ISSN: 2316-607X

DIVERSIDADE ÉTNICO-CULTURAL E ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: INIQUIDADES, INTERCULTURALIDADE E CAMINHOS PARA O CUIDADO CULTURALMENTE SENSÍVEL

Adelair Mendes Conceição[1]
Cleize Maria de Barros Tavares[2]
Pablo Junior Pereira [3]
Angélica Cândida Ferreira[4]
Julio Cesar Santin[5]
Lilian Christian Domingues de Souza[6]

Resumo: A diversidade étnico-cultural constitui dimensão fundamental da produção social da saúde e das condições de acesso, vínculo e continuidade do cuidado no Sistema Único de Saúde. Objetiva-se analisar criticamente os desafios e as possibilidades para a promoção de práticas culturalmente sensíveis, considerando as relações entre diferença cultural, racismo, organização dos serviços e participação comunitária. Realizou-se pesquisa bibliográfica qualitativa, mediante revisão narrativa crítica de publicações científicas brasileiras e documentos institucionais, complementados por referenciais internacionais sobre humildade e segurança cultural. A síntese interpretativa identificou quatro núcleos de problemas: a insuficiência de abordagens que reduzem cultura a atributos individuais; a persistência de barreiras raciais, territoriais, comunicacionais e institucionais; a subordinação de saberes comunitários ao paradigma biomédico; e a descontinuidade de ações formativas e gerenciais dirigidas à equidade. A literatura aponta que a sensibilização profissional, embora necessária, não substitui mudanças nos processos de trabalho, mecanismos de responsabilização e participação efetiva dos usuários. Propõe-se compreender o cuidado culturalmente sensível como prática relacional, reflexiva, antirracista e territorialmente situada, construída pela negociação clínica e pela corresponsabilidade institucional. Conclui-se que sua efetivação depende da integração entre educação permanente, escuta qualificada, mediação intercultural, políticas de equidade e avaliação da experiência de cuidado pelas próprias comunidades.

[1] Mestrado em Ambiente e Sistemas de Produção Agrícola pela Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil (2018).
[2] Especialização em psicopedagogia clínica pela União das Faculdades de Alta Floresta, Brasil (2013).
[3]Mestrado em Mestrado em Saúde da Família (PPGSF) pela Universidade Estácio de Sá, Brasil (2024).
[4]Doutorado em Biodiversidade pela Universidade Federal Rural de Pernambuco, Brasil (2020).
[5]Mestrado em Agronomia pela Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil (2018).
[6]Doutorado em Agronomia (Produção e Tecnologia de Sementes) pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil (2011).

Palavras-chave: Diversidade cultural. Equidade em saúde. Competência cultural. Racismo institucional. Atenção Primária à Saúde.

Abstract: Ethnocultural diversity is a central dimension of the social production of health and of access, trust, and continuity of care within Brazil's Unified Health System. This article critically examines challenges and opportunities for culturally responsive practices, focusing on cultural difference, racism, healthcare organization, and community participation. A qualitative bibliographic study was conducted through a critical narrative literature review of Brazilian scientific publications and institutional documents, complemented by international frameworks on cultural humility and cultural safety. The interpretive synthesis identified four interconnected issues: the limitations of approaches that reduce culture to individual attributes; enduring racial, territorial, communicative, and institutional barriers; the subordination of community knowledge to biomedical authority; and the discontinuity of equity-oriented educational and management initiatives. The literature suggests that professional awareness, although necessary, cannot replace changes in work processes, institutional accountability, and meaningful user participation. Culturally responsive care is therefore conceptualized as a relational, reflective, antiracist, and territorially situated practice grounded in clinical negotiation and institutional co-responsibility. Its implementation requires coordination between continuing education, attentive listening, intercultural mediation, equity policies, and evaluation of care experiences by the communities themselves.

Keywords: Cultural diversity. Health equity. Cultural competence. Institutional racism. Primary Health Care.

