

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e07.c07>

## SENSIBILIDADE, COMPETÊNCIA E HUMILDADE CULTURAL NO CUIDADO EM SAÚDE

**Ana Elisa Bersani<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-1894-3093

**Anneli Moraes Rabelo Nobre<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-0121-4468

**Lucas Naufal Macedo<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0003-0270-133X

**Luciana de Andrade Carvalho<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0001-5091-8379

<sup>I</sup>Universidade Estadual de Campinas.  
Campinas, São Paulo, Brasil.

<sup>II</sup>Organização Internacional para as Migrações.  
São Paulo, São Paulo, Brasil.

<sup>III</sup>Universidade de São Paulo.  
São Paulo, São Paulo, Brasil.

**Autora Correspondente:**

Luciana de Andrade Carvalho  
[lucarvalho03@gmail.com](mailto:lucarvalho03@gmail.com)



### Como citar:

Bersani AE, Nobre AMR, Macedo LN, Carvalho LA. Sensibilidade, Competência e Humildade Cultural no cuidado em saúde. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 62-71 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c07>

Revisora: Carmem Lúcia de Albuquerque Santana.  
São Paulo, São Paulo, Brasil.

### INTRODUÇÃO

Pensar as práticas de saúde, a partir de uma compreensão ampla sobre as múltiplas vulnerabilidades a que as pessoas podem estar susceptíveis, impõe novas perspectivas sobre determinantes que vão muito além dos agentes biológicos específicos. Implica novos desafios, já que considera a chance de exposição ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais. Além disso, as próprias possibilidades de proteção e manutenção da saúde aparecem de forma indissociável da disponibilidade de recursos de distintas ordens a que se pode acessar.

Através do uso do termo “vulnerabilidade”, esse movimento dentro do campo da saúde privilegia, desde pelo menos os anos 90<sup>(1)</sup>, proposições que defendem estratégias de prevenção e cuidado não restritas à redução individual de riscos, mas ampliadas àquelas de potencial alcance social e estrutural. O foco da análise/avaliação desloca-se da esfera do indivíduo e passa a abordar outros elementos de primordial importância: os recursos e constrangimentos de natureza cultural, econômica e política – todos distribuídos de forma desigual entre os segmentos sociais.

Neste capítulo, apresentamos três conceitos que surgiram nas últimas décadas e têm mobilizado as discussões sobre a importância da intersecção entre saúde e cultura: **sensibilidade cultural, competência cultural e humildade cultural**. Tais ferramentas conceituais valorizam a interdisciplinaridade e têm sido fundamentais para a ampliação do arsenal teórico e metodológico no ensino e na formação profissional na área da saúde. Além disso, orientam condutas e auxiliam no desenvolvimento de estratégias de cuidado que estariam mais de acordo com as visões de mundo das pessoas que recebem a assistência. O objetivo, portanto, é refletir sobre como se apresenta a problemática cultural na saúde, incorporando certas reflexões críticas desenvolvidas por esse campo.



## CONSTRUÇÃO SOCIOCULTURAL DA DOENÇA

Todo fenômeno humano é também social e cultural, como é o caso da dor, do sofrimento, do corpo, da saúde e da doença. Ao olhar para a saúde e a doença como um constructo social, as ciências humanas e, mais especificamente, a antropologia buscaram se situar em relação aos saberes biológicos. O precursor do debate sobre o caráter social dos sentimentos ou dos usos do corpo foi o clássico antropólogo Marcel Mauss<sup>(2,3)</sup>. De acordo com o autor, para se compreender a própria experiência fisiológica do corpo, precisamos nos referir às categorias sociais que lhe dão sentido. Um bom exemplo disso é a ideia de dor, já que a forma como cada pessoa vive a sua realidade corporal está sempre em relação à coletividade da qual faz parte. Assim, os sistemas classificatórios das doenças são construções simbólicas e estão necessariamente articulados ao universo social que o constrói e exprime.

Reconhecendo que a definição do que é doença (sua classificação e os sintomas arrolados) varia de cultura para cultura – não correspondendo necessariamente às categorias da biomedicina –, a etnomedicina tradicional já buscava identificar as categorias das doenças de acordo com os grupos estudados, criando uma espécie de inventário cultural<sup>1</sup>. Os trabalhos nessa área foram importantes para a demonstração de que as classificações e os diagnósticos das doenças entre povos, considerados primitivos na época, eram também sofisticados, complexos e baseados na observação da realidade empírica. No entanto, a ideia de cultura, conceituada, de forma bastante instrumental, como um sistema fixo e homogêneo, compartilhado por todos de um mesmo grupo, já está ultrapassada<sup>(4)</sup>.

