – refere-se a uma entidade nosológica reconhecida pela biomedicina; *sickness* ou *doença* – refere-se ao estado de doença socialmente reconhecido; e *illness* ou *enfermidade* – designa a experiência subjectiva da doença.

2 – A COMPETÊNCIA CULTURAL DOS ENFERMEIROS NOS PROCESSOS DE DOENÇA

A proposta que aqui se faz para a competência cultural dos enfermeiros nos processos de doença expressa-se através de uma *aproximação etnográfica* à *experiência*

da doença. Como refere Marc Augé, a “doença é simultaneamente o mais individual e mais social dos eventos” (Augé, 1994, p. 36) sendo, portanto, na intercepção entre o individual e o sócio-cultural que a *competência cultural* se joga. Sugere-se que se possa fazer emergir a competência cultural dos enfermeiros nos processos de doença em dois grandes campos, radicados na experiência da doença: a *desorganização do mundo* – do sintoma/sinal à doença; a *reorganização do mundo* – itinerário terapêutico.

2.1 – A DESORGANIZAÇÃO DO MUNDO – do sintoma/sinal à doença

A experiência da doença inicia-se, recorrentemente, num diálogo incessante entre o corpo e a cultura, que se pode vislumbrar através de uma *aproximação sociossomática*, segundo a qual “os acontecimentos e processos no mundo social influenciam os sintomas” (Ware & Kleinman, 1992, p. 548). Mas, para além da incorporação somática das aflições, deve notar-se, como faz Leon Eisenberg, que desde o tempo dos primeiros curandeiros, que as pessoas os procuram em busca de alívio para o desconforto e para a disfunção (Eisenberg, 1977). É portanto esta experiência individual de desconforto que leva as pessoas a procurar um terapeuta e não a patologia que lhe possa estar associada⁷. Só depois de decodificados os sinais e sintomas de desconforto é que a pessoa, frequentemente influenciada pela sua família, decide ou não pedir ajuda.

Contudo, esta *linguagem do desconforto*, que podemos chamar, “idiomas culturais de aflição” (Kirmayer, Smith & Dao, 1998), revestem-se de elementos simbólicos, que permitem à pessoa comunicar aos outros, de uma forma inteligível, a sua aflição e mobilizar ajuda por parte da comunidade a que pertence⁸ (Kirmayer, Smith & Dao, 1998). Nestes *mundos locais de sofrimento* (Kleinman, 1992) em que as pessoas vivem, que se caracterizam por elementos culturais comuns e que permitem o entendimento, a despeito da natural heterogeneidade social interna, decorrente de dimensões como a idade, género ou estatuto social; é nestes *mundos*, que as doenças adquirem um sentido, por vezes uma dimensão moral, associada ao bem ou ao mal.

Portanto, a compreensão da experiência da doença exige uma *aproximação etnográfica* a estes *mundos locais* procurando, desde logo, conhecer a identidade pessoal e social das pessoas. Porém, ainda que seja importante a inserção da pessoa doente em categorias sociais, é fundamental ter presente que estas não são homogéneas. Se tomarmos como exemplo a religião católica, deve notar-se que existe uma diversidade de formas de ser católico, que no limite até podem ser *pouco católicas*⁹. A esta singularidade de pertença a uma crença religiosa, associa-se uma outra, talvez maior, que é a originalidade com que cada pessoa experiencia a sua doença, e que exige a realização de *narrativas da aflição*.

⁷ Nas palavras de E. Ackerknecht, entrevistado por H. H. Walser e H. M. Koelbing “só quando a sociedade decide que esta mudança biológica é doença, então aparece a doença” (Walser & Koelbing, 1985, p. 17).

⁸ Note-se, porém que como reconhecem os próprios autores “apesar do conceito de idioma implicar uma forma bem estruturada, codificada e convencional de expressar a aflição, frequentemente a expressão da aflição é fragmentada, experimental e contraditória” (Kirmayer et al., 1995, p. 244).