1. INTRODUÇÃO

A constituição histórica da sociedade brasileira resulta de relações complexas entre povos indígenas, populações africanas e afrodescendentes, fluxos migratórios e múltiplos processos de mobilidade e formação territorial. Essa pluralidade, contudo, não corresponde a uma distribuição equitativa de recursos, reconhecimento e proteção social. A diferença étnico-cultural participa das experiências de adoecimento e cuidado tanto por intermédio dos repertórios de linguagem, espiritualidade e práticas terapêuticas quanto por sua articulação com hierarquias raciais e desigualdades sociais. Por isso, reconhecer a diversidade não equivale a atribuir a grupos humanos características fixas, mas a considerar sujeitos historicamente situados e heterogêneos.

Na saúde, o marco constitucional do direito universal e a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) inauguraram bases para o enfrentamento de exclusões previamente naturalizadas. A universalidade, entretanto, não torna homogêneas as condições concretas de utilização dos serviços. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra demonstram que a igualdade jurídica exige medidas específicas de equidade e reconhecimento da desigual exposição a riscos, discriminações e obstáculos à assistência (Brasil, 2002; Brasil, 2017).

No campo da Atenção Primária à Saúde (APS), o vínculo longitudinal e a territorialização oferecem condições potencialmente favoráveis ao conhecimento das formas locais de viver, interpretar o sofrimento e buscar ajuda. Müller, Lima e Ortega (2023), porém, mostram que a noção de competência cultural, quando transportada de maneira acrítica para os serviços brasileiros, pode simplificar relações sociais e obscurecer o próprio contexto histórico de produção das diferenças. Assim, a presença de equipes nos territórios não assegura, por si só, uma prática intercultural.

A dimensão estrutural do problema é evidenciada pelo debate sobre o racismo institucional. Anunciação et al. (2022) argumentam que a implementação de políticas e a qualificação da informação em saúde devem caminhar com a formação antirracista e com mudanças institucionais. Estudo de Silva et al. (2024), centrado nas experiências de médicas negras na APS, acrescenta que a discriminação atravessa também a trajetória profissional e as relações de trabalho, desafiando uma interpretação restrita à interação entre trabalhador e usuário.

Diante desse cenário, formula-se a seguinte questão norteadora: de que modo a literatura científica e político-institucional permite compreender as barreiras e as condições necessárias à produção de práticas de cuidado culturalmente sensíveis no SUS? O objetivo geral consiste em analisar criticamente os fundamentos, limites e possibilidades dessas práticas no contexto brasileiro. Como objetivos específicos, pretende-se: discutir os conceitos de competência, humildade e segurança cultural; examinar as relações entre diversidade, racismo e desigualdades territoriais; identificar contribuições da produção brasileira sobre povos indígenas, população negra e comunidades quilombolas; e sistematizar implicações para a formação profissional, a organização assistencial e a pesquisa.

A relevância da investigação decorre da necessidade de evitar tanto a invisibilização das desigualdades étnico-raciais quanto respostas essencialistas que tratam culturas como listas de costumes. Ao reunir estudos empíricos secundariamente analisados, ensaios teóricos e políticas públicas, a revisão busca formular uma síntese analítica, não produzir estimativas de prevalência ou inferências causais. Após esta introdução, apresentam-se os procedimentos bibliográficos, o referencial teórico, a discussão transversal dos achados e as considerações finais.

2. METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa, desenvolvida na modalidade de revisão narrativa crítica. Essa escolha decorre do caráter conceitual e interdisciplinar da questão, que exige interlocução entre saúde coletiva, antropologia da saúde, formação

profissional e políticas de equidade. Diferentemente de uma revisão sistemática, o estudo não pretende exaurir o universo de publicações nem calcular medidas agregadas de efeito. Sua contribuição reside na comparação argumentada de perspectivas e na formulação de uma interpretação teoricamente consistente, com explicitação dos limites da seleção.

O levantamento documental realizado para a redação recorreu à consulta de páginas de artigos disponíveis na SciELO, ao registro bibliográfico do PubMed e a páginas oficiais do Ministério da Saúde e da Biblioteca Virtual em Saúde. Entre as expressões empregadas nas consultas estiveram: “competência cultural saúde Brasil”, “racismo institucional atenção saúde”, “saúde indígena interculturalidade”, “quilombolas acesso serviços saúde”, “cultural humility” e “cultural safety”. A identificação das obras foi confirmada, quando disponível, mediante título, autoria, periódico, ano e DOI na página de publicação. Não se afirma a execução de busca exaustiva nas bases CAPES ou BDTD, nem se atribuem números de registros recuperados ou excluídos.