A cultura não é uma unidade estática e homogênea de valores, crenças e normas, mas uma expressão humana, “gramática cultural”, construção simbólica do mundo sempre em transformação<sup>(5)</sup>. Trata-se de um sistema fluido e aberto, pois é resultado da interação de atores heterogêneos que estão agindo juntos para entender os eventos e procurar soluções. A cultura é expressa, justamente, na interação social, em que os atores comunicam e negociam significados.

Nessa perspectiva, a doença não é apenas uma categoria diagnóstica, mas um processo que requer interpretação e ação no meio sociocultural, o que implica, por exemplo, uma negociação de significados na busca pela cura. Para compreendê-la, é necessário olhar para todo o seu processo: o seu itinerário terapêutico e os discursos dos atores envolvidos em cada passo da sequência de eventos desencadeados. Se aplicarmos essa lógica ao domínio da medicina, o próprio sistema de saúde oficial norteador por ela é também um sistema cultural, de significados ancorados em arranjos particulares de instituições, com padrões de interações interpessoais entre profissionais do campo e destes com os pacientes.

Ao longo das últimas décadas, acompanhando os debates sobre o próprio conceito de cultura nas ciências humanas, também a forma como é incorporado pelo campo da saúde passou por transformações significativas. A partir da década de 1970, vários antropólogos começaram a propor visões alternativas à apresentada pela biomedicina sobre o conceito de doença, formando as bases do que conhecemos hoje como antropologia da saúde ou médica<sup>(7-15)</sup><sup>2</sup>. Esses pesquisadores trabalharam na construção de paradigmas em que o biológico estaria articulado ao cultural<sup>3</sup>.

Na perspectiva antropológica, o corpo “não existe fora do registro simbólico, nem lhe antecede”<sup>(16)</sup>. Tal visão difere daquela de um discurso biomédico que pensa a existência corporal enquanto algo autônomo,

- 1 Um exemplo clássico desse tipo de trabalho pode ser encontrado no estudo feito por Frake (1961), sobre a classificação das doenças de pele entre os Subanum das Filipinas<sup>(6)</sup>.
- 2 Há controvérsias sobre os desenvolvimentos de duas vertentes acadêmicas distintas nesse campo: a “antropologia médica” e a “antropologia da saúde”. A primeira formada a partir da matriz antropológica norte-americana e anglo-saxônica e a segunda está vinculada a uma tradição francesa. Ambas reivindicam tônicas distintas de abordagem, como discute Sarti, 2010<sup>(16)</sup>. Para este artigo, de caráter introdutório, estamos considerando as contribuições do campo como um todo, já que suas relações complexas exigiriam um olhar mais detido. Sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde no Brasil, ver Canesqui, 1994<sup>(19)</sup>; Rabelo e Alves, 1998<sup>(20)</sup>; e Minayo e Coimbra, 2005<sup>(21)</sup>.
- 3 Para uma reflexão complementar sobre os elementos conceituais e metodológicos da Antropologia médica ou da saúde, ver também Uchôa e Vidal, 1994<sup>(22)</sup>.



constituído *a priori* (no registro da “natureza”), ao qual se agregam fatores psíquicos e culturais. Autores importantes, como Canguilhem<sup>(17)</sup>, abrem caminho para uma crítica contundente à objetividade da biologia a partir da experiência concreta do “ser vivo”, voltando seu olhar para o doente. Segundo o pesquisador, a experiência fundamental para o conhecimento sobre a doença é do doente. A subjetividade também ganha um lugar importante nesse cenário.

Como podemos ver, a construção sociocultural da doença como experiência vivida vai além da ideia de que, havendo categorias classificatórias diferentes para pessoas de grupos diferentes, identificar as categorias seria suficiente para se entender a visão de tais grupos sobre saúde. Levar a sério essa perspectiva implica olhar para a doença como um processo subjetivo, construído através de contextos socioculturais complexos, vivenciado de formas distintas pelos atores nele implicados<sup>(11,18)</sup>.

Assim, a doença não é mais um conjunto de sintomas físicos universais, observados numa realidade empírica, mas sim um processo subjetivo no qual a experiência corporal é sempre mediada pela cultura. Não é um momento único, nem uma categoria fixa, mas uma sequência de eventos que se encadeiam na tentativa de compreender o sofrimento, organizar a experiência vivida e aliviar o sofrimento.