⁹ Num trabalho realizado anteriormente, designado “Peregrinações *pouco católicas* – O locus religioso das peregrinações a pé a Fátima”, sustentou-se que as crenças e práticas dos peregrinos, católicos, se afastavam das concepções gerais de peregrinação concebidas pela teologia católica (Pereira, 2007).

Estas podem ser guiadas quer pelo *modelo explicativo*¹⁰, proposto por Arthur Kleinman, que serve para “oferecer explicações sobre a doença e o tratamento que orienta a escolha entre as terapias e os terapeutas disponíveis, como também para elaborar o significado pessoal e social da experiência da doença” (Kleinman, 1981, p. 105); quer pela conjugação entre o *Contexto da Aflição* e a *Narrativa Biográfica de Aflição*, proposto noutra lugar (Pereira, 2011).

No entanto, apesar de fundamental, *ouvir não chega*¹¹. Ainda que o relato de uma aflição possa constituir-se como um efeito *catártico*, a mobilização da ajuda exige a aproximação aos significados do discurso, cuja interpretação necessita do diálogo entre o *mundo local* e a *narrativa de aflição* da pessoa, fundamentais para se saber *o que é que está em jogo* (Kleinman, 1992 e 2006) num processo de doença. Evitando o reducionismo biológico da doença, é importante saber como sustenta Kleinman, *o que é que a pessoa mais teme no seu processo de doença? De que é que a pessoa tem mais medo? O que é que ela mais deseja? O que é que seria importante para ela se sentir segura?* (Kleinman, 1992)

Aquilo que com maior ou menor intensidade está, frequentemente, em jogo é o sofrimento. Apesar da proposta literária encetada por Thomas Mann, na sua *(A) Montanha Mágica*, propondo a criação de uma *Enciclopédia do Sofrimento*, para tentar acabar com o sofrimento (Mann, 2009), não é possível acabar com aquilo que é uma característica da condição humana (Good, Brodwin, Good & Kleinman, 1994, p. 13). Em alguns casos, a intensidade do sofrimento parece fazer convergir a vida da pessoa para o *locus* do sofrimento, podendo transformar-se naquilo que se propõe chamar *magnetismo vital do sofrimento*, ou seja, aquilo que rodeia a pessoa em sofrimento deixa de lhe ser familiar, perde importância, em detrimento do sofrimento que assalta e toma conta da vida da pessoa. A expressão proposta pode ser ilustrada com o depoimento de uma entrevistada¹², perante o sofrimento de ter um filho de seis anos, em estado de coma, depois de um violento acidente de viação, dizia-me “senti-me como se estivesse no fundo de um poço (...) não tinha vontade de fazer nada, nem de arranjar a casa nem de fazer a comida”. Acrescenta-se que estas dimensões incorporadas nas rotinas diárias de cuidar da casa e da família eram até este momento centrais na vida da entrevistada.

Neste caso, como noutros, o *locus do sofrimento*, não está no próprio corpo da pessoa¹³. Apesar da pessoa poder apresentar expressões somáticas, o elemento despoletador do sofrimento pode estar noutra corpo, humano ou animal. No âmbito

¹⁰ O *modelo explicativo* é definido por A. Kleinman como “as noções sobre um episódio de doença e seu tratamento que são usadas por todos aqueles que estão envolvidos no processo clínico” (Kleinman, 1981, p. 105), ou seja, médicos e pacientes e suas famílias.

¹¹ Hoje é difícil ter alguém com disponibilidade para ouvir; as pessoas querem falar mas têm pouca disponibilidade para ouvir ou talvez tenha sido sempre assim. No fim do século XIX, Anton Tchekhov, escreveu uma pequena história chamada “Saudade”, na qual relata o sofrimento de um homem Iona Potápov, um cocheiro de uma égua, a quem lhe morreu um filho. Era “uma saudade tão grande, tão sem fim. Se o peito de Iona rebentasse e aquela saudade se derramasse, inundaria o mundo, contudo ninguém a vê” (Tchekhov, 2008, p. 11). E Iona quer contar a alguém mas, como ninguém tem tempo para o ouvir, acaba por não se conter e contar tudo à égua.

