ISSN: 2316-607X

DIVERSIDADE ÉTNICO-CULTURAL NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: INTERCULTURALIDADE CRÍTICA, EQUIDADE E TRANSFORMAÇÃO CURRICULAR

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 brasileira desafia modelos de formação em saúde orientados por pressupostos de neutralidade cultural e por hierarquias entre conhecimentos. Objetiva-se analisar criticamente como a interculturalidade, o enfrentamento do racismo e o reconhecimento de diferentes racionalidades de cuidado podem contribuir para a formação de profissionais comprometidos com a equidade. Trata-se de pesquisa bibliográfica, qualitativa, desenvolvida por revisão narrativa crítica de artigos científicos e documentos normativos identificados em portais editoriais, SciELO e repositórios institucionais, com prioridade para 2022–2026 e inclusão de marcos anteriores indispensáveis. A síntese foi organizada nos eixos: historicidade das desigualdades; abordagens da interculturalidade; políticas públicas e currículos; experiências formativas; e implicações para avaliação educacional. A literatura examinada indica persistência de abordagens pontuais da saúde da população negra, insuficiência de oportunidades de aprendizagem para atuação intercultural e potencial de iniciativas que incluem saberes comunitários e participação social. Evidencia-se, entretanto, que competência cultural, isoladamente, não substitui mudanças nas relações institucionais de poder. Conclui-se que a diversidade deve constituir princípio transversal, verificável em práticas pedagógicas, avaliação, inserção territorial e governança dos cursos, sem reduzir grupos sociais a identidades homogêneas. A revisão oferece uma matriz analítica de dimensões formativas, mas não permite estimar efeitos causais ou prevalências nacionais.

[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: Educação em saúde. Diversidade cultural. Equidade em saúde. Relações étnico-raciais. Interculturalidade.

Abstract: Brazilian ethnic and cultural diversity challenges health professions education models grounded in assumptions of cultural neutrality and hierarchies of knowledge. This article critically examines how interculturality, anti-racist practice, and the recognition of different forms of care knowledge can support the education of professionals committed to health equity. This is a qualitative bibliographic study based on a critical narrative review of scientific articles and policy documents identified through journal websites, SciELO, and institutional repositories, prioritizing publications from 2022 to 2026 while retaining essential earlier frameworks. The synthesis was organized around historical inequalities, intercultural approaches, policies and curricula, educational experiences, and implications for educational assessment. The literature points to fragmented coverage of Black population health, insufficient preparation for intercultural practice, and the potential of initiatives involving community knowledge and social participation. Cultural competence alone, however, cannot replace changes in institutional power relations. Ethnic and cultural diversity should therefore become a cross-cutting educational principle, observable in teaching, assessment, community-based placements, and program governance, without portraying social groups as internally homogeneous. The article proposes an analytical framework for training, although its narrative design does not support causal estimates or nationwide prevalence claims.

Keywords: Health education. Cultural diversity. Health equity. Ethnic relations. Interculturality.

1. INTRODUÇÃO

A formação de profissionais da saúde ocorre em sociedades marcadas por histórias desiguais de reconhecimento, acesso a direitos e produção de conhecimentos. No Brasil, a coexistência de povos indígenas, populações negras, comunidades quilombolas e numerosos grupos culturalmente diferenciados não representa apenas uma variedade de costumes: articula-se a relações sociais que distribuem desigualmente recursos, reconhecimento e oportunidades de cuidado. A compreensão dos processos saúde–doença, portanto, requer interrogar tanto as condições materiais de vida quanto a maneira pela qual instituições de ensino e serviços de saúde legitimam determinadas experiências e silenciam outras (Brasil, 2017a; Souza; Rocha; Nunes, 2024).

Historicamente, a profissionalização sanitária atribuiu centralidade crescente aos saberes biomédicos e às técnicas de intervenção, com avanços decisivos na capacidade diagnóstica e terapêutica. Todavia, a expansão de conhecimentos especializados não eliminou os efeitos de

padrões discriminatórios de organização da assistência. Ao examinar documentos da profissionalização da enfermagem no início do século XX, Miasato, Souza e Silveira (2024) demonstram a pertinência de investigar a participação de discursos eugenistas na constituição de modelos profissionais. Esse resultado histórico desautoriza tratar preconceitos na formação como simples desvios individuais ou fatos sem relação com a história institucional.