A reflexão sobre a importância da cultura (sempre em articulação com os marcadores de diferença social, como classe, raça/etnia, gênero e geração) na constituição e expressão de processos de saúde e doença tem dado origem a um novo debate sobre as possibilidades de “alargamento da razão”, através da experiência da alteridade – do contato com o conhecimento de um universo cultural alheio. É nesse contexto que os conceitos apresentados aqui foram forjados, a partir de aproximações e afastamentos entre os saberes das ciências humanas e da biomedicina, em busca de fundamentos que permitam aos profissionais abordar os diferentes modos de ser, de viver e de sofrer nos cuidados ofertados.

## SENSIBILIDADE CULTURAL

O termo Sensibilidade Cultural, vindo das áreas de Comunicação e Marketing Social, abre as discussões sobre como desenvolver estratégias e mecanismos de intervenção em contextos transculturais. A necessidade surge justificada predominantemente pelos seguintes fatores: maior incorporação das pautas sobre diversidade, incluindo debates sobre raça e etnia, nos espaços político-sociais nacionais e internacionais; e ondas migratórias que configuram fontes multiculturais de força de trabalho. Sendo assim, a multiplicidade de grupos e indivíduos e suas formas de compreensão dos significados de doença e saúde, cuidados e prevenção, sintomas e tratamentos traz para a atenção primária um primeiro questionamento: como desenvolver intervenções que possam dar conta das diferenças sem patologizá-las, sendo culturalmente sensíveis<sup>(23)</sup>?

Os autores que trazem esse questionamento para os cuidados em saúde sentem, primeiramente, a necessidade de compreensão e definição de conceitos como cultura, raça, etnia, diversidade, multiculturalismo, os quais são amplamente debatidos dentro das Ciências Sociais. A partir disso, buscam compreender como esses aspectos determinam comportamentos individuais, coletivos e organizacionais, ou seja, os modelos de compreensão sobre o comportamento humano podem ser generalizados e aplicados em quaisquer contextos ou grupos sem que sua efetividade e validade sejam comprometidas<sup>(24)</sup>?

Baseando-se nessa pergunta, as propostas de conceitualização e elaboração de modelos do que seria um profissional ou um serviço culturalmente sensível são exploradas a partir da mesclagem de metodologias quantitativas, por exemplo, observando a frequência da incidência de determinados termos na literatura<sup>(25)</sup>, e qualitativas, por meio de grupos focais, entrevistas, aplicação de questionários<sup>(24)</sup>, destacando-se o Modelo de Desenvolvimento de Sensibilidade Intercultural<sup>4</sup>, desenhado por Milton Bennet. Esse modelo qualitativo é baseado em teorias da comunicação, a partir de uma percepção construtivista que entende o processo de

4 *Developmental Model of Intercultural Sensitivity.*



elaboração da identidade como um produto de complexas categorias que se incorporam e conformam ao longo do desenvolvimento das capacidades de apreender, discriminar e categorizar fenômenos. Da mesma forma, a aquisição de sensibilidade cultural desenvolve-se por etapas, tendo por objetivo a ampliação do repertório comunicativo de indivíduos, comunidades e organizações, bem como a competência para mediar e solucionar conflitos em contextos multiculturais. O autor define que uma mente competente interculturalmente é aquela que incorpora as capacidades de comunicação, os pensamentos, as atitudes e as emoções (*intercultural mindset, intercultural skillset*) de uma forma culturalmente sensível<sup>(26)</sup>.

Segundo Bennet, as etapas de desenvolvimento de sensibilidade cultural são divididas em 6 estágios, que vão do Etnocentrismo ao Etnorrelativismo, polo no qual profissional, organização ou equipamento já teceu categorias mais amplas e complexas de empatia e alteridade, ou seja, houve a incorporação de diversidade na construção das categorias de “outro”. Tal desenvolvimento pode ser alcançado por meio do contato com as comunidades público-alvo e treinamentos para as equipes dos serviços que se relacionam e buscam atender às demandas desses grupos. Em outros termos, para que uma intervenção seja culturalmente sensível, é fundamental unir conhecimento subjetivo, visão de mundo, e conhecimento estrutural. Além disso, o autor também sugere que o modelo aponta para caminhos assertivos de observação da aplicabilidade das competências adquiridas em comunicação intercultural na mediação de conflitos, através da incorporação das pautas de diversidade, de maneira transversal, dos processos organizativos e de formação de lideranças comunitárias, bem como na própria oferta dos serviços de saúde<sup>(27)</sup>.