Privilegiaram-se publicações de 2022 a 2025 para examinar debates recentes, com a inclusão deliberada de documentos normativos anteriores e de textos internacionais de 1998 e 2019 considerados fundamentais à diferenciação conceitual. Foram incluídas obras com pertinência direta para o problema, publicação institucional ou editorial identificável e informações bibliográficas verificáveis. Foram deixados de fora materiais sem identificação bibliográfica suficiente, textos promocionais, duplicatas e documentos que não permitissem relacionar sua contribuição aos eixos analíticos. O recorte não configura amostra estatisticamente representativa da literatura.

A leitura interpretativa foi organizada em quatro eixos: (a) concepções de cultura e modelos de atenção; (b) racismo e produção institucional das iniquidades; (c) territorialidade, pluralidade de saberes e experiências de populações historicamente marginalizadas; e (d) dispositivos de formação, gestão e avaliação do cuidado. Os textos foram comparados conforme sua natureza — ensaio, revisão, estudo qualitativo ou documento normativo — e conforme o alcance das conclusões permitidas pelos respectivos métodos. Nos estudos empíricos citados, descrevem-se resultados publicados pelos autores originais, sem produção de dados primários por esta revisão.

A síntese resultante é interpretativa e não segue protocolo PRISMA, avaliação formal de risco de viés ou dupla triagem independente. Essa delimitação impede apresentar a seleção como sistemática e recomenda cautela ao generalizar evidências oriundas de territórios específicos. Não houve contato com participantes, acesso a prontuários, entrevistas, questionários ou qualquer procedimento de pesquisa de campo.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Cultura, diferença e o risco da essencialização

Em saúde, cultura não é um conjunto estável de crenças transmitidas sem mudanças entre gerações. As práticas relacionadas ao corpo, à alimentação, à maternidade, à morte e à busca por tratamento são produzidas e negociadas em situações históricas, familiares e institucionais. Uma interpretação culturalmente sensível precisa distinguir a importância de repertórios simbólicos da suposição de que todos os integrantes de determinado grupo pensam da mesma maneira. A identificação étnica pode contribuir para compreender experiências coletivas, mas não substitui a investigação da trajetória singular de cada pessoa.

Müller, Lima e Ortega (2023) defendem que o debate sobre competência cultural se beneficia de experiências brasileiras de atenção e do exame do contexto histórico-social. Essa formulação desloca a prioridade do conhecimento abstrato sobre "a cultura do outro" para a compreensão das relações entre profissional, usuário, comunidade e serviço. Em consequência, a escuta das preferências do paciente não deve ser confundida com o aceite automático de qualquer conduta, assim como o compromisso com critérios clínicos não legitima desconsiderar interpretações locais da doença.

A sensibilidade cultural, portanto, envolve uma dupla exigência: a capacidade de reconhecer a diferença e a disposição para reconhecer assimetrias. Sem a primeira, prevalece a universalização de experiências particulares dos profissionais; sem a segunda, a diferença pode ser convertida em explicação conveniente para a baixa adesão ou para a dificuldade de acesso, eximindo serviços de responsabilidade pela adequação de suas práticas.

3.2 Competência cultural, humildade cultural e segurança cultural

A competência cultural se difundiu como proposta de qualificação do atendimento em sociedades plurais, enfatizando conhecimentos, atitudes e habilidades para lidar com diferenças de idioma, crença e experiência. Sua virtude é tornar a comunicação e a adequação do cuidado objetos explícitos de formação e planejamento. O limite emerge quando a competência é entendida como certificação individual adquirida após treinamento pontual, como se culturas pudessem ser totalmente conhecidas e traduzidas em procedimentos padronizados.

Tervalon e Murray-García (1998) propõem a humildade cultural como compromisso duradouro de autocrítica, revisão das assimetrias nas relações clínicas e construção de parcerias não paternalistas. A mudança é importante porque transforma a pergunta "o profissional sabe como esse grupo age?" em "como o profissional examina seus pressupostos, negocia decisões e

compartilha autoridade?". A autocrítica, porém, só adquire potência institucional quando apoiada por condições de trabalho, tempo assistencial e dispositivos de participação.

