


Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil: por um cuidado culturalmente sensível


Rethinking cultural competence in health practices in Brazil: towards cultural sensitivity in care

Manuela Rodrigues Müller^{a,b}

 <https://orcid.org/0000-0002-7851-9000>


E-mail: muller.manuela@gmail.com

Rossano Cabral Lima^c

 <https://orcid.org/0000-0002-8583-4535>

E-mail: rossanolima@gmail.com

Francisco Ortega^{d,e}

 <https://orcid.org/0000-0002-5039-9449>

E-mail: francisco.ortega@icrea.cat

^aUniversidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^bUniversidade Estácio de Sá. Faculdade de Medicina. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^cUniversidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^dCatalan Institution for Research and Advanced Studies. Barcelona, Espanha.

^eUniversitat Rovira i Virgili. Medical Anthropology Research Center. Tarragona, Espanha.

Resumo

O planejamento e a implementação de políticas e práticas de saúde em países com sistemas orientados para a Atenção Primária em Saúde devem reconhecer e manejar as questões de desigualdade social em saúde que interferem no cuidado integral e equânime. Uma estratégia amplamente defendida para detectar e lidar com tais desafios é a noção de competência cultural (CC). Neste artigo, apresentaremos a noção de CC, suas críticas e alternativas teórico-práticas e, em seguida, uma revisão narrativa dessa noção em publicações brasileiras relacionadas à assistência em saúde na Estratégia Saúde da Família. O reconhecimento da diversidade sociocultural no planejamento de intervenções em saúde no Brasil é fundamental, dado que se trata de um país extremamente diverso, cujo sistema de saúde é organizado a partir das premissas da Reforma Sanitária, mas que, ainda assim, apresenta importantes iniquidades. Argumentamos que a inclusão e a negociação das diferenças socioculturais nas práticas de saúde se beneficiariam da observação do contexto histórico-social e da reflexão acerca das experiências brasileiras de assistência em saúde e das práticas cotidianas de cuidado utilizadas nas comunidades.

Palavras-chave: Competência Cultural; Estratégia Saúde da Família; Diversidade Cultural; Competência Intercultural; Iniquidades em Saúde

Correspondência

Manuela Rodrigues Müller

Av. Prof. Manuel de Abreu, 444 - 2 andar Vila Isabel. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP 20550-170.

Abstract

Planning and implementing health policies and practices in countries with Primary Health Care-oriented systems must recognize and manage social inequality issues in health, which hinder comprehensive and equitable care. A widely advocated strategy for detecting and dealing with such challenges is the notion of cultural competence (CC). In this article, we will present the notion of CC, its criticisms, and theoretical-practical alternatives and, then, a narrative review of Brazilian publications related to healthcare in the Family Health Strategy. Recognizing sociocultural diversity in planning health interventions in Brazil is essential, given that it is an extremely diverse country, whose health system is organized on the premises of the Health Reform but that presents important inequities still. We argue that the inclusion and the negotiation of sociocultural differences in health practices would benefit from the observation of the social-historical context and the reflection on the Brazilian health care experiences and the everyday care practices within the communities. **Keywords:** Cultural Competence; Primary Health Care; Cultural Diversity; Intercultural Competence; Health Status Disparities.

Introdução

Desde a Conferência de Alma Ata, defende-se que uma assistência em saúde baseada na Atenção Primária à Saúde (APS) e orientada para a comunidade estaria associada à melhoria dos resultados de saúde das populações e resultaria na redução das desigualdades sociais e iniquidades em saúde (Alencar et al., 2014; Almeida, 2018; Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020).

No caso do sistema público de saúde brasileiro, a reorganização da assistência à saúde tem se orientado para a estruturação da APS por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Entende-se que a ESF qualifica as práticas de cuidado para famílias e comunidades pela identificação das necessidades e pela organização das atividades nos territórios sob sua responsabilidade (Alencar et al., 2014; Brasil, 2017; Gusso, 2011; Schneider; Pereira; Ferraz, 2020).

As equipes da ESF são multiprofissionais, compostas minimamente por médico (preferencialmente de medicina de família e comunidade), enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família), auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) (Brasil, 2017). Acredita-se que a inclusão dos ACS potencializa a mediação entre os serviços de saúde e a população, garantindo maior sensibilidade cultural nas intervenções desenvolvidas na comunidade (Morosini; Fonseca, 2018; Nunes et al., 2002; Ortega; Wenceslau, 2020).

Os atributos da APS identificados por Starfield (2002) são os princípios que moldam as ações de saúde na ESF e, em combinação, são exclusivos dessa lógica da atenção à saúde. São eles: atenção ao primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; e coordenação da atenção. Os aspectos que qualificam as ações são: centralidade na família; competência cultural (CC); e orientação para a comunidade. Finalmente, as características que são essenciais, mas não exclusivas, são: continuidade e qualidade da atenção; comunicação profissional-paciente; proteção dos pacientes; e formato do prontuário médico.

A CC é defendida como noção estratégica para a redução das iniquidades em saúde e recomendada na formação de médicos de família e comunidade e de outros profissionais que compõem as equipes (Gusso; 2011; SBMFC, 2015; Schneider; Pereira;

Ferraz, 2020; Starfield, 2002). