

Competência cultural na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa

Cultural competence in Primary Health Care: an integrative review

Competencia cultural en Atención Primaria de Salud: una revisión integrativa

Magda Dimenstein^{1,a}

magda.dimenstein@ufrn.br | <https://orcid.org/0000-0002-5000-2915>

Victor Hugo Belarmino^{1,b}

victorbelarmino1992@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0002-4102-3351>

Leonardo Fernandes Martins^{2,c}

leomartinsjf@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0002-0941-6294>

Telmo Mota Ronzani^{3,d}

tm.ronzani@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0002-8927-5793>

Jáder Ferreira Leite^{1,b}

jaderfleite@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0002-6045-531X>

Brisana Índio do Brasil de Macêdo Silva^{4,e}

brisanaindio@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0003-1150-8291>

Ryanne Wenecha da Silva Gomes^{5,f}

ryannewenecha@hotmail.com | <https://orcid.org/0000-0003-0245-5159>

João Paulo Sales Macedo^{5,b}

jampamacedo@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0003-4393-8501>

Ana Carolina Rios Simoni^{1,g}

carolina.rios@ufrn.br | <https://orcid.org/0000-0001-9805-6966>

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Natal, RN, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas. Juiz de Fora, MG, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Fortaleza, CE, Brasil.

⁵ Universidade Federal do Delta do Parnaíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Parnaíba, PI, Brasil.

^a Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

^b Doutorado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

^c Doutorado em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora.

^d Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo.

^e Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal do Piauí.

^f Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Delta do Parnaíba.

^g Doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

RESUMO

Realizou-se revisão integrativa no Portal de Periódicos da Capes sobre competência cultural em articulação aos processos de educação, organização e gestão do trabalho na Atenção Primária à Saúde. Selecionaram-se 25 artigos, publicados, em sua maioria, em países Norte-globais (12). Somente 4 artigos têm origem latino-americana. As concepções de competência cultural articulam-se aos modelos de atenção à saúde. No Norte-global destaca-se o caráter individualista, privatista e biomédico dos cuidados culturais. No contexto latino-americano nota-se a preocupação com a diversidade cultural e as assimetrias entre grupos populacionais na prestação de cuidados em saúde. Mundialmente, as iniciativas de educação e formação do trabalhador para a oferta de cuidado culturalmente competente são frágeis. Tampouco se debate sobre os efeitos da organização e gestão do trabalho para favorecer reflexões e induzir práticas de cuidado considerando o pertencimento sociocultural dos grupos e populações.

Palavras-chave: Competência cultural; Atenção Primária à Saúde; Educação em saúde; Trabalho em saúde; Cuidados culturais.

ABSTRACT

An integrative review was carried out in Capes Periodicals Portal on cultural competence in relation to the processes of education, organization and management of work in Primary Health Care (PHC). Twenty-five articles were selected, most of which were published in global North countries (12). Only 4 articles were from Latin America. Conceptions of cultural competence are linked to healthcare models. In the global North, the individualistic, privatistic and biomedical nature of cultural care stands out. In the Latin American context, there is concern about cultural diversity and asymmetries between population groups in the provision of health care. Worldwide, initiatives to educate and train workers to provide culturally competent care are fragile. Nor is there any debate about the effects of the organization and management of work to encourage reflection and induce care practices that take into account the sociocultural belonging of groups and populations.

Keywords: Cultural competence; Primary Health Care; Education in health; Health work; Cultural care.

RESUMEN

Se realizó una revisión integrativa en Portal de Publicaciones Periódicas de Capes sobre competencia cultural en relación con los procesos de educación, organización y gestión del trabajo en Atención Primaria de Salud (APS). Fueron seleccionados 25 artículos, la mayoría publicados en países del Norte global (12). Sólo 4 artículos eran de América Latina. Las concepciones de la competencia cultural están vinculadas a los modelos sanitarios. El Norte global destaca el carácter individualista, privatizado y biomédico de la atención cultural. En el contexto latinoamericano, preocupan la diversidad cultural y las asimetrías entre grupos de población. En el mundo, iniciativas de educación y capacitación de los trabajadores para que presten una atención culturalmente competente son frágiles. Tampoco se debate sobre los efectos de la organización y gestión del trabajo para fomentar la reflexión e inducir prácticas asistenciales que tengan en cuenta la pertenencia sociocultural de grupos y poblaciones.

Palabras clave: Competencia cultural; Atención Primaria de Salud; Educación para la salud; Trabajo en salud; Cuidados culturales.

INFORMAÇÕES DO ARTIGO

Contribuição dos autores:

Concepção ou desenho do estudo: Magda Dimenstein, Leonardo Martins, Victor Hugo Belarmino, Telmo Ronzani

Coleta de dados: Victor Hugo Belarmino

Análise de dados: Victor Hugo Belarmino

Interpretação dos dados: Victor Hugo Belarmino, Magda Dimenstein, Ana Carolina Simoni

Todos os autores são responsáveis pela redação e revisão crítica do conteúdo intelectual do texto, pela versão final publicada e por todos os aspectos legais e científicos relacionados à exatidão e à integridade do estudo.

Declaração de conflito de interesses: não há.

Fontes de financiamento: CNPq – Chamada 40/2022 – Linha 3B – Projetos em Rede – Políticas públicas para o desenvolvimento humano e social.

Considerações éticas: Não há.

Agradecimentos/Contribuições adicionais: Ao CNPq pelo financiamento nas modalidades de auxílio e bolsas ADC1-A (Brisana Índio do Brasil de Macêdo Silva), ATP1-A (Ryanne Wenecha da Silva Gomes) e 2 PDJ (Leonardo Fernandes Martins e Victor Hugo Belarmino).

Histórico do artigo: submetido: 02 mar. 2024 | aceito: 15 maio 2024 | publicado: 14 fev. 2025.

Apresentação anterior: não houve.

Licença CC BY-NC atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (*download*), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Recis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

INTRODUÇÃO

A população brasileira é etnoracialmente diversa. Tal aspecto evidencia a importância de prestar cuidados culturalmente competentes em saúde, sobretudo, na Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) proposta em 2006 e aprovada em 2011 (portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 – Brasil, 2011) reconhece a importância do pertencimento cultural dos sujeitos aos considerá-los em sua “singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral” (Brasil, 2012, p. 20) e indica que são atribuições de todos os profissionais: coletar e monitorar os dados de saúde, considerando as “características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território” (Brasil, 2012, p. 43).