A divisão dos 6 estágios dentro da progressão do Etnocentrismo ao Etnorrelativismo é feita da seguinte forma: *Negação, Defesa e Minimização* seriam as 3 etapas de desenvolvimento ainda no polo denominado “etnocêntrico”, em que a cultura dominante é tida como única válida, em uma posição de poder em relação ao que é estrangeiro (*outsider*), refletida na posição dicotômica *nós x eles*. As relações etnocêntricas são usualmente projetivas, carregadas de estereótipos, sem relação dialética. Da mesma forma, a nível organizacional, nesse ponto não existem estruturas de coordenação ou políticas voltadas para o reconhecimento da diversidade cultural<sup>(27)</sup>.

A superação da relação dualista e hierárquica conduz o caminho para as outras 3 etapas: *Aceitação, Adaptação e Integração*, as quais fazem parte do polo “etnorrelativista”, no sentido da compreensão de que as culturas são igualmente complexas, contudo, diferem em suas formas e manifestações, sem implicar necessariamente uma relação hierárquica ou de privilégio de uma cultura em detrimento de outra. Nesse polo, a identidade é vista como algo dinâmico, e existe sustentabilidade no processo de incorporação das diferenças, compondo e amplificando repertórios transculturais previamente elaborados. A nível comunitário e organizacional, nesse estágio, existem políticas, mecanismos e procedimentos de inclusão de contextos plurais implementados<sup>(26)</sup>.

O Modelo de Desenvolvimento de Sensibilidade Intercultural tem o intuito de sistematizar a observação das posições iniciais de indivíduos, comunidades e organizações, identificadas mediante a aplicação de questões relativas a cada um dos estágios. A partir disso, é realizada a medição do desenvolvimento da percepção e elaboração de categorias de alteridade e aquisição de competências culturais<sup>(27)</sup>.

Um dos resultados práticos é a maior gama de possibilidades de intervenção sob medida (*tailored*), culturalmente apropriadas para o público-alvo, que usufrui da entrega dos serviços, inclusive favorecendo o acesso a estes, assim como o desenho de abordagens específicas para treinamentos em diversidade e multiculturalismo, voltadas para as equipes que atuam nos serviços de atenção básica da saúde, fortalecendo capacidades individuais e institucionais, com vistas à etapa final de integração em todos níveis: individual, comunitário e estrutural<sup>(26)</sup>.

## COMPETÊNCIA CULTURAL

Como vimos, o conceito de competência cultural é mobilizado como um atributo essencial para o alcance do que se entende por sensibilidade cultural. O conceito de competência cultural na saúde tornou-se bastante popular na literatura de língua inglesa, havendo uma extensa literatura internacional sobre competência



cultural, principalmente dos Estados Unidos. Ganhou relevância por ter sido apresentado como uma forma de diminuir as desigualdades em saúde observadas no atendimento a populações chamadas “minoritárias”, que, segundo o *U.S. Office of Management and Budget*, seriam afro-americanos, hispânicos, asiáticos, povos do Pacífico, indígenas norte-americanos e do Alasca<sup>(28)</sup>.

Em diversos textos, o estudo de Cross et al. (1989)<sup>(29)</sup> é apontado como o ponto de origem do conceito de competência cultural mais utilizado atualmente. Nesse estudo, a competência cultural é definida como

um conjunto congruente de comportamentos, atitudes e políticas que se juntam em um sistema, agência ou em profissionais para trabalharem de forma efetiva em situações interculturais<sup>5(29)</sup>.

O estudo define “cultura” como um “padrão integrado de comportamentos humanos que inclui pensamentos, comunicação, ações, costumes, crenças, valores e instituições de um grupo racial, étnico, religioso ou social”<sup>6</sup>. A palavra “competência” foi escolhida porque implica que uma pessoa pode desenvolver a “capacidade de funcionar de forma efetiva”<sup>7</sup>. Um sistema de cuidado culturalmente competente reconhece e incorpora em todos os seus níveis: (1) a importância da cultura, (2) a avaliação de relações interculturais, (3) atenta-se à dinâmica que resulta de diferenças culturais, (4) expande seu conhecimento cultural e (5) adapta os serviços para atender as necessidades culturais específicas<sup>(29)</sup>.

A competência cultural é apresentada como um objetivo em direção ao qual profissionais e agências podem se encaminhar. É descrito um *continuum* crescente da competência cultural, composto por destrutibilidade, incapacidade, cegueira cultural, pré-competência cultural, competência cultural e proficiência cultural, as quais podem ser caracterizadas, de maneira resumida, da seguinte forma: a destrutibilidade seria causar um mal de maneira intencional; a incapacidade seria causar o mal de forma não intencional; a cegueira cultural seria quando não se causa mal, mas se trata o paciente como qualquer outro (padronização do cuidado), ignorando as nuances próprias do atendimento transcultural; a pré-competência seria quando o profissional ou o sistema passam a se preocupar com resultados mais positivos à população culturalmente diversa em questão; a competência seria quando se buscam conhecimento e formas efetivas de melhorar o cuidado; e, finalmente, a proficiência seria quando já se tem um corpo de conhecimento e se reconhece a necessidade de atualização constante.