Curtis et al. (2019) radicalizam o deslocamento ao enfatizar a segurança cultural, vinculando-a ao enfrentamento do racismo institucional e à avaliação do cuidado por usuários e comunidades. Nessa abordagem, não basta que o profissional se considere preparado: é preciso examinar se a assistência é vivida como respeitosa, livre de discriminação e promotora de equidade. A diferença entre modelos não corresponde a uma sucessão linear em que um termo elimina os demais; trata-se de níveis distintos de exigência e responsabilização.

No Brasil, Müller, Lima e Ortega (2023) questionam a aplicação descontextualizada de modelos importados e valorizam a negociação situada nas práticas da Estratégia Saúde da Família. A aproximação entre essa crítica e o modelo de segurança cultural é produtiva, desde que não apague as diferenças entre contextos nacionais. Uma formulação adequada ao SUS precisa associar a dimensão relacional da clínica à luta pela universalidade substantiva, à territorialização e à participação social.

3.3 O direito à saúde e as políticas diferenciadas de equidade

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas reconhece a necessidade de organização diferenciada da assistência e de consideração das especificidades socioculturais, epidemiológicas e territoriais dos povos indígenas (Brasil, 2002). Sua existência marca a insuficiência de um desenho institucional indiferente às diferenças de território e aos modos de organização coletiva. Entretanto, a formulação de diretrizes não equivale automaticamente à sua efetivação nos encontros assistenciais, sobretudo quando há dificuldades de recursos, comunicação e participação.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, por sua vez, estabelece o reconhecimento do racismo e das desigualdades étnico-raciais como elementos relevantes para a saúde e para o planejamento de ações (Brasil, 2017). Anunciação et al. (2022) salientam o papel do quesito raça/cor nos sistemas de informação e da formação dos trabalhadores. O registro qualificado da informação não se limita a uma obrigação administrativa: torna possível identificar padrões de desigualdade que ficam invisíveis em indicadores agregados.

As políticas de equidade mostram que tratamento igualitário e tratamento idêntico não são sinônimos. Uma rede pode oferecer formalmente o mesmo procedimento e produzir resultados desiguais quando ignora idioma, distância, discriminação, exigências burocráticas ou incompatibilidade entre agendamento e condições de deslocamento. A perspectiva de direitos

exige, portanto, adaptar a organização da atenção sem criar um atendimento segregado ou de qualidade inferior para grupos específicos.

3.4 Racismo estrutural e institucional como determinantes do cuidado

O racismo institucional não se esgota em atitudes individuais hostis. Ele se manifesta também em rotinas, critérios de atendimento, formas de registro, distribuição de recursos e padrões de autoridade que produzem exclusões recorrentes. Anunciação et al. (2022) apontam que a ampliação do conhecimento em saúde da população negra requer articulação entre políticas públicas, informação e educação antirracista, rejeitando soluções meramente declarativas.

As experiências profissionais investigadas por Silva et al. (2024) revelam que o racismo atravessa espaços de formação e trabalho na APS, inclusive quando pessoas negras ocupam a posição de quem cuida. Tal contribuição impede restringir a análise à figura do usuário como destinatário passivo de proteção: as próprias equipes participam de hierarquias raciais que podem afetar sua composição, permanência e capacidade de transformar práticas.

A ênfase estrutural, todavia, não torna irrelevante a interação concreta. Ao contrário, permite compreender por que gestos de desconfiança, estereótipos e silenciamentos se repetem e por que sua correção requer mecanismos de gestão. A avaliação do cuidado precisa contemplar simultaneamente a experiência subjetiva do usuário e os dispositivos de acesso, registro, acolhimento e encaminhamento que moldam essa experiência.

3.5 Territorialidade, saberes tradicionais e interculturalidade crítica

Os territórios constituem espaços de produção de saúde, pertencimento e conhecimento, não apenas áreas de adscrição administrativa. Em comunidades quilombolas, os percursos em busca de assistência relacionam-se às condições de transporte, saneamento, distribuição de serviços e reconhecimento de modos próprios de vida. Madureira e Barsaglini (2024), ao examinar percepções de lideranças do quilombo Mata Cavalo durante a pandemia, descrevem vulnerabilidades territoriais cuja compreensão exige relacionar dimensões biológicas e sociopolíticas, e não somente comportamentos individuais.