Como parte das estratégias de ampliação e consolidação da APS no país, o Ministério da Saúde (MS) revisou algumas regulamentações anteriores e publicou a portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelecendo a competência cultural como uma das diretrizes da Atenção Básica (nomenclatura nacional para APS) e parte fundamental de um modelo assistencial que prioriza o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada; de acordo com as necessidades das pessoas; através de uma relação horizontal, contínua e integrada (Brasil, 2017). Tal modelo utiliza e articula diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Também busca diminuir os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

Entretanto, desde a sua formulação, essa “utopia inspiradora do Sistema Único de Saúde e [...] seu projeto civilizatório solidário e cidadão” (Agostini; Castro, 2023, p. 227) enfrenta obstáculos variados a seu compromisso de ser um sistema de saúde universal, público e de qualidade. Na conjuntura política de 2011

foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), uma importante iniciativa desenvolvida no país que foi encerrada em 2018, a qual avaliava a competência cultural como um dos atributos importantes da qualidade no cuidado em saúde. Dimenstein *et al.* (2018), em estudo realizado junto às equipes brasileiras da APS, discutem que “a avaliação do PMAQ revelou muitos problemas nesse sentido, que os usuários não se sentem respeitados em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião, evidenciando desconhecimento e desqualificação das comunidades e territórios” (p. 81).

Assim, a competência cultural dos profissionais, das equipes e dos sistemas de saúde emerge como uma dimensão fundamental na produção de cuidados em saúde sensíveis à realidade social, histórica e cultural das populações. Consiste em uma resposta às barreiras de acesso à saúde entre populações minorizadas e/ou pertencentes a contextos de vida diferenciados, mas, antes de tudo, a uma diretriz de modelo de atenção em saúde que visa agenciar cuidados na perspectiva da multiculturalidade, como é o caso do SUS (Müller *et al.*, 2007).

A população brasileira, além de etnicamente diversa, é marcada por uma imensa variedade cultural e de sistemas de crenças que vêm histórica e sistematicamente sendo atacados por meio do apagamento das identidades culturais dos povos originários, dos negros africanos escravizados e da hegemonia de referências culturais, morais, religiosas, teórico-científicas, políticas, econômicas e sociais do Norte global (Jesus; Silva, 2021). Isso significa que nosso passado colonial não apenas produziu diferenciações identitárias, mas consolidou amplas iniquidades sociais e de saúde indutoras de vulnerabilidades/precariedades em vários âmbitos da vida cotidiana, associadas tanto à saúde geral das populações minorizadas quanto à saúde mental e à produção de sofrimento psíquico (Dimenstein *et al.*, 2017).

Em outras palavras, em sociedades multiculturais como a brasileira, marcadas por amplas desigualdades na distribuição de recursos e de oportunidades entre diferentes grupos sociais que vivenciam situações de exclusão e discriminação em razão de classe social, gênero, sexualidade, origem étnica etc. –, que os colocam em posição de desvantagem no acesso aos cuidados em saúde culturalmente sensíveis – o processo de trabalho torna-se ainda mais desafiante, com vistas à promoção da equidade em saúde.

Contudo, não se pode desconsiderar o desmonte progressivo das políticas sociais no Brasil desde 2016, que no âmbito do SUS tem produzido uma “flexibilização da cobertura universal e [...] admissão e financiamento de uma APS seletiva, restrita e fragmentada que sabidamente entrega piores indicadores” (Agostini; Castro, 2023, p. 229). Esse cenário se configura como parte das estratégias para fortalecer a lógica neoliberal e privativa de prestação de cuidados em saúde, inviabilizando, como dizem os autores, uma APS abrangente, integral, resolutiva, com maior efetividade clínica, melhores indicadores sanitários e de satisfação dos usuários e mais capaz de impactar diretamente a redução das iniquidades.

Assim, tomando como ponto de partida a centralidade da dimensão competência cultural na APS para a qualidade dos cuidados em saúde em uma população culturalmente diversa como a brasileira, sem perder de vista a mercantilização globalizada da saúde e a hegemonia da lógica neoliberal e biomedicalizante – processos que reverberam diferentemente nos países “centrais” e “periféricos” –, o presente artigo objetivou realizar uma revisão integrativa a respeito da competência cultural como um elemento decisivo para oferta de cuidado qualificado na APS, analisando os sentidos a ela atribuídos e de que maneira se articula à educação em saúde, aos processos de organização e de gestão do trabalho em saúde na APS.

MÉTODO

Consistiu em uma revisão integrativa envolvendo o conceito de competência cultural articulado à atuação profissional na APS. Buscou-se “o conhecimento atual sobre uma temática específica, conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto” (Souza; Silva; Carvalho, 2010, p. 103-104). Para tanto, procedeu-se a uma busca bibliográfica de artigos

indexados no banco de dados do Portal de Periódicos da Capes publicados até 12 de julho de 2023. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos; de caráter empírico; publicados na íntegra; nos idiomas português, inglês ou espanhol; sem recorte de tempo de publicação; e, sobretudo, que analisassem a competência cultural como um elemento decisivo para oferta de cuidado qualificado em saúde na APS. A escolha pelo banco de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) se justifica uma vez que abrange centenas de bases de dados de periódicos científicos, nacionais e internacionais, cobrindo uma extensa quantidade de artigos nas mais diversas áreas do conhecimento.

A busca foi norteada pelas seguintes palavras-chave, extraídas dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “competência cultural” AND “educação em saúde”; “competência cultural” AND “gestão em saúde”; “competência cultural” AND “atenção primária à saúde”; “competência cultural” AND “atenção básica” – realizando a busca também a partir desses termos correlatos em inglês e espanhol. O descritor “atenção básica à saúde” foi incorporado em razão de ser o equivalente nacional para APS. O descritor “educação em saúde” foi utilizado por se tratar de um campo de conhecimento amplo que abarca os processos de formação profissional.

Os artigos resultantes das buscas foram extraídos para o Zotero – *software* gratuito gerenciador de referências, dados bibliográficos e materiais relacionados à pesquisa. Após a extração dos artigos, conduziu-se à eliminação dos artigos duplicados. Na sequência, realizou-se a leitura dos títulos e resumos dos artigos, observando se obedeciam ou não a todos os critérios de inclusão propostos. Após leitura dos resumos, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e descarte dos artigos duplicados restaram 25 trabalhos que compuseram a amostra final.

Inicialmente foi realizada uma análise por categorias descritivas com base no ano de publicação, no nome da revista, na área do conhecimento, no país onde foi feita a pesquisa/na nacionalidade dos autores, no tipo de estudo (teórico ou empírico), nos principais conceitos apresentados, no referencial teórico e no desenho metodológico (quali/quantitativo).

Em um segundo momento, foi realizada uma análise integrativa, que consistiu na leitura integral dos textos, no fichamento, na disposição de cada fichamento em categorias temáticas e na integração dos temas abordados pelo conjunto dos textos. Tal análise integrativa derivou para quatro eixos temáticos: 1) Dimensões e atributos da competência cultural; 2) Demanda de cuidados culturalmente competentes em saúde; 3) Competência profissional e o olhar sobre os agentes do cuidado; 4) Sistemas, serviços de saúde e a competência organizacional. Por último, realizou-se uma análise reflexiva, visando discutir de que forma a literatura selecionada abordava os processos de educação em saúde, de organização e de gestão do trabalho na APS.

RESULTADOS

Foram selecionados 25 artigos empíricos, publicados em 10 países: EUA (12), Canadá (1), Reino Unido (1), Suécia (3), Espanha (1), Brasil (3), Chile (1), Turquia (1), Coreia do Sul (1) e Índia (1). Do total, 16 artigos utilizaram métodos quantitativos e 9 qualitativos. Na América Latina, apenas Brasil e Chile registraram estudos utilizando o operador conceitual “competência cultural” na APS.