A proposta é, sobretudo, que seja um processo dinâmico, com aprendizado e transformação constantes<sup>(29)</sup>. Assim, um profissional culturalmente competente tem conhecimento o mais atualizado possível e está sempre em busca de aprimoramento, valoriza uma boa relação com o paciente, conhece características relevantes da cultura do paciente e responde a elas com estratégias adequadas de comunicação, procura explorar as crenças do paciente sobre a doença, os seus comportamentos, as expectativas do tratamento e as reações da família<sup>(30)</sup>. Um sistema culturalmente competente é aquele que valoriza a diversidade, está consciente das dinâmicas inerentes da interação cultural, divulga o conhecimento cultural na instituição, avalia-se constantemente e busca estratégias para se adaptar à diversidade<sup>(28)</sup>.

Alguns modelos de Competência Cultural foram elaborados por profissionais da área da enfermagem. O mais famoso é o modelo desenvolvido por Madeleine Leininger, considerada a fundadora da Enfermagem Transcultural nos anos 50-60. Ela desenvolveu a teoria da “Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural”, cujo objetivo era prover um cuidado transcultural que pudesse contribuir para a saúde e bem-estar das pessoas, ou ajudá-las a lidar com deficiências e morte. As bases da teoria são: (1) cuidado como a essência do

5 A set of congruent behaviors, attitudes, and policies that come together in a system, agency, or amongst professionals and enables that system, agency, or those professionals to work effectively in cross-cultural situations.

6 Integrated pattern of human behavior that includes thoughts, communications, actions, customs, beliefs, values, and institutions of a racial, ethnic, religious, or social group.

7 Having the capacity to function effectively.



trabalho da enfermagem e (2) há diferenças e semelhanças entre culturas. A representação visual da teoria é na forma de um “sol nascente” (*Sunrise*), em que os raios de sol são sete fatores que influenciam um indivíduo e sua família em relação a saúde e doença: tecnológicos, religiosos e filosóficos, sociais e de parentesco, valores culturais, crenças e modos de viver, políticos e legais, econômicos e educacionais<sup>(31)</sup>.

O modelo de Campinha-Bacote é usado na área da saúde em geral, não se restringindo à Enfermagem<sup>(32)</sup>. Iniciou-se com uma forma linear que continha quatro conceitos: consciência cultural, conhecimento cultural, habilidades culturais e encontros culturais<sup>8</sup>. Em 1998, a autora reviu o modelo e fez um diagrama de Venn com os conceitos, reconhecendo pontos em comum, incluindo também “desejo cultural”<sup>9</sup> como o ponto de partida do processo<sup>(33)</sup>.

Outro modelo popular é o Modelo de Competência Cultural de Purnell, que também tem a proposta de ser usado em qualquer área da saúde. Purnell estabelece quatro níveis que devem ser levados em conta na avaliação do paciente: sociedade global, comunidade, família e indivíduo. Dentre desses, existem doze domínios que podem ser usados para analisar as situações. Também descreve um *continuum* de competência em que o profissional poderia se encontrar em diferentes momentos e em diferentes situações de cuidado: inconscientemente incompetente, conscientemente incompetente, conscientemente competente, inconscientemente competente<sup>(34)</sup>.

Outros modelos da área da enfermagem incluem o Modelo de competência cultural e confiança, de Jeffreys, o Modelo de avaliação transcultural, de Giger e Davidhizar, e o Modelo de herança e tradições, de Spector<sup>(32)</sup>.

O conceito de competência cultural é usado como base para treinamentos e capacitações, porém, existem muitas críticas a estes e ao próprio conceito: pouca concordância entre definições e abordagens do conceito, problemas com conceito de cultura, poucas pesquisas sobre resultados e efetividade de treinamentos<sup>(35)</sup>. De maneira geral, os treinamentos e as capacitações propõem que os profissionais conheçam e estudem características, valores e crenças de grupos culturais específicos, o que leva a generalizações, simplificações e criação de estereótipos<sup>(36)</sup>. Assim, “cultura” é apresentada como estática e quase homogênea, o que limita a abertura dos profissionais a considerar variações individuais e sociedades mais complexas, com uma grande variedade de grupos culturais coexistindo<sup>(37)</sup>.

## HUMILDADE CULTURAL

A humildade cultural pode ser definida como um processo de estar ciente de como a cultura pode afetar comportamentos relacionados à saúde. Dessa forma, essa consciência pode ser revertida em abordagens mais sensíveis no tratamento de pacientes<sup>(38)</sup>. A humildade cultural, diferentemente da competência cultural, não possui uma forma de avaliação quantitativa, o que favorece sua implementação no ensino das diversas áreas ligadas à saúde, além de representar um processo contínuo que requer autorreflexão e autocrítica<sup>(39)</sup>. Um dos pilares da humildade cultural é o profissional de saúde estar ciente a qual cultura e a quais percepções culturais pertence. A falta dessa dita noção cultural pode ser um risco de imposição das crenças de quem fornece o atendimento durante a interação com o paciente. Inclusive, para facilitar essa habilidade, recomenda-se que o estudante se engaje em atividades culturais, leia livros, assista a filmes, emerja-se em referências que fortaleçam essa identidade cultural. O contrário, olhar para a própria cultura, também é incentivado. Explorar outra cultura nos faz refletir sobre nossas próprias reações ao nos depararmos com o diferente, indo além de apenas estudar sobre diversas práticas culturais<sup>(40)</sup>.

Justamente pela dificuldade em quantificar a humildade cultural e até de defini-la, Foronda et al.<sup>(41)</sup> realizaram uma análise conceitual para delinear uma definição para o termo, que foi utilizado em diversos contextos,

8 Cultural awareness, cultural knowledge, cultural skills and cultural encounters.

9 Cultural desire.





com indivíduos de diferentes etnias e raças, preferências sexuais, status socioeconômico e diferentes papéis interprofissionais nas relações de saúde-paciente. Foram levantados os seguintes atributos relacionados à humildade cultural, descrita como um processo vitalício: abertura, autoconsciência, privação do ego (traduzido livremente de *egoless*), interações de apoio, autorreflexão e crítica.

A abertura foi o primeiro atributo identificado. Aqui, o seu conceito vem da ideia de que o indivíduo precisa ter a cabeça aberta ou estar aberto a interações culturalmente diversas para que a humildade cultural se estabeleça, ou seja, a abertura corresponde à atitude de querer explorar novas ideias, sendo um dos passos iniciais no processo da humildade cultural.

A autoconsciência é o segundo atributo, definida como: compreender suas habilidades e limitações, possuir autoconhecimento, estar consciente de suas próprias forças, limitações, valores, crenças, comportamentos e aparência frente ao outro, quando se estiver trabalhando com pessoas de diferentes culturas.

A terceira atitude é a privação do ego (*egoless*). Alguns termos podem ajudar a construir a ideia da privação do ego, como humilde, modesto, ter neutralidade, aproximação com outros por igual, falta de superioridade. Privação do ego é definido como sendo humilde e vendo os valores dos outros em um plano horizontal. Dessa forma, achatar-se-ia qualquer hierarquia ou diferencial de poder.

O quarto atributo corresponde à interação de apoio. Esse termo foi escolhido por abarcar diferentes tipos de engajamentos e ações que ocorrem quando a humildade cultural está sendo implementada. As interações de apoio são definidas como cruzamentos entre as existências dos indivíduos, que resultam em trocas humanas positivas, devendo ocorrer como parte do processo.

O quinto e último atributo é a autorreflexão e crítica, definido como um processo crítico de reflexão sobre os próprios pensamentos, sentimentos e ações. É descrito como a jornada ou o processo interminável de contínua reflexão e aperfeiçoamento.

Uma vez que a humildade cultural se estabelece, as consequências esperadas são poder mútuo, parcerias, respeito, ótimo cuidado e ensinamento vitalício. Empregar a humildade cultural significa estar consciente dos desequilíbrios de poder e ser humilde em toda interação com qualquer indivíduo. Não é um processo imediato, pois requer tempo, educação, reflexão e esforço para que progressos aconteçam.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há dúvida de que uma melhor compreensão de aspectos culturais e sociais tem implicação direta nas práticas, permitindo-nos desvendar estratégias particulares e modos de cuidar específicos, o que é imprescindível para uma atuação mais engajada com as desigualdades sociais que atravessam o cotidiano da saúde<sup>(42,43)</sup>. Lidar com a variabilidade cultural na saúde, como estimulam os conceitos em questão, implica desnaturalizar as relações sociais, problematizando o determinismo biológico e as condições de produção do conhecimento científico. Implica, conseqüentemente, a adoção de uma postura reflexiva e crítica sobre a própria práxis.