¹² Esta entrevistada foi inquirida no âmbito do trabalho de doutoramento em curso que, de uma forma simples, se focaliza no culto às Senhoras da Saúde.

¹³ A forma como neste trabalho se concebe o corpo aproxima-se da proposta de N. Scheper-Hughes e M. Lock (1987), no seu conhecido artigo “The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology”, no qual, para além de se afastarem da conceção cartesiana do corpo, defendem a consideração de *três corpos*, *corpo individual*, *corpo social* e *corpo político*, bem como a interligação entre eles.

da, já assinalada, investigação em curso, uma entrevistada deu-me conta não apenas do seu sofrimento decorrente da doença da sua porca, como também da sua estratégia terapêutica, uma peregrinação a pé de cerca de um dia até um santuário do Santo António. Como se pode notar pelo que foi referido, qualquer procura exclusivista do sofrimento no corpo daquele que sofre é claramente redutora e infrutífera.

Mas, independentemente do *locus do sofrimento*, as perguntas são as mesmas: *Porquê a mim? Porquê neste momento? Porquê este sofrimento?* Esta procura de sentido para o sofrimento, fundamental para que pessoa, não encontra resposta na biomedicina. Na sua *nudez cruel*, o sofrimento apresenta-se como absurdo. Como sustenta Friedrich Nietzsche na sua *(A) Genealogia da Moral*, o que revolta no sofrimento não é o sofrimento em si, mas a sua falta de sentido (Nietzsche, 1990)¹⁴. Esta falta de sentido para o sofrimento contribui acentuadamente para a *desorganização do mundo* da pessoa. Mas não é apenas o *mundo moral* que se desorganiza, é também o *mundo social*, podendo expressar-se de diversas formas como pelos desarranjos familiares, alterações das rotinas e funções dentro da família e pelas alterações das relações com o trabalho¹⁵.

A capacidade dos seres humanos para viver nos lugares mais inóspitos, contrasta com a sua incapacidade para viver em lugares sem ordem. Então as pessoas procuram dar uma ordem, *reorganizar o mundo* que se *desorganizou*.

2.2 – A RE-ORGANIZAÇÃO DO MUNDO – *itinerários terapêuticos*

“Se eu quisesse enlouquecia. Sei uma quantidade de histórias terríveis ...” (Hélder, 2001, p. 9), é assim que Herberto Hélder abre um texto chamado, *Estilo*. Perante um mundo desorganizado, a invenção de um *estilo* permite-nos dar uma ordem a esse mundo. O *estilo* “é o modo subtil de transferir a confusão mental e a violência da vida para um plano mental de uma unidade de significação” (Hélder, 2001, p. 9). Ora, cada pessoa precisa de encontrar o seu *estilo* para reorganizar o mundo que se lhe apresenta desorganizado e no qual não consegue viver. Portanto, só compreendendo o mundo que se desorganizou e o seu processo de desorganização é que o enfermeiro pode estar em condições para contribuir para ajudar a pessoa a encontrar o *estilo* que lhe permita voltar a organizar o seu mundo.

O processo de reorganização do mundo é amplo e, ainda que possa iniciar-se no campo da biologia, seguramente não termina neste. Por um lado, claro que não podemos negar que quando a pessoa se encontra em situação de doença “os acontecimentos do corpo tornam-se os acontecimentos da jornada diária” (Merleau-Ponty, 1999, p. 126), o que significa que a reorganização biológica é importante, apesar de não eliminar a aflição. Por outro lado, não podemos esquecer que a doença também altera os ritmos normais da vida da pessoa, devendo notar-se que a experiência vivida está de acordo com os

¹⁴ N’A morte de *Ivan Illitch*, de L. Tolstói, a pergunta que subjaz a uma boa parte da história e da vida de Ivan Illitch é: qual é o sentido do sofrimento? Note-se a luz final da salvação, “em vez de morte, havia luz” (Tolstói, 2007, p. 95), e as últimas palavras, “«acabou a morte - disse para si. - Já não existe»” (Tolstói, 2007, p. 95).