A Constituição e o Sistema Único de Saúde (SUS) situam a saúde como direito e atribuem ao sistema responsabilidade pela ordenação da formação profissional. O Conselho Nacional de Saúde, na Resolução nº 569/2017, explicita a necessidade de contemplar relações étnico-raciais, histórias e culturas afro-brasileiras, africanas, indígenas e de povos tradicionais nos projetos pedagógicos (Brasil, 2017a). Para a Medicina, as Diretrizes Curriculares Nacionais aprovadas em setembro de 2025 reforçam o cuidado centrado na pessoa, família e comunidade e o respeito à diversidade humana (Brasil, 2025a). A distância entre compromisso normativo e vivência educacional, contudo, persiste como questão científica.

Pesquisas brasileiras recentes assinalam dificuldades que não se resolvem apenas acrescentando aulas sobre costumes ou diferenças. Souza, Rocha e Nunes (2024) identificaram abordagem pontual e descontextualizada da saúde da população negra em cursos investigados; Rodrigues et al. (2025) identificaram conhecimento insuficiente de estudantes e recém-egressos de enfermagem sobre a temática. Por outro lado, Miranda, Belizario e Pereira (2024) discutem experiências de encontro entre saberes como possibilidade de reconfigurar quem participa da produção do conhecimento universitário. Essas perspectivas convergem na crítica à insuficiência do currículo, mas divergem na amplitude da transformação proposta.

Diante desse cenário, formula-se a questão norteadora: de que modo a interculturalidade crítica e o respeito às diferenças podem ser incorporados à formação de profissionais da saúde para enfrentar desigualdades étnico-raciais e fortalecer práticas de cuidado equitativas? O objetivo geral consiste em analisar criticamente as contribuições e os limites da literatura sobre diversidade étnico-cultural na formação em saúde. Como objetivos específicos, propõem-se: distinguir competência cultural e interculturalidade crítica; examinar as relações entre racismo, políticas públicas e currículo; comparar evidências e argumentos de estudos brasileiros recentes; e sistematizar dimensões pedagógicas e institucionais para orientar o desenvolvimento e a avaliação de cursos.

A relevância da investigação decorre da necessidade de transformar direitos e compromissos éticos em capacidades profissionais efetivas. Opta-se pela revisão narrativa crítica, apropriada à articulação interpretativa de estudos empíricos, textos teóricos e normas, sem reivindicar exaustividade sistemática. Após explicitar o percurso metodológico, discutem-

se fundamentos históricos e conceituais, sintetizam-se contribuições e tensões dos trabalhos consultados e apresentam-se implicações para o ensino, a gestão acadêmica e a pesquisa.

2. METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa, delineada como revisão narrativa crítica da literatura. Essa modalidade foi escolhida porque o problema envolve conceitos normativos, resultados de investigações de métodos diversos e interpretações sobre relações de poder, exigindo comparação argumentativa em lugar de agregação estatística. Não se trata de revisão sistemática, revisão de escopo ou metanálise; não foram aplicados protocolos de triagem com dupla revisão, instrumentos padronizados de risco de viés ou procedimentos para calcular estimativas combinadas.

O levantamento realizado para este manuscrito utilizou consultas abertas aos portais SciELO, páginas de periódicos científicos brasileiros, Biblioteca Virtual em Saúde e sítios institucionais do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e do Conselho Nacional de Saúde. Empregaram-se combinações, em português, das expressões “interculturalidade”, “saúde indígena”, “formação em saúde”, “competência cultural”, “saúde da população negra”, “racismo institucional”, “enfermagem” e “diretrizes curriculares”. O uso dessas fontes não equivale à execução de estratégia exaustiva ou reproduzível em todas as bases bibliográficas nacionais e internacionais.

Foram priorizados estudos publicados entre 2022 e 2026, intervalo escolhido para observar debates recentes sobre currículos, antirracismo e pluralidade de saberes. Incluíram-se atos e políticas de anos anteriores por sua relevância regulatória e histórica. A elegibilidade considerou pertinência temática, identificação clara de autoria, periódico ou órgão emissor, data de publicação e acesso a metadados editoriais ou texto institucional verificável. Excluíram-se materiais sem origem identificável, referências cuja existência não pôde ser confirmada e conteúdos publicitários ou de opinião que não contribuíssem diretamente para a discussão científica.

A seleção foi intencional e orientada pela capacidade das publicações de representar perspectivas complementares e contrastantes; por isso, não se atribui um número total de registros recuperados, excluídos ou elegíveis. Os textos foram examinados em suas descrições editoriais, resumos, segmentos de texto disponíveis e documentos normativos, com conferência dos elementos bibliográficos empregados nas referências. Em seguida, foram produzidos fichamentos interpretativos relativos à pergunta de cada estudo, seu desenho, sua contribuição e seus limites. A síntese final articulou cinco categorias analíticas: constituição histórico-

institucional das desigualdades; competência cultural versus interculturalidade crítica; orientação político-normativa; materialização curricular; e critérios de avaliação da transformação formativa.