Os diferentes conceitos apresentados têm o mesmo objetivo: auxiliar profissionais a levarem em conta questões culturais em seus trabalhos, apresentando formas de analisar e compreender as situações e os conflitos que surgem do contato intercultural. Além disso, apresentam formas de aplicar na prática os princípios colocados.

De maneira geral, todos os conceitos buscam o estabelecimento de diálogo entre partes com visões de mundo divergentes, inclusive, o conceito de Sensibilidade Cultural tem um foco importante em comunicação e técnicas de comunicação<sup>(26)</sup>. Dessa forma, todos os conceitos abordam a relação e os elementos que estão em jogo. Os conceitos de Sensibilidade e Competência Culturais dão relevância ao aprendizado de elementos que seriam específicos de determinadas culturas. Assim, trabalham com uma definição de cultura mais estática, de um conjunto de crenças e valores compartilhados por um grupo específico. Isso permite que se estructurem programas de treinamento mais objetivos e que se tornaram bastante populares. Na área da saúde, os treinamentos em Competência Cultural normalmente assumem esse formato e são muito numerosos<sup>(37)</sup>.



Todos os conceitos também falam da importância de reconhecer que o desenvolvimento pessoal do profissional deve ser constante, pois nunca se estará completamente pronto para lidar com todo conflito que surgir de encontros interculturais. No entanto, o conceito de Humildade Cultural propõe-se a falar diretamente da relação, com destaque às questões de poder inerentes às relações de cuidado em saúde, um tema que aparece marginalmente nos outros conceitos. Sensibilidade Cultural propõe uma forma de autoanálise, enumerando etapas de um processo interno, sem necessariamente abordar as diferenças de poder de forma tão direta.

Um ponto importante para qualquer uma das abordagens é poder se perceber também como um indivíduo que se desenvolveu influenciado por culturas, que desenvolveu seus próprios padrões, expectativas, valores e visões de mundo a partir de repertórios específicos. Assim, é possível enxergar a “cultura do outro” com menos julgamentos.

Para profissionais da área da saúde, o questionamento sobre seus valores e repertórios também passa pelo conhecimento aprendido na formação profissional, que não são isentos de valores, história e política. Problematicar as epistemologias e formas de produção de conhecimento normalmente é o ponto mais desafiador para os profissionais, uma vez que constituem a base de sua prática profissional.

## REFERÊNCIAS

1. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM (Org.). Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. pp.117-38.
2. Mauss M. Sociologia e antropologia. 2ª. Ed. São Paulo: Edusp; 1974. pp. 209–33.
3. Mauss M. A expressão obrigatória dos sentimentos. In: Oliveira RC (Org). Marcel Mauss. São Paulo: Ática; 1979. pp. 147–153.
4. Langdon EJ. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: Baruzzi RG, Junqueira C (Eds.). Parque indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem; 2005. pp. 115–33.
5. Geertz C. A interpretação das culturas. São Paulo: Zahar; 1978. p. 24
6. Frake C. The diagnosis of disease among the Subanum of Mindanao. *Am Anthropol.* 1961; 63:113–32. <https://doi.org/10.1525/aa.1961.63.1.02a00070>
7. Augé M. L'anthropologie de la maladie. *L'Homme*; 1986;97–98(26):81–90. <https://doi.org/10.3406/hom.1986.368675>
8. Augé M, Herzlich C. Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. *Arch Sci Soc Relig.* 1987[cited 2021 Dec 1];63(2):221–22. Available from: [https://www.persee.fr/doc/assr\\_0335-5985\\_1987\\_num\\_63\\_2\\_2432\\_t1\\_0221\\_0000\\_2](https://www.persee.fr/doc/assr_0335-5985_1987_num_63_2_2432_t1_0221_0000_2)
9. Fabrega H. Disease and social behavior: an interdisciplinary perspective. Cambridge, MA: The MIT Press; 1974. 341p.
10. Good B. The heart of what's the matter: The semantics of illness in Iran. *Cult, Med Psychiatr.* 1977;1:25–58. <https://doi.org/10.1007/BF00114809>
11. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980. 448p.
12. Laplantine F. Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes; 1991. 273p.
13. Scheper-Hughes N, Lock M. The mindful body: a prolegomenon to future work in Medical Anthropology. *Med Anthropol Quarterly.* 1987;1(1):6–41. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>
14. Young A. Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology. *Am Anthropologist.* 1976;1(78):5–24. <https://doi.org/10.1525/aa.1976.78.1.02a00020>
15. Young A. The anthropologies of illness and sickness. *Ann Rev Anthropol.* 1982;2:257–285. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.11.100182.001353>
16. Sarti C. Corpo e Doença no trânsito de saberes. *Rev Bras Ciên Soc.* 2010;25(74):77–90. <https://doi.org/10.1590/S0102-69092010000300005>
17. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. 129p.