Os artigos foram publicados entre 2004 e 2023, sendo a maior parte há mais de cinco anos. Observou-se maior concentração de estudos no Journal of General Internal Medicine (n = 3), na Revista Brasileira de Enfermagem (n = 2), no BMC Medical Education (n = 2) e na RRH: Rural and Remote Health (n = 2). Em termos das áreas de conhecimento das revistas no Qualis Periódicos/Capes, os artigos se distribuíram da seguinte forma: Medicina (n = 11); Saúde Coletiva (n = 6); Enfermagem (n = 5); Psicologia (n = 2); Interdisciplinar (n = 1).

Eixo I: Dimensões e atributos da competência cultural

Neste primeiro eixo são apresentadas questões relativas às definições conceituais sobre a competência cultural, as dimensões que compõem um cuidado culturalmente competente, os valores e princípios atribuídos a uma prática culturalmente competente e as principais habilidades profissionais signos de competência cultural.

Nos artigos analisados, a competência cultural foi conceitualmente definida ora como atributo individual dos profissionais (Johnson *et al.*, 2004), ora como atributo comunitário e institucional, entendido como capacidade dos prestadores de cuidados e das organizações de saúde de compreender e responder eficazmente às necessidades culturais e linguísticas dos pacientes (Johnson *et al.*, 2004). Foi também tratada como um processo dinâmico e contínuo de desenvolvimento profissional que procura fornecer serviços de saúde eficazes em diversas sociedades (Gözüm; Tuzcu; Yurt, 2020). Assim, a conceitualização variou de acordo com a organização de saúde, o tipo de prestador, os recursos organizacionais e comunitários e as populações de pacientes, mas, geralmente, apontava para um conjunto de dimensões que envolvem comportamentos, atitudes e políticas congruentes que se reúnem em sistema, agência ou entre profissionais que permitem um trabalho eficaz em situações interculturais (Paez *et al.*, 2008).

A competência cultural também esteve relacionada com a capacidade individual do profissional de saúde de fornecer cuidados baseados nas características culturais do paciente, promovendo a compreensão cultural das situações humanas no processo de saúde-doença, desde os aspectos êmicos (visão subjetiva dos indivíduos) aos éticos (visão dos profissionais) (Estevan; Ruíz, 2017). Tal capacidade visa à elaboração de estratégias e de relações de trabalho para atender às necessidades individuais dos pacientes de diversas origens culturais (Berlin *et al.*, 2006; Mobula *et al.*, 2015; Pettersson *et al.*, 2022; Suk *et al.*, 2018).

Os valores e princípios atribuídos a uma prática culturalmente competente foram elencados: respeito às diferenças e aos valores culturais e crenças (Rezende *et al.*, 2020); competência técnica, valorização da cultura, consideração às diferenças expressas nos modos de ser e agir da população e a compreensão de seus valores, crenças e costumes no tocante à saúde (Lima *et al.*, 2016); flexibilidade em relação a pessoas de diversas origens sociais – subjacente à humildade cultural –, capacidade de verificar o desequilíbrio de poder na relação prestador-paciente, praticar a autorreflexão e a autocrítica continuamente, procurando compreender a perspectiva singular do paciente (Paez *et al.*, 2008); respeito e aceitação incondicional da escolha dos usuários por um itinerário terapêutico, uso de medicamentos naturais e curas espirituais como alternativas ou combinados com medicamentos farmacêuticos não indígenas (Pedrana; Trad, 2022).

Uma das principais habilidades atribuídas a um cuidado culturalmente sensível foi a habilidade comunicacional dos profissionais de saúde (Johnson *et al.*, 2004; Palmer *et al.*, 2011; Rezende *et al.*, 2020; Rothlind *et al.*, 2021; Zeh *et al.*, 2016). Dados empíricos apontam que essa habilidade é um componente crucial na mitigação das disparidades na saúde em casos de diabetes (Kutob *et al.*, 2013); que as barreiras linguísticas e culturais à comunicação em saúde entre pacientes que não falam inglês podem explicar parcialmente as disparidades raciais e étnicas nos processos e resultados dos cuidados de saúde (Fernandez *et al.*, 2004); que latinos com proficiência limitada em inglês estão menos satisfeitos com seus cuidados em comparação com os latinos ou brancos que falam inglês em ambientes de cuidados primários (Fernandez *et al.*, 2004).

A maior competência comunicacional dos profissionais foi relacionada ao conhecimento de várias línguas, ao contato mais frequente com amigos e vizinhos de culturas diferentes e ao treinamento sobre prestação de serviços a diferentes culturas (Gözüm *et al.*, 2020). Pesquisa com minorias migrantes revelou piores percepções de respeito, dignidade e comunicação, especialmente com os asiáticos, pela diferença no grau de ocidentalização cultural e linguística dessa população (Johnson *et al.*, 2004). Outro resultado corrobora que profissionais da APS solicitam maior número de intérpretes e facilitadores culturais, a fim

de otimizar a comunicação entre prestadores e imigrantes e de reforçar as competências interculturais dos profissionais de saúde (Pesse-Sorensen *et al.*, 2019).

Acerca da habilidade relacional, apontou-se que o desenvolvimento desse aspecto na prática profissional é componente fundamental no cuidado (Rezende *et al.*, 2020; Zeh *et al.*, 2016). Sob a ética da relação (Lima *et al.*, 2016), a interação paciente-fornecedor desempenha um papel crítico para uma maior confiança e autoeficácia do paciente para lidar com a desvantagem no estabelecimento de relações sólidas com seus prestadores, sobretudo quando estes pertencem a grupos raciais e étnicos diferentes das populações atendidas (Saha *et al.*, 2013).

Eixo II: Demanda de cuidados culturalmente competentes em saúde

Neste eixo, pretende-se caracterizar os principais destinatários/alvos de cuidados culturalmente competentes, bem como suas demandas e seus contextos sociais. Os subeixos temáticos abordam questões relativas à interculturalidade globalizada oriunda de processos migratórios, às relações de ancestralidade, à historicidade que acompanha determinadas populações e à diversidade de expressão humana em suas múltiplas possibilidades, seja pela cor/raça/etnia, seja pelos hábitos e costumes socioculturais tradicionais.

A maior parte dos estudos desta revisão, publicados em países Norte-globais, centra suas lentes sobre a interculturalidade globalizada oriunda de processos migratórios (Lima *et al.*, 2016). É o caso dos Estados Unidos, nos quais os latinos constituem a principal minoria étnica (Fernandez *et al.*, 2004). Em países europeus, como Espanha e Portugal, a cultura de origem e o tempo de permanência no país de residência influenciaram na forma de acesso aos serviços sanitários, pela questão da proximidade linguística e pelo “grau de ocidentalização” (em relação ao uso do *hijab*, por exemplo, por mulheres de origem muçulmana) (Estevan; Ruíz, 2017).