A valorização de conhecimentos tradicionais não implica romantização nem equivalência automática entre intervenções terapêuticas de efetividade distinta. A interculturalidade crítica exige relações nas quais saberes possam ser apresentados, discutidos e, quando necessário, confrontados de forma respeitosa, com transparência sobre riscos clínicos e proteção da autonomia. A negociação pode envolver condições de uso concomitante de práticas, a atenção a

interações medicamentosas e o esclarecimento de alternativas, evitando tanto imposição quanto omissão profissional.

Miranda, Belizario e Pereira (2024) apresentam o Encontro de Saberes como proposta de formação intercultural capaz de incorporar outros sujeitos e epistemologias ao espaço acadêmico e ao cuidado em saúde indígena. Sua contribuição consiste em questionar quem pode ensinar e definir o conhecimento legítimo na universidade. A proposta também suscita um desafio de implementação: experiências formativas inovadoras precisam de sustentação curricular, reconhecimento dos mestres e avaliação de seus efeitos sobre o trabalho em serviços.

A interculturalidade, nesse sentido, não deve ser reduzida a eventos comemorativos ou à presença episódica de representantes comunitários. Sua dimensão política reside na possibilidade efetiva de participação na definição de prioridades, protocolos e formas de comunicação. O protagonismo das comunidades é condição para que a atenção diferenciada não se converta em tutela institucional.

4. RESULTADOS DA REVISÃO E DISCUSSÃO

4.1 Convergências e tensões da literatura

A primeira convergência identificada é o reconhecimento de que a qualidade técnico-clínica do atendimento não basta para garantir cuidado equânime. Müller, Lima e Ortega (2023) evidenciam a necessidade de interpretação sociocultural situada; Anunciação et al. (2022) defendem o enfrentamento institucional do racismo; e Curtis et al. (2019) vinculam o julgamento sobre segurança cultural à experiência de usuários e comunidades. Em conjunto, essas abordagens sustentam que equidade é critério de qualidade, não uma agenda separada da prática assistencial.

Uma tensão relevante diz respeito à unidade de intervenção. A linguagem da competência cultural pode privilegiar atributos do profissional; a humildade cultural enfatiza o processo reflexivo e a relação clínica; a segurança cultural demanda participação social e responsabilização organizacional. Nenhum desses planos é dispensável, mas a redução a um único plano produz respostas incompletas. Treinamentos podem ampliar a percepção do preconceito, sem remover barreiras de agendamento; reformas administrativas podem facilitar acesso, sem alterar interações humilhantes; e protocolos de mediação podem falhar quando a equipe desconhece o território.

A segunda convergência é a insuficiência da leitura culturalista da desigualdade. Em estudo qualitativo localizado, Madureira e Barsaglini (2024) situam a experiência quilombola no

entrelaçamento de racismo e precariedades estruturais. Silva et al. (2024) investigam o racismo nos percursos profissionais de médicas negras; ambos reforçam que discriminação opera sobre redes de oportunidades e condições materiais. Não seria metodologicamente adequado generalizar seus achados para todos os serviços, mas a articulação analítica torna plausível a necessidade de investigações multiescalares.

4.2 Barreiras comunicacionais e negociação de decisões

Comunicação culturalmente sensível não equivale a traduzir palavras literalmente. A consulta reúne concepções sobre gravidade, causalidade, sofrimento, confiança, família e tempo, que podem não estar explicitadas. Em contextos multilíngues ou de repertórios comunicacionais diferentes, o cuidado requer verificar o entendimento mútuo, explicar riscos em linguagem acessível e reconhecer quando a presença de intérpretes ou mediadores é necessária. A ausência de mecanismos organizados de mediação transfere ao usuário a responsabilidade por superar um obstáculo criado pelo próprio serviço.

A negociação terapêutica precisa preservar direitos e parâmetros técnico-científicos, sem presumir obediência como indicador exclusivo de sucesso. É possível que a pessoa compreenda a orientação e ainda a considere impraticável diante do custo de deslocamento, de responsabilidades familiares ou de valores importantes para sua comunidade. O registro dessas razões pode produzir planos mais realistas. Trata-se de inferência prática decorrente da literatura discutida, não de intervenção testada por esta revisão.