Cabe distinguir os dados secundários provenientes de pesquisas empíricas citadas dos procedimentos deste artigo: entrevistas, oficinas e questionários mencionados pertencem exclusivamente às investigações publicadas por outros autores; nenhuma coleta primária foi realizada nesta revisão. Também não se calculou a frequência de achados no conjunto da literatura brasileira. As interpretações aqui apresentadas configuram proposições analíticas fundamentadas nas fontes consultadas, não generalizações probabilísticas.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Diversidade étnico-cultural, historicidade e determinação social da saúde

Diversidade étnico-cultural designa um campo relacional de pertencimentos, práticas, linguagens, memórias e disputas por reconhecimento, e não um catálogo estático de atributos. A experiência de um grupo é atravessada por classe social, gênero, geração, território, deficiência, religião e acesso desigual a serviços. Assim, duas pessoas classificadas na mesma categoria étnico-racial podem ter necessidades, redes de apoio e expectativas terapêuticas distintas. Para a formação profissional, a implicação é metodológica e ética: conhecer diferenças coletivas é importante, mas não autoriza antecipar o significado da experiência de cada usuário.

Os limites do universalismo abstrato se tornam perceptíveis quando a promessa de atendimento igual ignora desigualdades produzidas historicamente. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) reconhece o racismo como determinante social relevante e insere seu enfrentamento nas responsabilidades do SUS (Brasil, 2017b). A equidade, nesse contexto, não se confunde com diferenciação arbitrária: exige identificar barreiras desiguais para realizar concretamente o direito universal. Ensinar a registrar raça/cor de forma eticamente adequada, interpretar disparidades e interrogar a qualidade do acesso integra a alfabetização institucional necessária ao cuidado.

A recuperação histórica proposta por Miasato, Souza e Silveira (2024), centrada em documentos da institucionalização da enfermagem, torna visível que ideais de profissão, respeitabilidade e ciência podem ter sido construídos em diálogo com projetos racializados. Essa constatação convida a revisar narrativas heroicas lineares da formação sanitária. Sem desconsiderar os benefícios do desenvolvimento técnico, importa reconhecer que a autoridade científica também pode funcionar como linguagem de classificação social. Uma pedagogia

crítica precisa explorar esse duplo caráter: a ciência como recurso de proteção da vida e as instituições científicas como espaços sujeitos a disputas políticas.

A centralidade da determinação social da saúde também altera o modo de definir desempenho profissional. Não basta demonstrar domínio sobre fisiopatologia e protocolos quando o encontro clínico é prejudicado por barreiras de idioma, estereótipos ou ausência de pactuação terapêutica. A dimensão cultural torna-se relevante porque interfere nos itinerários de cuidado, nas expectativas recíprocas e na confiança institucional; a dimensão estrutural é imprescindível porque condições de acesso não dependem somente da comunicação. Reduzir desigualdades a "falhas de sensibilidade" seria ocultar vínculos entre racismo, organização dos serviços e distribuição de poder (Souza; Rocha; Nunes, 2024; Monteiro; Rosa, 2026).

3.2 Competência cultural e interculturalidade crítica: aproximações e tensões

O conceito de competência cultural reúne, em linhas gerais, capacidades de reconhecer valores e contextos dos usuários, estabelecer comunicação adequada e adaptar práticas de cuidado a situações socioculturais diversas. Sua virtude pedagógica está em explicitar que decisões clínicas não ocorrem fora de relações sociais. Em investigação qualitativa no território da Mangueira, Quintão, Franco e Almeida (2024) examinam a percepção de moradores sobre o modo como práticas da atenção primária incorporam elementos socioculturais às decisões assistenciais. A pesquisa exemplifica por que vínculos locais, experiências de sociabilidade e redes comunitárias podem alterar as possibilidades de cuidado.

Entretanto, a formulação de competência cultural pode produzir um efeito indesejável quando transforma culturas em conteúdos a serem dominados pelo profissional. Cursos baseados em "características típicas" de grupos correm o risco de substituir um preconceito por outro, naturalizando diferenças e reforçando a posição do profissional como intérprete soberano. Uma alternativa consiste em compreender capacidades interculturais como disposição continuada para investigar a própria posição social, explicitar incertezas, ouvir as pessoas sobre suas experiências e negociar condutas em condições de respeito. O conhecimento prévio sobre comunidades é um recurso contextual, não um substituto do diálogo singular.