É evidente que a migração global e multicultural ampliou a diversidade de pessoas e grupos nos países, trazendo imensos desafios para os trabalhadores de saúde, principalmente na APS, os quais interagem diretamente com muitos indivíduos e comunidades de diferentes origens e necessidades culturais (Estevan; Ruíz, 2017; Gonçalves; Moleiro, 2012; Matteliano; Street, 2012; Pettersson *et al.*, 2022;). Para os países Norte-globais, a imigração é a questão mais instigadora para a produção de cuidados culturalmente competentes, o que justifica a primazia da atenção dada aos atributos relacional e comunicacional – notadamente orientados para a superação da barreira idiomática. Assim, a avaliação da competência cultural está mais associada a uma preocupação com o aumento da imigração e menos com a situação dos povos originários e das populações tradicionais próprias de cada país (Pesse-Sorensen *et al.*, 2019; Pettersson *et al.*, 2022; Suk *et al.*, 2018).

Seja para as populações migrantes, seja para as comunidades tradicionais/os povos originários, o reconhecimento de suas raízes históricas, culturais e de suas ancestralidades é um aspecto importante. É o caso das comunidades quilombolas brasileiras, que têm trajetória histórica própria e ancestralidade africana (Rezende *et al.*, 2020), e das comunidades indígenas norte-americanas dos Apalaches, que têm como valores centrais para sua cultura o parentesco, a lealdade, a generosidade e o cuidado (Beverly *et al.*, 2020). Esses são exemplos de comunidades e de povos em que o saber tradicional em saúde se mantém vivo nas práticas cotidianas, vivenciado no âmbito familiar e quase sempre passado de geração em geração (Lima *et al.*, 2016; Pedrana; Trad, 2022).

Tais minorias sociais são marcadas não só por singularidades culturais, mas também por inúmeras vulnerabilidades e barreiras de acesso aos cuidados em saúde associadas a marcadores sociais de raça/etnia, classe social, gênero, que necessitam ser compreendidas e manejadas para um cuidado culturalmente sensível (Rezende *et al.*, 2020). Dentre os fatores de vulnerabilidade destacam-se: discriminação racial; pobreza extrema; invasões territoriais; migração para grandes centros urbanos; interferência na cultura

e no equilíbrio ambiental; baixo índice de renda domiciliar e emprego informal; habitações em condições precárias; dificuldade de acesso à saúde e à educação, aos bens duráveis e de consumo e à informação; insegurança alimentar; conflitos institucionais; sobrecarga de trabalho; falta de infraestrutura para desenvolver atividades de prevenção de agravos e de promoção da saúde, bem como para as consultas de enfermagem nas diversas fases da vida (Rezende *et al.*, 2020); estresse de aculturação, preconceito e discriminação, que os tornam mais vulneráveis a problemas de saúde mental (Gonçalves; Moleiro, 2012); não reconhecimento oficial do Estado das diversas comunidades tradicionais e dos povos originários, conflito agrário pelo direito à terra, desconsideração da espiritualidade tradicional (Pedrana; Trad, 2022); supervalorização do saber considerado científico, intolerância e preconceito às práticas de cuidado não oficiais (Lima *et al.*, 2016).

Essas barreiras e precariedades podem ser divididas em objetivas e subjetivas. Trata-se de obstáculos administrativos, falta de informação sobre cuidados de saúde, problemas de linguagem, estigma e medo. As barreiras objetivas estão relacionadas à estrutura de cuidados de saúde, aos tratamentos disponíveis e às informações, ao passo que as subjetivas estão relacionadas aos próprios pacientes, às pessoas que os atendem ou àqueles que planejam os cuidados de saúde (Gonçalves; Moleiro, 2012).

Eixo III: Competência profissional e o olhar sobre os agentes do cuidado

Seguindo a configuração das áreas de publicação dos artigos, observa-se nesta revisão que uma expressiva parcela dos estudos focaliza determinadas categorias profissionais prestadoras de serviços – majoritariamente médicos e enfermeiros (Estevan; Ruíz, 2017; Gözümlü *et al.*, 2020; Heyes; Thachuk, 2015; Matteliano; Street, 2012; Rezende *et al.*, 2020; Suk *et al.*, 2018). A oferta de um cuidado culturalmente competente por esses profissionais foi denotada na literatura através da adoção de uma postura comprometida com a transformação da sociedade, a justiça social, a garantia dos direitos humanos, a construção de confiança e a incorporação de saberes. Assim, cuidados culturalmente competentes às camadas desfavorecidas da população foram associados mais fortemente à expressão de atitudes culturalmente competentes do que à busca por prestígio e *status* profissional (Paez *et al.*, 2008; Rezende *et al.*, 2020). Todavia, tais posicionamentos podem se alternar, ora como uma simples motivação altruísta ou trabalho de vocação profissional, ora como um caráter ético-político de reafirmação de direitos universais e de emancipação social (Matteliano; Street, 2012).

A qualidade do cuidado tem sido apontada como um elemento decisivo para a equidade, a redução das disparidades raciais e os desfechos em saúde (Saha *et al.*, 2013). Ainda assim, estudos têm apontado que minorias sociais recebem cuidados em saúde de qualidade inferior, reforçando iniquidades em saúde (Gonçalves; Moleiro, 2012; Saha *et al.*, 2013). Um dos principais desafios esteve relacionado à dificuldade na construção de confiança nos cuidados primários e, consequentemente, à dificuldade de adesão pelos usuários a esse nível de cuidado (Berlin *et al.*, 2006; Beverly *et al.*, 2020; Estevan; Ruíz, 2017; Gonçalves; Moleiro, 2012; Palmer *et al.*, 2011; Rothlind *et al.*, 2021).

Os agentes do cuidado atuam de modo a desconsiderar a satisfação do usuário com o cuidado recebido, a não levar em conta as especificidades de grupos minorizados e a não reconhecer particularidades de usuários oriundos de contextos não urbanos (Gözümlü *et al.*, 2020; Sharma *et al.*, 2019). O estudo brasileiro de Lima *et al.* (2016) afirma que persiste a desvalorização de práticas culturais de raízes indígenas e afro-descendentes por profissionais que não apresentam vínculo com as culturas de matriz africana e indígena. Eles desconhecem as práticas de cuidado e de cura derivadas da cultura dos grupos étnicos mencionados, criando uma assimetria no diálogo entre profissional e usuários, o que leva ao insucesso terapêutico.

Alguns aspectos marcam as práticas dos trabalhadores e merecem destaque, tais como: a persistência da abordagem centrada no indivíduo, e não na determinação social da saúde e das práticas de cuidado (Gözümlü *et al.*, 2020; Heyes; Thachuk, 2015; Kutob *et al.*, 2013; Pettersson *et al.*, 2022; Suk *et al.*, 2018); o efeito

da concordância/discordância racial e cultural dos provedores de cuidados (Davey *et al.*, 2014; Matteliano; Street, 2012; Paez *et al.*, 2008; Pettersson *et al.*, 2022; Saha *et al.*, 2013); e o peso da formação profissional, da Educação Permanente em Saúde (EPS) – primazia da aquisição de saberes técnicos –, contrastado com os saberes adquiridos diretamente do cotidiano das equipes de saúde, nas quais a experiência de contato e de interação com o paciente ganha importância (Altschuler; Mann, 2023; Heyes; Thachuk, 2015; Kutob *et al.*, 2013; Rothlind *et al.*, 2021; Sharma *et al.*, 2019).