A atenção às relações de poder protege também contra a seleção arbitrária de quem fala pela comunidade. Lideranças, familiares, agentes de saúde e mediadores são interlocutores relevantes, mas não substituem automaticamente a autonomia e o consentimento da pessoa atendida. A boa prática requer distinguir consulta comunitária, representação legítima e decisão individual, sempre considerando os direitos envolvidos.

4.3 Formação profissional e limites de intervenções educativas

A literatura converge na importância de inserir debates sobre racismo, diversidade e desigualdades na formação inicial e permanente, mas permite questionar o alcance de cursos episódicos. A proposta de Encontro de Saberes apresentada por Miranda, Belizario e Pereira (2024) sugere uma transformação mais profunda na circulação de conhecimentos. De outro lado, a revisão de Müller, Lima e Ortega (2023) recomenda atenção às experiências cotidianas da assistência brasileira, evitando importar instrumentos sem exame de pertinência.

Uma estratégia formativa coerente precisa articular estudo de casos reais, supervisão reflexiva, discussão sobre uso de linguagem, análise de fluxos discriminatórios e participação de usuários na avaliação. Seu resultado não deveria ser medido exclusivamente por satisfação dos participantes do curso ou por testes de memorização cultural. Indicadores de processo — como qualidade do registro raça/cor e disponibilidade de mediação — e de experiência — como relatos de discriminação e participação em decisões — podem complementar a avaliação institucional, desde que definidos com as comunidades e empregados de modo ético.

Há, contudo, uma lacuna causal importante: as obras analisadas não autorizam afirmar que uma modalidade específica de treinamento, isoladamente, reduz desigualdades assistenciais de forma mensurável. Tal hipótese requer desenhos avaliativos próprios, seguimento temporal e medidas contextualizadas. O reconhecimento dessa insuficiência protege a revisão de transformar recomendações normativas em resultados empíricos não demonstrados.

4.4 Gestão, governança e responsabilização institucional

A passagem da sensibilidade individual para a responsabilidade institucional implica integrar equidade ao planejamento, ao financiamento e à avaliação dos serviços. Uma proposta derivada da síntese realizada abrange cinco frentes interdependentes: diagnóstico participativo dos obstáculos locais; qualificação de registros e indicadores desagregados; mecanismos acessíveis de escuta, resposta e reparação de discriminações; mediação comunicacional adequada; e educação permanente associada à revisão de processos de trabalho. Essas frentes constituem proposição analítica, não protocolo já validado.

A APS oferece potencial para essa integração em razão da continuidade do cuidado e da inserção territorial, mas não deve receber isoladamente a responsabilidade pela equidade. A coordenação entre atenção primária, serviços especializados, vigilância e instâncias de gestão precisa evitar que a população enfrente sucessivas exigências de comprovação, deslocamentos repetidos ou encaminhamentos sem retorno. A implementação das políticas voltadas à população negra e aos povos indígenas deve ser interpretada como compromisso transversal da rede (Brasil, 2002; Brasil, 2017).

A construção de indicadores exige cautela. O simples aumento do número de profissionais treinados pode sinalizar atividade administrativa sem demonstrar mudança vivida pelos usuários. De modo complementar, a interpretação de uma taxa de utilização de serviços depende da oferta existente, da distribuição territorial e das barreiras de acesso. Assim, resultados precisam ser examinados conjuntamente com relatos de experiência e com a participação social,

sem atribuir à identidade cultural a causalidade de diferenças que podem decorrer de estruturas institucionais.

4.5 Alcance, lacunas e agenda de investigação

Os materiais examinados são diversos em objetivos e desenhos. Ensaios teóricos e revisões narrativas produzem esclarecimento conceitual, mas não estimam efeitos; documentos normativos estabelecem diretrizes, porém não comprovam implementação; investigações qualitativas revelam experiências e mecanismos situados, sem pretensão de representatividade estatística. É precisamente essa heterogeneidade que permite triangulação interpretativa, ao mesmo tempo que impede a agregação quantitativa de resultados.