¹⁵ Este tipo de alterações *sociais* deve interessar aos investigadores que estudam o campo da saúde pois, como referem C. Pusseti e L. Pereira, “a ciência não deve ser estranha ao sofrimento social”(Pusseti e Pereira, 2009, p. 27).

ritmos sociais que nós naturalizamos, como o descanso, trabalho, lazer, concentração ou descontração (Good, 1994). Então é necessário também reorganizar este vasto e singular campo social e cultural, podendo também aqui o enfermeiro contribuir para que a pessoa possa voltar a reconstruir *laços de significado* com o mundo que a envolve.

Decorre daquilo que foi referido que o processo de reorganização do mundo da pessoa é complexo e frequentemente pouco linear. De facto, os itinerários terapêuticos são poucos lineares e não se reduzem monoliticamente a apenas uma medicina pois, recorrentemente, as pessoas recorrem a diversas estratégias terapêuticas, como a biomedicina, a acupuntura, as águas termais, o reiki, ou o recurso a seres sobrenaturais, como o Sousa Martins ou a Senhora da Saúde, entre muitos outros. No entanto, vale a pena salientar dois aspectos, por um lado, a recorrência com que as pessoas utilizam concomitantemente diversas estratégias terapêuticas; e por outro lado, a ocultação de algumas destas práticas, particularmente, aos médicos. Isto acontece acima de tudo porque o discurso do doente é pouco valorizado, quando não é descredibilizado¹⁶.

Mais ainda, o tratamento ainda que seja a expressão intencional e material da cura não é inócuo para a pessoa doente. O tratamento, tal como a doença, pode ter diversas consequências como desarranjos familiares, transtornos profissionais, dificuldades financeiras e ansiedade pessoal. Se o tratamento implicar o internamento num hospital, a pessoa doente ficará afastada da sua cama, do seu quarto, da sua casa, da sua família, do seu trabalho, perderá a sua privacidade, perderá diversos elementos da sua identidade, como a sua roupa ou os seus adornos, no fundo ficará distante da vida que tinha até entrar no hospital. Se o tratamento foi a quimioterapia, decorrente de uma neoplasia, esta terapia pode transformar um *desacreditável* num *desacreditado* (Goffman, 1988), ou seja, o tratamento transforma alguém que possui um estigma oculto em alguém que apresenta um estigma manifesto. Ou seja, é o tratamento que denuncia a doença, devendo ser realçada toda a valorização simbolicamente nefasta que o cancro possui. O enfermeiro pode não conseguir evitar, nem anular, mas poderá atenuar as consequências indesejadas decorrentes dos tratamentos, desde que tenha competência para as identificar e para as contextualizar no mundo da pessoa.

Por fim, encontrar um sentido para a doença e, principalmente, para o sofrimento, apresenta-se como uma dimensão profundamente importante para a pessoa reorganizar o seu mundo. Ainda que os profissionais de saúde possam explicar muito bem o processo, o desenvolvimento da doença ou do seu tratamento, a pessoa quer um sentido para o que lhe aconteceu e, frequentemente, encontra esse sentido na religião. “Estava na hora de Deus o levar para ele não se perder”, foram estas as palavras que “um padre velhinho”, no Santuário de São Bento, disse a uma senhora, que entrevistei, e que serviram para apaziguar o seu sofrimento depois da morte de um filho, após doença, tratamento e sofrimento prolongados¹⁷.

¹⁶ Já nos finais dos anos oitenta, do século XX, que, num artigo clássico da antropologia da saúde, “Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropological and cross-cultural research”, A. Kleinman, L. Eisenberg e B. Good advertiam para o facto de a biomedicina não valorizar a experiência como um objecto legítimo de preocupação clínica (Kleinman, Eisenberg & Good, 1978).