Diversas pesquisas situaram que o processo formativo profissional (grades curriculares) e a EPS (formação continuada) ainda não contemplam suficientemente e de modo padronizado a concepção de competência cultural, bem como são insuficientes os mecanismos de implementação e a avaliação da eficácia dos processos de trabalho voltados à competência cultural dos trabalhadores na APS (Altschuler; Mann, 2023; Davey *et al.*, 2014; Heyes; Thachuk, 2015; Kutob *et al.*, 2013; Lima *et al.*, 2016; Paez *et al.*, 2008; Matteliano; Street, 2012; Rothlind *et al.*, 2021; Sharma *et al.*, 2019; Suk *et al.*, 2018).

Assim, a competência cultural tem sido adquirida majoritariamente de modo informal na prática cotidiana dos cuidados primários, ou seja, com a aprendizagem ocorrendo experimentalmente no local de trabalho, em serviço, um ‘saber-fazendo’, um aprendizado a partir da experiência – modo de instrumentalizar-se para a prática que depende mais de fatores como o interesse pessoal dos profissionais e de oportunidades contextuais do que de mecanismos estruturados pelas próprias instituições de saúde e de ensino superior (Berlin *et al.*, 2006; Heyes; Thachuk, 2015; Pettersson *et al.*, 2022; Rothlind *et al.*, 2021;).

Eixo IV: Sistemas, serviços de saúde e a competência organizacional

A presente revisão indicou que a competência cultural não envolve somente os profissionais de saúde e suas habilidades individuais, mas diz respeito também a uma competência organizacional, isto é, à capacidade das instituições de saúde, dos modelos de atenção em saúde e dos dispositivos instituídos por políticas de saúde culturalmente sensíveis (Paez *et al.*, 2008). As “clínicas de saúde”, como são denominados os equipamentos de saúde das APS estadunidenses, podem funcionar como importantes gestores de práticas culturalmente sensíveis, ao incentivar formações em diversidade cultural, adaptar ferramentas de trabalho aos pacientes, combater a discriminação institucional, fornecer *feedback* aos profissionais de saúde sobre a atuação deles, bem como privilegiar a contratação de recursos humanos com perfil para a oferta de cuidados culturalmente sensíveis (Pettersson *et al.*, 2022).

A literatura mapeada evidenciou alguns dispositivos implementáveis pelas organizações de saúde para promover o cuidado culturalmente competente: criar reuniões e rodas de conversa para discussão dos problemas encontrados (Rezende *et al.*, 2020); usar ambientes virtuais de aprendizagem, incluindo pacientes virtuais, os quais simulam computacionalmente interações baseadas em casos de cenários clínicos (Rothlind *et al.*, 2021); cercar os trabalhadores de saúde com um pessoal de apoio diversificado como forma de compensar a escassez de prestadores de cuidados de saúde aos grupos minorizados e de melhorar a oferta de cuidados de saúde culturalmente competentes (Paez *et al.*, 2008); fortalecer a atuação dos agentes comunitários de saúde – importante ator para suprir lacunas culturais e sociais entre os pacientes e prestadores de cuidados de saúde; e trabalhar com equipes multidisciplinares para reduzir as disparidades na saúde (Mobula *et al.*, 2015).

Apesar da reconhecida importância da competência organizacional, as equipes na APS são marcadas pela falta de recursos institucionais, pela falta de apoio à competência cultural no local de trabalho, pela falta de orientação ao cuidado culturalmente competente com públicos diversos, bem como pelo estabelecimento precário de vínculos de trabalho e a consequente desmotivação para a formação continuada (Berlin *et al.*, 2006; Heyes; Thachuk, 2015; Pettersson *et al.*, 2022; Suk *et al.*, 2018).

Alguns estudos apontam que persiste a preponderância do modelo biomédico ocidental nas organizações de saúde, hermenêutica que supervaloriza a saúde calcada no saber científico, em detrimento dos

saberes tradicionais e culturais (Lima *et al.*, 2016; Pedrana; Trad, 2022). No Brasil, a hegemonia biomédica está enraizada nas práticas de saúde voltadas para as comunidades tradicionais e para os povos originários, reforçando questões etnocêntricas que podem produzir choques culturais e criar barreiras no acesso a serviços de saúde diferenciados, gerar a hipermedicalização do sofrimento mental, bem como o epistemicídio dos conhecimentos e das práticas de cuidado em saúde transmitidas intergeracionalmente e comunitariamente (Pedrana; Trad, 2022).

De outra perspectiva, a ótica da determinação social da saúde tem sido apresentada enquanto uma hermenêutica alternativa para se pensar a oferta de cuidado culturalmente sensível na APS (Beverly *et al.*, 2020; Pedrana; Trad, 2022). As instituições de cuidados primários recebem com maior frequência indivíduos de diversas culturas, e podem, portanto, articular o modelo de saúde integral ao contexto territorial, familiar e comunitário – consistindo, dessa forma, em um ponto da atenção à saúde no qual a competência cultural torna-se um eixo definidor da qualidade do cuidado (Gözüm *et al.*, 2020; Pesse-Sorensen *et al.*, 2019; Suk *et al.*, 2018).

DISCUSSÃO

Observou-se que a competência cultural é vista predominantemente como um atributo individual dos profissionais da saúde do que propriamente como uma competência associada ao modo como se organizam os sistemas de saúde e a gestão do processo de trabalho em saúde. Assim, atributos individualizados ligados ao autodesenvolvimento do trabalhador como sensibilidade, conscientização, humildade, disponibilidade, habilidade e respeito ganharam bastante relevo nos textos na eliminação de barreiras de acesso aos cuidados. Da mesma forma, cuidados culturalmente competentes relacionaram-se, em maior grau, à crescente multiculturalidade globalizada oriunda de processos migratórios, que gera enormes desafios operacionais nos serviços de saúde e, em menor grau, à diversidade cultural das comunidades e dos povos tradicionais de cada região, situação que exige uma resposta orientada por uma concepção ampliada de saúde, um enfoque comunitário e pela coordenação do cuidado territorializado em uma rede integrada (Morosini *et al.*, 2020) – aspectos menos explorados nos estudos desta revisão.

Ao olhar para a realidade brasileira, ainda que a APS esteja ancorada na territorialização do cuidado – processo social e político imprescindível à realização dos princípios constitucionais do SUS, organizado em redes de atenção regionalizadas, com centro de comando na Atenção Primária à Saúde (APS) –, é sabido que tal projeto assistencial territorializado não se completou inteiramente (Faria, 2020). Há muitas disputas político-ideológicas na implementação dos modelos de atenção à saúde no país, conflitos que envolvem diferentes grupos com interesses econômicos, políticos e simbólicos bastante antagônicos, como é o caso da saúde suplementar, setor que não para de se expandir no país e que está inteiramente orientado por concepções de caráter individualizante, neoliberal, privatista, biomédico e da saúde como esfera de investimento do mercado (Faria, 2020).