Miranda, Belizario e Pereira (2024) oferecem contribuição distinta ao situar o Encontro de Saberes no horizonte da interculturalidade crítica. A questão não é somente incluir técnicas comunicacionais no repertório biomédico, mas repensar a participação de detentores de saberes tradicionais na vida universitária e os critérios que tornam determinados conhecimentos ensináveis e legítimos. A perspectiva intercultural crítica desloca, portanto, o foco da adaptação

do paciente ao serviço para as relações epistemológicas e institucionais que organizam ensino, pesquisa e assistência.

As duas abordagens não precisam ser apresentadas como incompatíveis. Habilidades de escuta, linguagem acessível e decisão compartilhada são necessárias ao atendimento cotidiano; mudanças na governança curricular e na distribuição do reconhecimento são igualmente relevantes. Há, porém, uma diferença de escala: a competência cultural pode ser ensinada e avaliada em interações específicas, ao passo que a interculturalidade crítica reivindica mudanças na composição docente, nos cenários de prática, nas fontes reconhecidas de conhecimento e nas relações com comunidades. Uma formação consistente articula a microética do encontro clínico e a macropolítica institucional.

Também é indispensável evitar a oposição simplificadora entre conhecimentos tradicionais e ciência biomédica. A interlocução entre racionalidades pode envolver aproximações, incompatibilidades, dúvidas e riscos concretos. O respeito à autonomia cultural não determina aceitação automática de toda intervenção, assim como uma prática biomédica tecnicamente fundada não dispensa esclarecimento, consentimento e contextualização. O desafio pedagógico consiste em desenvolver capacidade de avaliação científica sem desqualificar pessoas e conhecimentos por sua origem social, construindo pactuações terapêuticas responsáveis e transparentes.

3.3 Racismo institucional, formação antirracista e currículo oculto

A literatura recente oferece razões para distinguir a simples presença de conteúdos sobre diversidade de uma formação efetivamente antirracista. Souza, Rocha e Nunes (2024) observaram, no contexto universitário estudado, tratamento fragmentado da saúde da população negra e insuficiente problematização das estruturas que produzem desigualdades. O achado sugere que a inclusão nominal de uma temática em planos de ensino pode coexistir com uma prática que não interroga privilégios profissionais, organização de serviços ou hierarquias raciais. Em termos curriculares, visibilidade textual é condição necessária, mas insuficiente.

A pesquisa de Rodrigues et al. (2025), realizada com estudantes e recém-egressos de enfermagem de uma universidade pública, descreve conhecimento limitado sobre saúde da população negra e sobre a política nacional correspondente. Os autores indicam concentração da temática em componentes ligados à saúde coletiva. Sua contribuição está em demonstrar, naquele cenário, a diferença entre reconhecimento abstrato da importância do tema e apropriação de conhecimentos específicos. Não seria metodologicamente legítimo extrapolar resultados de

uma instituição para todos os cursos do país, mas o estudo reforça a necessidade de acompanhar aprendizagens concretas, em vez de presumir eficácia por exposição ocasional.

Monteiro e Rosa (2026), ao discutir educação permanente antirracista com base em experiências de profissionais da saúde mental, acrescentam a dimensão dos serviços e da formação ao longo da vida. A omissão de discussões étnico-raciais não se limita à graduação: pode persistir em práticas institucionais após a entrada no trabalho. A educação permanente ganha relevância quando permite discutir situações vividas, mecanismos de discriminação, protocolos, acolhimento e responsabilidades da gestão. Sem apoio institucional e mudanças organizacionais, a capacitação individual tende a produzir efeitos limitados.

Nesse contexto, o currículo oculto designa expectativas e normas aprendidas nas relações acadêmicas e assistenciais que não estão formalizadas no projeto pedagógico: quem é ouvido, quais saberes são ridicularizados, que sofrimento é considerado crível e quais comunidades aparecem como objetos passivos de intervenção. Sua análise exige observar o modo como docentes e supervisores respondem a episódios discriminatórios e como as instituições estabelecem responsabilidade por eles. A formação antirracista requer coerência entre conteúdo prescrito, processos avaliativos, experiências de estágio e conduta cotidiana das equipes.

Uma preocupação adicional consiste na instrumentalização da diversidade como atributo reputacional da instituição. Ações comemorativas e campanhas de inclusão podem oferecer visibilidade, mas não substituem recursos pedagógicos permanentes, participação decisória e critérios de acompanhamento. A contribuição teórica aqui defendida é compreender antirracismo como competência relacional e institucional: envolve conhecimentos sobre desigualdades, atitudes de enfrentamento da discriminação e condições organizacionais para corrigir práticas injustas (Brasil, 2017a; Monteiro; Rosa, 2026).