¹⁷ Sobre a relação entre o sofrimento e a religião veja-se um texto, particularmente lúcido, escrito R. Sarró (2009), que lamenta o *silêncio com as ciências sociais se têm deparado nesta questão*. Este antropólogo lembra, ainda, que o *sofrimento vai para além da medicina e apresenta o sofrimento como modelo cultural*.

Talvez o sofrimento leve as pessoas por caminhos no interior de si próprias, que elas desconhecem. Nas palavras de Mia Couto: “A dor o que é? A dor é uma estrada: você anda por ela, no adiante da sua lonjura, para chegar a um outro lado. E esse lado é uma parte de nós que não conhecemos. Eu, por exemplo, já viajei muito dentro de mim” (Couto, 1994, p. 131). Talvez o sofrimento faça das pessoas aquilo que elas realmente são. Marcel Proust (1989) sustenta que os anos de sofrimento foram os melhores da sua vida, foram os que fizeram dele quem ele era, nos anos felizes não aprendeu nada.

A despeito destes sinuosos caminhos, o que é certo é que encontrar um sentido poderá ser um passo importante para inverter a *cavalgada do sofrimento*, acima de tudo para procurar impedir que o sofrimento assuma as *rédeas da vida* da pessoa. Se o enfermeiro tiver competência cultural pode contribuir para que a pessoa transforme o *magnetismo vital do sofrimento* no *magnetismo da vida*, isto é, que a vida volte a ser central para a pessoa.

CONCLUSÃO

Nesta viagem vertiginosa de algumas páginas, do sinal/sintoma até aos itinerários terapêuticos, da desorganização do mundo até a sua reorganização, certamente muito ficou por dizer sobre a experiência da enfermidade e ainda mais sobre a saúde. A empresa da humanização dos cuidados de saúde que subjaz àquilo a que chamei *salvar a pessoa*, não se esgota na competência cultural, nem a competência cultural se reduz às dimensões da doença. Acrescente-se também que, ainda que as situações de cuidados sejam em si mesmo antropológicas, como diz a Marie-Françoise Collière (1990 e 1992), exigem bem mais do que competência cultural, contudo esta apresenta-se como profundamente relevante num mundo em que as migrações de pessoas (e também de terapeutas) são cada vez mais evidentes.

Em Portugal, a diversidade cultural é cada vez maior, temos cerca de 500 mil imigrantes com diferentes nacionalidades (brasileiros, ucranianos, moçambicanos, angolanos, caboverdianos entre outras), línguas e crenças religiosas. Esta realidade cultural faz invocar as propostas de Madeleine Leininger, claramente próximas da antropologia¹⁸, nomeadamente os conceitos de *enfermagem transcultural* e a *teoria dos Cuidados Culturais*, que permitem que os enfermeiros possam aceder a uma nova forma de compreender os indivíduos, as famílias e as culturas (Leininger, 1988)¹⁹.

¹⁸ Esta proximidade está bem patente, desde logo, no título da importante obra, *Nursing and anthropology: Two worlds to blend* (Leininger, 1970).

¹⁹ De facto, a exigência cultural para os profissionais de saúde é cada vez maior pois, como sustentam C. Pusseti e L. Pereira, estes técnicos encontram-se “cada vez mais envolvidos em situações nas quais está presente um gradiente de alteridade cultural que corre o risco de tornar inaplicáveis e inadequados os processos rotineiros de intervenção clínica, ou pelo menos de diminuir bastante a sua eficácia” (Pusseti e Pereira, 2009, p. 19). Por outro lado, note-se que, nos últimos anos, as relações entre os migrantes e a saúde, em Portugal, tem merecido o interesse dos cientistas sociais, sendo isso mesmo visível em diversas publicações, das quais se salientam: *Os Saberes da Cura – Antropologia da doença e das práticas terapêuticas*, organizado por L. Pereira, e C. Pusseti (2009), *Migrantes e saúde mental: a construção da competência cultural*, coordenado por C. Pusseti (2009) e o Número Temático da Revista *Migrações*, dedicado à “Imigração e Saúde”, organizado por S. Dias (2007).