Tal modelo de atenção mercantilizada contrasta com o da saúde enquanto direito básico da população e dever do Estado – modelo contra hegemônico de cuidado em saúde que tem como horizonte desejável o cuidado emancipador, ou seja, uma prática de cuidado que se orienta pelas autonomias individual e coletiva, pela valorização da diversidade nos modos de vida e nas cosmovisões de mundo, seguindo os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social (Barros, 2021).

A perspectiva mercantil considera a saúde e a APS um gasto público a ser evitado pelo Estado. Essa orientação tem ganhado força em países latino-americanos, como o Brasil, e forçado mudanças na alocação dos recursos públicos, na instituição de relação entre o Estado e as empresas privadas e na adequação do modelo de atenção às particularidades da gestão de mercado, reforçando o enfoque individualizante no que

tange ao modelo de atenção e financiamento, enfraquecendo, assim, a perspectiva do território, o trabalho comunitário, o cuidado integral e multidisciplinar (Morosini *et al.*, 2020).

Observa-se que os estudos da presente revisão refletem a preocupação dos países “Norte-globais” com a oferta de cuidados culturalmente sensíveis em razão da crescente diversidade cultural trazida pelos intensos processos migratórios. Tais comunidades e indivíduos são caracterizados pela singularidade de suas cosmovisões, relações de ancestralidade e saberes contra hegemônicos, aspectos habitualmente desconhecidos dos trabalhadores. Essas populações, em sua busca por cuidados em saúde na APS, se deparam com muitas adversidades, barreiras de acesso e expectativas de normalização/homogeneização de crenças e saberes em saúde por parte dos prestadores.

Apesar de o foco desses estudos revisados recair sobre determinados grupos considerados minorizados, é necessário considerar que todos têm o direito a um cuidado culturalmente competente – tal como previsto pelos princípios da universalidade e integralidade da atenção em saúde. Contudo, no cenário latino-americano há um agravante, pois não se pode perder de vista os históricos e amplos processos de colonialidade na cultura e na ciência, o engendramento de hierarquizações que favorecem a subordinação do campo da saúde à biomedicina ocidental, o uso de classificações forjadas segundo hierarquizações e oposições binarizadas entre cultura e ciência, a desconsideração dos saberes tradicionais e a ordenação teórico-conceitual epidemiológica hegemônica, formulada segundo padrões culturais estranhos às realidades locais, reforçando racismos científicos e culturais (Sevalho, 2022).

Este estudo também revelou a centralidade da motivação e do interesse pessoal do profissional enquanto indivíduo, em detrimento da problematização dos modos de organização dos sistemas de saúde. Ademais, o aprendizado para uma prática culturalmente competente mostrou-se mais fortemente associado a conhecimentos obtidos na prática cotidiana do que aos processos de educação em saúde que abarcam a formação acadêmica e profissional e a EPS, na ótica intercultural e focada na determinação social do processo saúde-doença-cuidado.

Sobre esses resultados, Leite, Pinto e Fagundes (2020) situam que a EPS tem como objetivo central a transformação do trabalho, visando à reorganização e melhoria da gestão e da qualidade dos serviços, ao possibilitar cuidados e acesso aos serviços de saúde com equidade. Essa transformação, para efetivar-se, necessita da abertura de:

[...] espaços e possibilidades para que a educação da força de trabalho em saúde possa também, simultaneamente, ser veículo da visão de mundo contra-hegemônica e contribuir para mudanças no mundo do trabalho e na sociedade [...], por meio da desalienação dos sujeitos e do desenvolvimento de sua consciência crítica sobre a realidade social em que estão inseridos. (Leite; Pinto; Fagundes, 2020, p. 7).

No Brasil, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela portaria n. 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004, visa contribuir para a organização dos serviços de saúde, a qualificação e a transformação das práticas em saúde no país. Tem como foco a promoção da formação profissional e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde por meio da integração entre ensino, serviço e comunidade. Nessa direção, Ogata *et al.* (2021) apontam importantes estratégias de EPS no Brasil, tais como Pró-Saúde, PET-Saúde, residências multiprofissionais e VER-SUS, as quais consistem em estratégias de “recomposição das práticas de cuidado, gestão, formação e participação da sociedade no SUS” (p. 3), cumprindo, assim, um “papel contra hegemônico de organização do processo de trabalho e de cuidado que permite refletir sobre os desafios que se colocam na (des) construção de formas reificadas de aprender, gerir e formar em saúde” (p. 3). Entretanto, essas estratégias ainda não respondem inteiramente aos desafios postos pela demanda de cuidados culturalmente sensíveis não apenas para minorias, mas como diretriz geral de trabalho focado nas sociedades interculturais contemporâneas.

Para além da educação permanente, a competência organizacional emergiu nesta revisão enquanto elemento capaz de fornecer condições favoráveis ao desenvolvimento de práticas, ferramentas e estratégias

culturalmente sensíveis em saúde. Foram indicados alguns dispositivos implementáveis, mas, no geral, persistiram a falta de apoio institucional e a insuficiência de medidas organizacionais na direção do cuidado multicultural. Afirmou-se a preponderância do modelo biomédico de cuidado, em que prevalece o cuidado individualizado, descolado do território vivido, favorável à hipermedicalização e ao epistemicídio dos saberes não hegemônicos.

Tais resultados apontam para a força da pedagogia hegemônica de matriz flexneriana nas Instituições de Ensino Superior (IES) e na gestão da saúde, a qual se ancora na perspectiva biologicista de doença e hiperespecialização em detrimento de uma visão ampliada sobre o processo saúde-doença-cuidado. Esta, por sua vez, considera a inserção e o pertencimento sociocultural dos sujeitos. Já a base naturalista e universalista desconsidera a determinação social do processo saúde-doença e interdita o diálogo multi e interdisciplinar – indispensável ao cuidado em contextos multiculturais (Leite *et al.*, 2020).

Sobre essa questão, no Brasil, a revisão da PNAB, publicada em 2017, trouxe para o âmbito da gestão em saúde possibilidades variadas de vínculos profissionais e, em particular, de formas de contratação de pessoal, desencadeando uma proliferação de vínculos empregatícios transitórios e precarizados, bem como reforçando a fragmentação do trabalho especializado na contramão do trabalho em equipe multiprofissional (Gleriano *et al.*, 2021). Consoante os autores, essas modificações na PNAB são emblemáticas na medida que os profissionais da APS são coparticipantes nas ações e decisões e podem favorecer estratégias específicas para a gestão em saúde nos locais em que trabalham.