3.4 Povos indígenas, comunidades quilombolas e pluralidade epistemológica

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) estabelece orientação específica para serviços voltados às populações indígenas e explicita a relevância da adequação sociocultural do cuidado (Brasil, 2002). A institucionalidade da saúde indígena não pode, portanto, ser traduzida simplesmente como prestação indiferenciada de serviços em regiões remotas. A atualização normativa de 2025 reafirma a atenção às especificidades históricas, socioculturais, territoriais e epidemiológicas e à participação social indígena no planejamento e execução das ações (Brasil, 2025b).

A reflexão de Miranda, Belizario e Pereira (2024) permite examinar por que o conteúdo curricular sobre povos indígenas é insuficiente quando formulado apenas a partir da perspectiva

de profissionais não indígenas. Para os autores, a presença de mestres e conhecimentos tradicionais em experiências universitárias de Encontro de Saberes pode reposicionar agentes frequentemente tratados apenas como informantes. Desse ponto de vista, o diálogo intercultural exige condições institucionais de autoria, remuneração, reconhecimento e permanência, além da abertura de espaços de fala.

A abordagem de Castro e Castro (2026), dedicada à formação quilombola em enfermagem, amplia essa discussão ao valorizar pertencimento comunitário, territorialidade e processos coletivos de resistência como dimensões da trajetória educacional. A contribuição é especialmente importante porque desloca a narrativa de populações tradicionais como destinatárias de cuidados para sujeitos que também produzem formação e ciência. O texto, de caráter teórico-reflexivo, oferece proposições interpretativas e não demonstra, por si, efeito mensurável de uma intervenção pedagógica sobre resultados assistenciais.

Ao mesmo tempo, “povos indígenas” e “comunidades quilombolas” são expressões que abrangem experiências heterogêneas. Projetos didáticos que apresentam uma espiritualidade, uma organização social ou um sistema terapêutico como representativo de todos os grupos incorrem em essencialização. Uma prática educacional responsável reconhece variação territorial, diferenças geracionais, transformações históricas e discordâncias internas. Deve também problematizar os riscos de apropriação de saberes, uso de imagens e relatos sem consentimento, consulta insuficiente e parcerias acadêmicas que extraem informações sem oferecer contrapartida.

O encontro entre racionalidades em saúde necessita de critérios de segurança e proporcionalidade, especialmente diante de decisões terapêuticas potencialmente graves. Não cabe à equipe abandonar deveres profissionais, tampouco presumir que recusa, adesão ou itinerário terapêutico derivem automaticamente de uma identidade étnica. O processo adequado envolve identificação da preferência do usuário, informação transparente sobre riscos e benefícios, consideração de suas relações comunitárias quando desejado e documentação da decisão compartilhada. Interculturalidade, nessa acepção, aprofunda a responsabilidade clínica, em vez de relativizá-la.

3.5 Marcos normativos e a responsabilidade das instituições formadoras

A Resolução CNS nº 569/2017 articula a defesa da vida, a redução de iniquidades e a formação orientada pela realidade social à inclusão de direitos humanos, relações étnico-raciais e conhecimentos sobre povos tradicionais nos currículos (Brasil, 2017a). Seu alcance é transversal à área da saúde e não se limita a cursos que, por suas atribuições, atendam

frequentemente populações específicas. A leitura conjunta desse marco com a PNSIPN e a PNASPI revela que o dever de ensinar diversidade deriva da própria concepção de saúde como direito e da organização do SUS (Brasil, 2002; Brasil, 2017b).

No caso da Medicina, a Resolução CNE/CES nº 3, de 30 de setembro de 2025, substituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014. O novo ato estabelece, entre seus princípios, cuidado centrado na pessoa, família e comunidade, respeito à diversidade, equidade e justiça social (Brasil, 2025a). A precisão temporal é relevante: citar a norma de 2014 como se continuasse vigente ocultaria a evolução recente do marco regulatório. Além disso, o documento médico não deve ser tomado automaticamente como norma específica de todas as outras profissões, cujas diretrizes demandam análise própria.

O principal desafio pedagógico consiste em traduzir princípios gerais em oportunidades de aprendizagem verificáveis. Projetos pedagógicos precisam explicitar objetivos, conteúdos, metodologias, cenários, responsabilidades docentes e formas de avaliação. Uma disciplina isolada pode oferecer aprofundamento conceitual, mas o reconhecimento da diversidade exige continuidade em semiologia, saúde coletiva, saúde mental, práticas clínicas e estágios, respeitando especificidades de cada profissão. A integração transversal evita que o tema seja percebido como assunto periférico, sem exigir que todos os componentes reproduzam o mesmo conteúdo.