Destacam-se três lacunas. A primeira é a necessidade de pesquisas avaliativas sobre mudanças organizacionais de longo prazo e seus efeitos na experiência e nos desfechos de cuidado. A segunda diz respeito à comparação entre contextos urbanos, rurais, indígenas, quilombolas e migratórios sem homogeneizar suas necessidades ou reduzir múltiplas formas de pertencimento a categorias fixas. A terceira envolve metodologias colaborativas capazes de atribuir papel efetivo às comunidades na formulação das perguntas, na interpretação das evidências e na avaliação de políticas.

Pesquisas futuras podem comparar modalidades de formação intercultural, investigar dispositivos de tradução e mediação em serviços, estudar trajetórias de atendimento e examinar a implementação de indicadores de racismo institucional. É recomendável combinar diferentes métodos e explicitar as limitações de inferência. A presente revisão, por sua natureza bibliográfica, não sustenta afirmações sobre prevalências nacionais, efetividade causal de intervenções ou desempenho de unidades específicas.

5. CONCLUSÃO

A literatura analisada permite responder à questão norteadora afirmando que o cuidado culturalmente sensível depende de condições simultaneamente clínicas, comunicacionais, políticas e institucionais. O reconhecimento da diversidade étnico-cultural constitui ponto de partida, mas não produz equidade quando desligado da crítica às desigualdades raciais, das condições concretas dos territórios e dos modos pelos quais serviços distribuem escuta, autoridade e acesso. O objetivo geral foi atendido mediante a articulação de perspectivas sobre competência, humildade e segurança cultural com debates brasileiros sobre políticas de equidade, racismo e interculturalidade.

Como contribuição teórica, propõe-se compreender o cuidado culturalmente sensível por quatro dimensões integradas: reflexividade profissional, negociação clínica respeitosa, reconhecimento dos saberes e das trajetórias comunitárias, e responsabilização institucional pelos obstáculos e discriminações. Essa formulação evita duas simplificações: imaginar que conhecer características presumidas de grupos garante cuidado adequado e supor que a boa disposição individual basta para transformar desigualdades estruturais.

As implicações práticas compreendem a incorporação de formação permanente reflexiva, mecanismos de mediação intercultural, melhoria dos registros de desigualdade, participação comunitária qualificada e revisão de fluxos que dificultam a continuidade da atenção. Essas possibilidades devem ser adaptadas às realidades locais e submetidas à avaliação, sem substituir evidências clínicas nem comprometer a autonomia dos usuários.

A revisão apresenta limites decorrentes do caráter narrativo, da seleção não exaustiva e da heterogeneidade metodológica das fontes. Em consequência, as interpretações não devem ser confundidas com resultados de revisão sistemática ou com demonstração de efetividade de intervenções. Recomenda-se a realização de estudos longitudinais, avaliativos e participativos que investiguem como práticas de cuidado culturalmente sensíveis podem ser institucionalizadas, monitoradas e sustentadas no SUS.

6. REFERÊNCIAS

ANUNCIAÇÃO, Diana et al. **(Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.08212022.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde**. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 10 nov. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-negra/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf/view. Acesso em: 10 nov. 2026.

CURTIS, Elana et al. **Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity**: a literature review and recommended definition. International Journal for Equity in Health, London, v. 18, art. 174, 2019. DOI: https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3.

MADUREIRA, Kleber Gonçalves; BARSAGLINI, Reni. **O quilombo Mata Cavalo/Brasil e a sindemia da COVID-19:** o racismo e o direito de (r)existir em questão. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.08322023.

MIRANDA, Victor André Martins de; BELIZARIO, Ana Boross Queiroga; PEREIRA, Marcio Florentino. **Encontro de Saberes**: Interculturalidade Crítica e Saúde Coletiva. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320242912.10262024.

MÜLLER, Manuela Rodrigues; LIMA, Rossano Cabral; ORTEGA, Francisco. **Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil**: por um cuidado culturalmente sensível. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 32, n. 3, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210731pt.

SILVA, Letícia Batista et al. **"Mesmo que a gente seja a mão que cuida"**: médicas negras e racismo estrutural no contexto da atenção primária à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, e07622023, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.07622023.

TERVALON, Melanie; MURRAY-GARCÍA, Jann. **Cultural humility versus cultural competence**: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, Baltimore, v. 9, n. 2, p. 117-125, 1998. DOI: https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233.