Todavia, no cenário de desmonte das políticas de Atenção Básica, os trabalhadores se veem afetados pela má qualidade da formação continuada para o trabalho na APS – aspectos que desaguam no despreparo para o cuidado culturalmente competente em saúde. De acordo com Merhy *et al.* (2019), na gestão em saúde, faz-se necessário conduzir um cuidado contextualizado na Rede Básica (RB) que reconheça:

[...] a singularidade da produção de cada existência e também as circunstâncias específicas da vida em cada território, em função de relações que ampliam ou constroem a potência das vidas. Ou seja, a RB é uma aposta de organizar o cuidado singular, articulando o individual e o coletivo, sendo saúde entendida de modo ampliado, não somente referida ao corpo biológico e seus adoecimentos. (Merhy *et al.*, 2019, p. 71)

Tal posicionamento parece distante de uma parcela importante dos estudos identificados nesta revisão, na medida em que enfatizam aspectos da competência cultural que geralmente estão mais ligados às dimensões individuais do profissional de saúde e menos aos condicionantes sociais do processo saúde-doença-cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo apresentou uma revisão integrativa a respeito da competência cultural como um elemento decisivo para oferta de cuidado qualificado na APS. Tal constructo problematiza os modelos e as concepções hegemônicas de saúde/doença, a educação em saúde, a organização e gestão do trabalho em saúde. Trata-se de um operador conceitual importante para pensar a realidade nacional, visto ser o Brasil um dos poucos países a ter um sistema de saúde público, universal, que fornece ampla cobertura a pessoas social e culturalmente diversas.

A competência cultural apareceu na literatura revisada enquanto uma dimensão importante do trabalho em saúde na APS, especialmente junto às populações minorizadas e migrantes. A qualificação dos trabalhadores para a oferta de cuidados culturalmente competentes é restrita aos conhecimentos obtidos na prática cotidiana. E a ideia de autodesenvolvimento de habilidades e atitudes ganha muita relevância, indicando o déficit da educação permanente em saúde e na formação em competências interculturais de

forma ampliada e estruturante na APS. No processo de organização e gestão do trabalho em saúde, observa-se pouco investimento na problematização dos modelos de atenção e na incorporação da interculturalidade como parte dos processos de trabalho.

Nos países Norte-globais, a competência cultural se articulou quase exclusivamente aos efeitos da globalização e da intensificação dos movimentos migratórios. Tais países centram esforços nos trabalhadores e serviços de saúde para a superação das barreiras idiomáticas e relacionais, por meio da instrumentalização da competência linguística, sobretudo, de modo individual, e não de forma coletiva/comunitária, o que revela a influência da visão neoliberal desses modelos de saúde, centrados no indivíduo. Nos países latino-americanos, a discussão sobre competência cultural considera o sistema hierárquico de classificação dos saberes, dos locais e das pessoas a partir da noção de colonialidade do poder, historicamente produzido (Quijano, 2005). Esta característica agrega novos desafios para o trabalho em saúde no SUS e na APS.

Cabe destacar que, em sentido mais amplo, a promoção da competência cultural em saúde é fundamental para diminuir disparidades provenientes de iniquidades em saúde. O reconhecimento das desigualdades e das relações de poder que criam grupos minorizados precisa ser considerado para que ações de reparo e valorização cultural tenham vez na arena que envolve as decisões em saúde.

Um dos atravessamentos que limitou os resultados desta revisão consistiu no fato de que se privilegiou o operador conceitual “competência cultural”, e não necessariamente as características relacionadas ao atributo em si, resultando na baixa quantidade de trabalhos no Brasil e na América Latina. Certamente, há muitos trabalhos discutindo a dimensão cultural dos cuidados nos países latino-americanos, contudo, possivelmente utilizam outros operadores conceituais para indicar práticas culturalmente sensíveis em saúde.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINI, Rafael; CASTRO, Adriana Miranda de. Utopia interdita: APS como antídoto contra a desdemocratização e a necropolítica neoliberal. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 136, p. 227-241, jan.-mar. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313615>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/43vMbNQ5ZhFNfTWHNC48j9C/#>. Acesso em: 26 fev. 2024.
- ALTSCHULER, Rebecca; MANN, Abbey K. The development of accessible and sustainable transgender health education for rural-serving medical providers in Appalachia. **Rural and Remote Health**, Geelong, v. 23, n. 2, p. 7827, abr. 2023. DOI: <https://doi.org/10.22605/RRH7827>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37041070/>. Acesso em: 26 fev. 2024.
- BARROS, Nelson. Cuidado emancipador. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. e200380, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200380>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bZWLzwwgCHB3DWNThLqXdFt/?lang=pt#>. Acesso em: 26 fev. 2024.
- BERLIN, Anita; JOHANSSON, Sven-Erik; TÖRNKVIST, Lena. Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin: Primary Child Health nurses' opinions. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Oxford, v. 20, n. 2, p. 160-168, jun. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00393.x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16756521/>. Acesso em: 26 fev. 2024.
- BEVERLY, Elizabeth *et al.* Diabetes in Appalachia: providers' perspectives. **Primary Health Care Research & Development**, Cambridge, v. 21, p. e11, maio 2020. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1463423620000134>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32404218/>. Acesso em: 26 fev. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2024.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 1 mar. 2024.

BRASIL. Portaria nº 2.488, 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 1 mar. 2024.

DAVEY, Maureen *et al.* A snapshot of patients' perceptions of oncology providers' cultural competence. **Journal of Cancer Education**, New York, v. 29, n. 4, p. 657-664, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13187-014-0619-9>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24504662/>. Acesso em: 26 fev. 2024.

DIMENSTEIN, Magda *et al.* A saúde mental e atenção psicossocial: regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. **Salud & Sociedad**, Arecibo, v. 9, n. 1, p. 70-85, 2018. Disponível em: <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/2869>. Acesso em: 26 fev. 2024.

DIMENSTEIN, Magda *et al.* Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 72-87, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200006. Acesso em: 26 fev. 2024.

ESTEVEAN, María Dolores Gil; RUÍZ, María del Carmen Solano. La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria. **Atención Primaria**, [Madrid], v. 49, n. 9, p. 549-556, nov. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.013>. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-la-aplicacion-del-modelo-competencia-S0212656716302475>. Acesso em: 26 fev. 2024.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLFYWpRhq5z/#>. Acesso em: 26 fev. 2024.

FERNANDEZ, Alicia *et al.* Physician language ability and cultural competence. An exploratory study of communication with Spanish-speaking patients. **Journal of General Internal Medicine**, Secaucus, v. 19, n. 2, p. 167-174, fev. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.30266.x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15009796/>. Acesso em: 26 fev. 2024.

GLERIANO, Josué Souza *et al.* Gestão do trabalho de equipes da saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. e20200093, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0093>. Disponível em: <https://www.scielo.br/ean/a/MmS9HhvNsTs9kdKtV4TN9sy/?lang=pt>. Acesso em: 1 mar. 2024.

GONÇALVES, Marta; MOLEIRO, Carla. The family-school-primary care triangle and the access to mental health care among migrant and ethnic minorities. **Journal of Immigrant and Minority Health**, New York, v. 14, n. 4, p. 682-690, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10903-011-9527-9>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21947737/>. Acesso em: 1 mar. 2024.