Também cabe pensar a dimensão organizacional da política educacional. A participação de usuários e movimentos sociais na construção curricular pode revelar demandas invisíveis em colegiados exclusivamente técnico-acadêmicos. Entretanto, a participação não deve assumir caráter ornamental: é preciso definir condições de escuta, registro das contribuições e consequências das deliberações. Em paralelo, devem existir proteção contra discriminação nos campos de prática, formação docente e procedimentos de responsabilização institucional. A política curricular só ganha efetividade quando altera relações concretas de ensino e cuidado.

4. RESULTADOS DA REVISÃO E DISCUSSÃO

4.1 Convergências empíricas e diferenças de abordagem

A análise das fontes permite identificar três núcleos convergentes. O primeiro é o descompasso entre compromissos de equidade e processos formativos. Souza, Rocha e Nunes (2024) descrevem abordagem curricular fragmentária da saúde da população negra; Rodrigues et al. (2025) mostram lacunas de conhecimento entre participantes de sua investigação; Monteiro e Rosa (2026) discutem insuficiências persistentes na educação permanente. Embora esses

estudos utilizem materiais e desenhos distintos, juntos sustentam uma crítica à suposição de que a inserção normativa da diversidade garante, automaticamente, sua realização educativa.

O segundo núcleo enfatiza a importância dos territórios e da participação comunitária. A investigação de Quintão, Franco e Almeida (2024) associa a competência cultural à incorporação de dimensões da vida coletiva no cuidado em atenção primária. Miranda, Belizario e Pereira (2024) deslocam a questão para o estatuto epistemológico de conhecimentos tradicionalmente marginalizados. Castro e Castro (2026), por sua vez, argumentam em favor do reconhecimento do protagonismo quilombola na formação em enfermagem. Essas abordagens compartilham a valorização da experiência situada, mas diferem quanto ao nível privilegiado da mudança: encontro assistencial, universidade ou trajetória político-comunitária.

O terceiro núcleo é a crítica às formas neutras ou descontextualizadas de ensinar saúde. O estudo histórico de Miasato, Souza e Silveira (2024) mostra a pertinência de revisar a constituição de profissões e seus imaginários sociais. Os textos voltados à formação antirracista vinculam lacunas atuais a estruturas de poder, e não apenas ao desconhecimento individual. A aproximação desses argumentos sugere que o currículo precisa integrar história, crítica institucional e prática clínica para não separar educação humanística e competência técnica.

As divergências observadas são produtivas. Enquanto a noção operacional de competência cultural facilita o desenho de objetivos avaliáveis em habilidades comunicacionais, a interculturalidade crítica torna visíveis relações de autoridade e disputas sobre o próprio conhecimento. Uma reforma apoiada somente na primeira pode resultar em treinamentos de etiqueta cultural; uma proposta baseada exclusivamente na segunda, sem definição de habilidades clínicas e instrumentos de avaliação, pode permanecer no plano declaratório. A síntese proposta neste artigo é integrar ambas em uma arquitetura curricular multinível.

4.2 Quadro de síntese das contribuições analisadas

Fonte	Desenho	Contribuição principal	Limite de interpretação
Miasato; Souza; Silveira (2024)	Etnografia documental histórica	Mostra pertinência de examinar relações entre profissionalização da enfermagem e discursos eugenistas.	Recorte histórico específico; não mede práticas atuais.
Souza; Rocha; Nunes (2024)	Pesquisa-intervenção qualitativa	Aponta tratamento pontual da saúde da população negra em cursos investigados.	Contexto institucional delimitado; não generalizável.

Quintão; Franco; Almeida (2024)	Estudo qualitativo com moradores	Relaciona competência cultural à experiência territorial e adequação do cuidado.	Perspectiva situada em um território da APS.
Miranda; Belizario; Pereira (2024)	Reflexão teórico-conceitual	Propõe Encontro de Saberes e interculturalidade crítica como orientação formativa.	Proposição reflexiva, sem estimativa causal.
Rodrigues et al. (2025)	Estudo exploratório transversal	Identifica lacunas de conhecimentos sobre saúde da população negra em enfermagem.	Amostra e instituição específicas.
Monteiro; Rosa (2026)	Reflexão articulada a relatos profissionais	Destaca urgência de educação permanente antirracista.	Relatos situados, sem inferência de prevalência.
Castro; Castro (2026)	Estudo teórico-reflexivo	Valoriza formação quilombola, territorialidade e protagonismo epistêmico.	Não testa resultados de intervenção.

Fonte: elaboração própria a partir das publicações identificadas nas referências. O quadro sintetiza desenhos e contribuições de estudos de terceiros; não apresenta dados primários desta revisão.