De facto, os enfermeiros com os seus ideais holísticos e com a sua proximidade com a pessoa doente estão numa posição privilegiada para executar a *competência cultural* e assim contribuir para a humanização dos cuidados de saúde e deste modo, *salvar a pessoa*.

Samuel Beckett na sua obra mais conhecida, *À Espera de Godot*, coloca o personagem Vladimir a reagir desta forma perante gritos de socorro: "(...) Aqueles gritos de socorro que ainda tilintam nos nossos ouvidos, foram dirigidos a toda a humanidade! Mas neste local, neste momento, nós somos toda a humanidade, quer queiramos quer não" (Beckett, 2001, p. 105). Para terminar, e alicerçados na ideia do Beckett, valerá a pena recordar o início deste artigo. A janela do Kafka onde deveria estar a humanidade fecha-se e K. é executado. Quando, no fundo do hospital, no fundo da noite, *a pessoa que está doente* pede ajuda, ela está a pedir ajuda a toda a humanidade e naquele local, naquele momento, o enfermeiro é toda a humanidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Augé, M. (1994). Ordre biologique, ordre social: la maladie forme élémentaire de l'événement. In M. Augé & C. Herzlich (org.). *Le Sens du mal – Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (pp. 35-91). Paris: Éditions des archives contemporaines. (Obra original publicada em 1984).
- Beckett, S. (2001). *À Espera de Godot*. Lisboa: Cotovia. (Obra original publicada em 1952).
- Collière, M-F. (1990). L'apport de l'anthropologie aux soins infirmiers. *Anthropologie et Société*, 14, 115-123.
- Collière, M-F. (1992). De l'utilisation de l'anthropologie pour aborder les situations de soins. *Soins*, 557, 43-58.
- Couto, M. (1994). Os olhos fechados do diabo do advogado. In *Estórias Abensonhadas* (pp. 127-132). Lisboa: Caminho.
- Dias, S. (org.) (2009), Número Temático: Imigração e Saúde. *Revista Migrações*, nº 1.
- Eisenberg, L. (1977). Disease and Illness - Distinctions Between Professional and Popular Ideas of Sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 9-23.
- Hélder, H. (2001). Estilo. In *Os passos em volta* (pp. 9-12). Lisboa: Assírio & Alvim.
- Foucault, M. (2002). O nascimento do hospital. In *Microfísica do Poder* (pp. 99-111). Rio de Janeiro: Graal. (Obra original publicada em 1979).
- Foucault, M. (2004). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes. (Obra original publicada em 1987).
- Gaines, A. (2005). Biomedicine. *Encyclopedia of Anthropology*, SAGE Publications. http://www.sage-ereference.com/anthropology/Article_n115.html. (consultado em 14-11-2008).
- Gaines, A. D. & Davis-Floyd, R.(2004). Biomedicine. In C. Ember e M. Ember (eds.). *Encyclopedia of Medical Anthropology – Health and Illness in the World's Cultures* (pp. 95-109). 1, Yale: Human Relations Area Files.