18. Good B. *Medicine, rationality and experience*. Cambridge: Cambridge University Press; 1994. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511811029>
19. Canesqui AM. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: Alves PC, Minayo MC (Eds.), *Saúde e Doença: um olhar antropológico*, 1ª. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994, pp. 13–32.
20. Rabelo MC, Alves PC. *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. 248p. <https://doi.org/10.7476/9788575414040>
21. Minayo MC, Coimbra Jr CE. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. 708p.
22. Uchôa E, Vidal JM. *Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença Medical*. *Cad. Saúde Públ.* 1994;10(104):497–504. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000400010>
23. Resnicow K, Baranowski T, Ahluwalia JS, Braithwaite RL. Cultural Sensitivity in Public Health: defined and demystified. *Ethn Dis.* 1999 Winter;9(1):10-21.
24. Dumas JE, Rollock D, Prinz RJ, Hops H, Blechman EA. Cultural Sensitivity: problems and solutions in applied and preventive intervention. *App Prevent Psychol.* 1999; 8:175-96. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80076-9](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80076-9)
25. Whaley AL. Cultural Sensitivity and Cultural Competence: toward clarity of definitions in cross-cultural counselling and psychotherapy. *Counsel Psychol Quarterly.* 2008; 21(3):215-22. <https://doi.org/10.1080/09515070802334781>
26. Bennett M, Bennett J. Developing intercultural sensitivity: an integrative approach to global and domestic diversity. In: Landis D, Bennett J, Bennett M (Eds). *The handbook of intercultural training*. 3a. Ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2004. <https://doi.org/10.4135/9781452231129.N6>
27. Bennett M. Development model of intercultural sensitivity. In: Kim, Y (Ed). *International encyclopedia of intercultural communication*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2017. <https://doi.org/10.1002/9781118783665.ieicc0182>
28. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong II O. Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Public Health Rep* 2003; 118(4): 293–302. <https://doi.org/10.1093/phr/118.4.293>
29. Cross TL, Bazron BJ, Dennis KW, Isaacs MR. *Towards a culturally competent system of care*. Washington, DC; Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center; 1989.
30. Engebretson J, Mahoney J, Carlson ED. Cultural Competence in the era of evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing.* 2008;24(3):172-178. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2007.10.012>
31. Leininger MM. Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In: Leininger MM, MR McFarland. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. 2a. Ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Learning; 2006. pp. 365-79
32. Sagar PL. *Nursing Education and Transcultural Nursing*. In: *Transcultural Nursing Education Strategies*. Nova York, NY: Springer Publishing Company, 2014.
33. Campinha-Bacote J. A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *J Nurs Educ.* 1999; 05;38(5):203-207. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-19990501-06>
34. Purnell, L. The Purnell Model for Cultural Competence. *J Transcult Nurs* 2002; 13(3):193-96. <https://doi.org/10.1177/10459602013003006>
35. Rhymes J, Brown DC. Summary report: cultural competence in primary care: perspectives, tools and resources. Logical Minds Consulting [Internet]. *Capital Health.* 2005[cited 2021 Dec 1]. Available from: <https://www.cdha.nshealth.ca/>
36. Carrillo JE, Green AR, Betancourt JR. Cross-Cultural Primary Care: A Patient-Based Approach. *Ann Intern Med.* 1999;130(10). <https://doi.org/10.7326/0003-4819-130-10-199905180-00017>
37. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLOS Medicine.* 2006;3(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>
38. Miller S. Cultural humility is the first step to becoming global care providers. *J Obst Gynecol Neonatal Nurs.* 2009;38:923. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00311.x>
39. Prasad SJ, Nair P, Gadhi K, Barai I, Danish HS, Philip AB. [Cultural humility: treating the patient, not the illness]. *Med Educ Online.* 2016;21. <https://doi.org/10.3402/meo.v21.30908>



40. Dasgupta S. How to catch the story but not fall down: reading our way to more culturally appropriate care. *Virtual Mentor*. 2006; 8:315-8.
41. Foronda C, Baptiste D, Reinholdt M, Ousman K. Cultural humility: a concept analysis. *J Transcult Nurs*. 2016; 27:210-17. <https://doi.org/10.1177/1043659615592677>
42. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. 120p.
43. Barreira IAF. O ofício de ensinar para iniciantes: contribuições ao modo sociológico de pensar. *Revista de Ciências Sociais [Internet]*. 2014[cited 2021 Dec 1];45(1):63–85. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/revcienso/article/view/2419>