4.3 Da transversalidade declarada à aprendizagem avaliável

Para superar o caráter pontual do ensino, propõe-se organizar a formação em cinco dimensões articuladas. A primeira, histórico-estrutural, abrange trajetórias de racialização, racismo institucional, direitos e determinantes sociais; pode ser trabalhada por análise de políticas, estudos históricos e discussão de casos. A segunda, epistemológica, examina diversidade de racionalidades de cuidado, limites da biomedicina, critérios de evidência e relações de poder na produção de conhecimento. A terceira, comunicacional-clínica, envolve escuta ativa, identificação de preferências, comunicação acessível, mediação e decisão compartilhada.

A quarta dimensão é territorial e participativa, expressa em estágios, atividades de extensão e pactuação de projetos com comunidades. Não se trata de fazer das populações "laboratórios culturais", mas de construir ações com objetivos compartilhados, respeito à autonomia e retorno social. A quinta dimensão, institucional, corresponde à diversidade de equipes docentes, acolhimento de estudantes, enfrentamento de discriminação, desenvolvimento

profissional dos preceptores e revisão periódica do projeto pedagógico. A separação analítica dessas dimensões facilita o planejamento; seu ensino deve ocorrer de modo integrado.

A avaliação merece atenção particular. Provas teóricas podem verificar compreensão de políticas e conceitos, mas não bastam para observar comportamento em interações clínicas. Simulações com dilemas interculturais, discussão longitudinal de casos, portfólios reflexivos e avaliação supervisionada de consultas podem permitir examinar escuta, explicitação de incertezas e negociação de condutas. Contudo, os instrumentos também precisam ser avaliados criticamente: rubricas mal construídas podem premiar performances verbais de respeito sem detectar estereótipos ou desconsiderar as condições de trabalho que limitam a assistência.

É recomendável que indicadores institucionais observem não só a existência de conteúdos, mas a progressão entre o primeiro contato e os estágios finais, a preparação docente e a qualidade dos cenários de prática. O registro de experiências discriminatórias, quando realizado com procedimentos éticos e garantias de proteção, pode orientar mudanças organizacionais. A participação de estudantes e usuários na avaliação não deve equivaler a transferir a grupos vulnerabilizados o ônus de demonstrar permanentemente a discriminação; a responsabilidade por prevenir e corrigir violações permanece com instituições e gestores.

A matriz proposta é uma inferência teórica desta revisão, não um instrumento previamente validado. Sua utilidade reside em transformar recomendações amplas em hipóteses educacionais examináveis, tais como a associação entre experiências longitudinais de aprendizagem e capacidade de pactuação terapêutica. A validade, a aceitabilidade e a viabilidade dessas dimensões precisam ser investigadas em diferentes cursos, territórios e serviços. Até que isso ocorra, não se deve afirmar que determinado método isolado produza redução comprovada de iniquidades assistenciais.

4.4 Limitações da base de evidências e agenda de pesquisa

Os estudos examinados não formam um conjunto homogêneo. Investigações qualitativas oferecem profundidade contextual, mas não estimam prevalências nacionais; pesquisas transversais identificam conhecimentos e associações em um momento específico, mas não demonstram mudança longitudinal; ensaios teórico-reflexivos elaboram categorias e possibilidades de transformação, mas não testam resultados assistenciais. Comparar essas obras como se produzissem o mesmo tipo de evidência seria um erro de interpretação. Sua complementaridade está em associar diagnóstico de lacunas, compreensão histórica e formulação de alternativas.

A própria revisão narrativa tem limites importantes: a busca não cobriu sistematicamente todas as bases, não adotou seleção independente por revisores e não utilizou avaliação formal de risco de viés. O corpus é orientado pela pertinência à pergunta e pela disponibilidade de identificação verificável; por isso, pode sub-representar pesquisas não indexadas, trabalhos regionais e contribuições de autoria indígena, quilombola ou de outros grupos em espaços editoriais não contemplados. As conclusões são proposições analíticas e não um mapa completo da produção científica.

Uma agenda de pesquisa relevante deveria combinar, de modo eticamente responsável, análise curricular multicêntrica, acompanhamento longitudinal de estudantes, avaliação de intervenções pedagógicas e estudos de implementação nos serviços. Devem ser examinados não apenas conhecimentos declarados, mas decisões clínicas, experiências de usuários, qualidade do vínculo e práticas de enfrentamento à discriminação. Investigações futuras também precisam avaliar se a presença remunerada de mestres de saberes tradicionais e outras formas de coprodução curricular alteram relações institucionais ou se permanecem restritas a iniciativas excepcionais.