GÖZÜM, Sebahat; TUZCU, Ayla; YURT, Seher. Developing a cultural competency scale for Primary Health Care professionals. **Studies in Psychology**, Fatih, v. 40, n. 2, p. 429-450, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26650/SP2019-0043>. Disponível em: <https://iupress.istanbul.edu.tr/en/journal/sp/article/developing-a-cultural-competency-scale-for-primary-health-care-professionals>. Acesso em: 1 mar. 2024.

HEYES, Cressida J.; THACHUK, Angela. Queering know-how: clinical skill acquisition as ethical practice. **Journal of Bioethical Inquiry**, Dordrecht, v. 12, p. 331-341, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11673-014-9566-8>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11673-014-9566-8>. Acesso em: 1 mar. 2024.

JESUS, Jeová Pereira de; SILVA, Gilberto Rineldi da. Diversidade cultural brasileira advinda do processo de colonização. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 7, n. 12, p. 890-906, 2021. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v7i12.3535>. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/3535>. Acesso em: 1 mar. 2024.

JOHNSON, Rachel L. *et al.* Racial and ethnic differences in patient perceptions of bias and cultural competence in health care. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 19, n. 2, p. 101-110, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.30262.x>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1492144/>. Acesso em: 1 mar. 2024.

KUTOB, Randa M. *et al.* Cultural competence education for practicing physicians: lessons in cultural humility, nonjudgmental behaviors, and health beliefs elicitation. **The Journal of Continuing Education in the Health Professions**, New York, v. 33, n. 3, p. 164-173, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24078364/>. Acesso em: 1 mar. 2024.

LEITE, Catharina Matos; PINTO, Isabela Cardoso de Matos; FAGUNDES, Terezinha de Lisieux Quesado. Educação permanente em saúde: reprodução ou contra-hegemonia? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. e0025082, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00250>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/4BZcBgr5mXVpkqQygZM9hrG/#>. Acesso em: 1 mar. 2024.

LIMA, Maria do Rosário de A. *et al.* Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 69, n. 5, p. 840-846, set.-out. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690504>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/WTZVxhJRSZxxxVSTyFP3kDs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 1 mar. 2024.

MATTELIANO, Mary A.; STREET, Debra. Nurse practitioners' contributions to cultural competence in Primary Care settings. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, Thorofare, v. 24, n. 7, p. 425-435, jul. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2012.00701.x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22735066/>. Acesso em: 1 mar. 2024.

MERHY, Emerson Elias *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 6, p. 70-83, dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RXfnPp73B9Dpcz5pqcVnBdf/#>. Acesso em: 1 mar. 2024.

MOBULA, Linda M. *et al.* Cultural competence and perceptions of community health workers' effectiveness for reducing health care disparities. **Journal of Primary Care & Community Health**, Thousand Oaks, v. 6, n. 1, p. 10-15, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1177/2150131914540917>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2150131914540917>. Acesso em: 1 mar. 2024.

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e carteira de serviços: radicalização da política de privatização da Atenção Básica? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. e00040220, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/?lang=pt>. Acesso em: 1 mar. 2024.

MÜLLER, Cristine Pastoris; ARAUJO, Vivian Elizabeth; BONILHA, Ana Lúcia de Lorenzi. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 858-865, 2007. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v9i3.7513>. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7513>. Acesso em: 1 mar. 2024.

OGATA, Márcia Niituma *et al.* Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, p. e03733, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/K89qghvK3WgSN3pzdKsZgR/#>. Acesso em: 1 mar. 2024.

PAEZ, Kathryn A. *et al.* Provider and clinic cultural competence in a Primary Care setting. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 66, n. 5, p. 1204-1216, mar. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.027>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18164114/>. Acesso em: 1 mar. 2024.

PALMER, Richard C. *et al.* Development and evaluation of a web-based breast cancer cultural competency course for Primary Healthcare providers. **BMC Medical Education**, London, v. 11, n. 59, p. 1-8, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-59>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21843344/>. Acesso em: 1 mar. 2024.

PEDRANA, Leo; TRAD, Leny Alves Bomfim. Differentiated Primary Healthcare in the Pataxó indigenous communities in Bahia, Brazil: polyphonic ethnography of healthcare practices from an intercultural perspective. **Social Sciences**, Basel, v. 11, n. 5, 189, p. 1-10, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/socsci11050189>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2076-0760/11/5/189>. Acesso em: 1 mar. 2024.

PESSE-SORENSEN, Karen *et al.* Estructura y funciones de la Atención Primaria de Salud según el Primary Care Assessment Tool para prestadores en la comuna de Conchalí – Santiago de Chile. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 147, n. 3, p. 305-313, mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872019000300305>. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000300305. Acesso em: 1 mar. 2024.

PETTERSSON, Sara *et al.* Cultural competence in healthcare professionals, specialized in diabetes, working in Primary Healthcare – a descriptive study. **Health & Social Care in the Community**, Hoboken, v. 30, n. 3, p. 717-726, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.13442>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34145649/>. Acesso em: 1 mar. 2024.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais**. Buenos Aires: Clacso, 2005. p. 107-130.

REZENDE, Lilian Cristina *et al.* Nurses' practice in quilombola communities: an interface between cultural and political competence. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 5, p. e20190433, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0433>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/7Tb7X43Yxg8YC/SsPXvPsqrx/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 1 mar. 2024.

ROTHLIND, Erica *et al.* Virtual patients reflecting the clinical reality of Primary Care – a useful tool to improve cultural competence. **BMC Medical Educational**, London, v. 21, n. 270, p. 1-9, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02701-z>. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-021-02701-z>. Acesso em: 1 mar. 2024.

SAHA, Somnath *et al.* Primary Care provider cultural competence and racial disparities in HIV care and outcomes. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 28, n. 5, p. 622-629, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2298-8>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3631054/>. Acesso em: 1 mar. 2024.

SEVALHO, Gil. Contribuições das críticas pós-colonial e decolonial para a contextualização do conceito de cultura na epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, p. e00243421, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT243421>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hMRhThpQfv6zXcRS3qJgnbS/?lang=pt>. Acesso em: 1 mar. 2024.

SHARMA, Akshay *et al.* Rural Primary Care providers' attitudes towards sexual and gender minorities in a midwestern state in the USA. **Rural and Remote Health**, Geelong, v. 19, n. 4, p. 1-12, nov. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31675243/>. Acesso em: 1 mar. 2024.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?lang=pt>. Acesso em: 1 mar. 2024.

SUK, Min Hyun; Oh, Won-Oak; Im, YeoJin. Factors affecting the cultural competence of visiting nurses for rural multicultural family support in South Korea. **BMC Nursing**, London, v. 17, n. 1, p. 1-9, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0269-4>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29339927/>. Acesso em: 1 mar. 2024.

ZEH, Peter *et al.* Exploring culturally competent Primary Care diabetes services: a single-city survey. **Diabetic Medicine**, Oxford, v. 33, n. 6, p. 786-793, jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1111/dme.13000>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26484398/>. Acesso em: 1 mar. 2024.