- Gaines, A. D. & Hahn, R. A. (1985). Among the Physicians: Encounter, Exchange and Transformation. In R. A. Hahn & A. D. Gaines (eds.). *Physicians of Western Medicine: Anthropological Approaches to Theory and Practice* (pp. 3-22). Dordrecht: Reidel.
- Geertz, C. (1997). Descrição densa: hacia una teoria interpretativa de la cultura. In *La interpretación de las culturas* (pp. 19-40). Barcelona: Gedisa. (Obra original publicada em 1971)
- Goffman, E. (1988). *Estigma – Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara. (Obra original publicada em 1963).
- Goffman, E. (1987). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva. (Obra original publicada em 1961).
- Good, B. (1994). *Medicine, rationality, and experience – An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Good, M-J D., Brodwin, P. E., Good, B. J. & Kleinman, A. (1994). Pain as Human Experience: An Introduction. In M-J D. Good, P. E. Brodwin, B. J. Good & A. Kleinman (eds.). *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*. (pp. 1-28). Berkeley: University of California Press.
- Le Goff, J. (org.) (1997). *As Doenças têm história*. Lisboa: Terramar. (Obra original publicada em 1985).
- Kirmayer, L.J., Smith, A. & Dao, T.H.T. (1998). Somatization and psychologization: Understanding cultural idioms of distress. In S. Okpaku (Ed.). *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry* (pp.233-265). Washington: American Psychiatric Press.
- Kleinman, A. (1973). Some Issues for Comparative Study of Medical Healing. *International Journal of Social Psychiatry*, 19, 159-165.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*, 12, 85-93.
- Kleinman, A. (1981). *Patient and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (1992). Local Worlds of Suffering: An Interpersonal Focus for Ethnographies of Illness Experience, *Qualitative Health Research*, 2, 127-134.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. (1978). Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.
- Kafka, F. (1999). *O Processo*. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Leininger, M. (1970). *Nursing and anthropology: Two worlds to blend*. Nova Iorque: JohnWiley.
- Leininger, M. (1988). Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. *Nursing Science Quarterly*, 1, 152-160.
- Mann, T. (2009). *A Montanha Mágica*. Lisboa: Dom Quixote.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1945).

-
- Nietzsche, F. (1990). *A Genealogia da Moral*. Lisboa: Guimarães Editores. (Obra original publicada em 1887).
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *As competências dos enfermeiros de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, P. (2007). Peregrinações *pouco católicas* – O locus religioso das peregrinações a pé a Fátima. *Revista de Ciências Humanas*, v. 41, n. 1 e 2, 179-193.
- Pereira, P. (2011). *Corpo por Corpo*: um estudo de caso da experiência de aflição/doença. In M. L. Santos e M. S. Ferreira (orgs.). *O Éden e a Saúde* – Olhares cruzados sobre o sofrimento, o trabalho e o lazer (pp. 34-66). Lisboa: Placebo.
- Proust, M. (1989). *Os Prazeres e os Dias*. Lisboa: Estampa.
- Pusseti, C. (coord.) (2009). *Migrantes e saúde mental: a construção da competência cultural*. Lisboa: ACIDI.
- Pusseti, C. e Pereira, L. S. (2009). Introdução. In L. S. Pereira C. Pusseti (orgs.). *Os Saberes da Cura – Antropologia da doença e das práticas terapêuticas* (pp.15-29). Lisboa: ISPA.
- Sarró, R. (2009). O sofrimento como modelo cultural: Uma reflexão antropológica sobre a memória religiosa na diáspora africana. In L. S. Pereira C. Pusseti (orgs.). *Os Saberes da Cura – Antropologia da doença e das práticas terapêuticas* (pp.33-51). Lisboa: ISPA.
- Scheper-Hughes, N. & Lock, M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 1, 1, 6-41.
- Sontag, S. (1998). A Doença como Metáfora. In *A Doença como Metáfora e A Sida e as Suas Metáforas* (pp. 10-94). Lisboa: Quetzal. (Obra original publicada em 1977).
- Tchékhov, A. (2008). Saudade. *Contos* (pp. 7-13). Lisboa: Relógio D'Água.
- Tolstói, L. (2007). *A Morte de Ivan Iliitch*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Tylor, E. (1920). *Primitive Culture: Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Language, Art, and Custom*. Vol. I. Londres: John Murray. (Obra original publicada em 1871).
- Walser, H. H. & Koelbing, H. M. (1985). Introducción: conversacion con Ervin H. Ackerknecht. In E. Ackerknecht. *Medicina y antropologia social* (pp. 9-18). Madrid: Akal.
- Ware, N. C. & Kleinman, A. (1992). Culture and Somatic Experience: The Social Course of Illness in Neurasthenia and Chronic Fatigue Syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 54, 546-560.
- Young, A. (1982). The Anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11. 257-285.