Outro campo prioritário envolve a validação de instrumentos de avaliação intercultural com participação de diferentes comunidades, evitando escalas que transformem identidades em características fixas. Pesquisas comparativas entre profissões e regiões podem revelar obstáculos específicos, enquanto estudos sobre docentes e preceptores devem investigar formação, condições de trabalho e suporte institucional. Em qualquer desenho, a produção de evidências exige precauções contra generalização cultural, uso extrativista de conhecimentos e exposição indevida de participantes ou comunidades.

5. CONCLUSÃO

A revisão permite responder à questão norteadora afirmando que a diversidade étnico-cultural contribui para a formação em saúde quando é tratada simultaneamente como realidade social, exigência ética, tema de conhecimento e critério de reorganização institucional. O respeito às diferenças, isolado como atitude individual, não enfrenta a totalidade de barreiras que condicionam acesso, confiança e qualidade do cuidado. A interculturalidade crítica acrescenta a esse compromisso a necessidade de reconhecer assimetrias históricas e epistemológicas e de ampliar a participação de comunidades nas decisões formativas.

O objetivo geral foi atendido por meio da articulação entre estudos recentes sobre saúde da população negra, competências culturais, educação permanente, saúde indígena e protagonismo quilombola, cotejados com marcos públicos do SUS. As principais contribuições

consistem em distinguir adaptação comunicacional de transformação institucional e em propor cinco dimensões integradas de formação: histórico-estrutural, epistemológica, comunicacional-clínica, territorial-participativa e institucional. Essa síntese oferece uma orientação conceitual para revisão de currículos e para formulação de estratégias avaliativas, sem equivaler a comprovação de eficácia.

Persistem limitações decorrentes do caráter narrativo da revisão, da heterogeneidade metodológica das fontes e da ausência de avaliação experimental ou longitudinal das propostas sistematizadas. Recomenda-se aprofundar investigações multicêntricas e participativas, com protagonismo de sujeitos e comunidades afetadas pelas desigualdades, bem como estudar a relação entre mudanças curriculares e resultados do cuidado. Em síntese, formar profissionais capazes de atuar em sociedades culturalmente plurais requer vincular rigor técnico-científico, autocrítica institucional, aprendizagem situada e compromisso efetivo com a equidade.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 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. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 569**, de 8 de dezembro de 2017. Reafirma a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos trabalhadores da área da saúde. Brasília, DF: CNS, 2017a. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0569_26_02_2018.html. Acesso em: 10 nov. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 10 nov. 2026.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 3**, de 30 de setembro de 2025. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF: CNE, 2025a. Disponível em: https://www.gov.br/mec/pt-br/cne/2025/outubro-2025/rces003_25.pdf. Acesso em: 10 nov. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 7.895**, de 7 de agosto de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o público-alvo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt7895_11_08_2025.html. Acesso em: 10 nov. 2026.

CASTRO, Pâmela Correia; CASTRO, Nádile Juliane Costa de. **Formação quilombola em enfermagem**: aquilombamento, interculturalidade crítica e contracolonização. Escola Anna Nery, v. 30, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2025-0229pt.

MIASATO, Felipe Akira; SOUZA, Edinilsa Ramos de; SILVEIRA, Liane Maria Braga da**. "A raça de amanhã"**: racismo e eugenia na profissionalização da enfermagem brasileira. Trabalho, Educação e Saúde, v. 22, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2901.

MIRANDA, Victor André Martins de; BELIZARIO, Ana Boross Queiroga; PEREIRA, Marcio Florentino. **Encontro de Saberes**: interculturalidade crítica e saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, n. 12, e10262024, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320242912.10262024.

MONTEIRO, Rosana Batista; ROSA, Jéssifran Silveira. **Saúde da população negra**: do desconhecimento de profissionais da saúde à urgência da educação em perspectiva antirracista. Saúde e Sociedade, v. 35, n. 2, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902026250450pt.

QUINTÃO, Fernanda Corrêa Pires; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. **Quando o samba atravessa a Atenção Primária à Saúde**: competência cultural sob o olhar de moradores da comunidade de Mangueira-RJ. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 34, e34019, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434019pt.

RODRIGUES, Gabriela Matos et al. **Saúde da população negra na formação em enfermagem**: conhecimentos de estudantes. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 78, supl. 1, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0330pt.

SOUZA, Dyana Helena de; ROCHA, Dais Gonçalves; NUNES, Nilza Rogéria de Andrade. **Saúde da população negra na formação em saúde**: perspectivas rumo à equidade racial. Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, n. 7, e02992024, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.02992024.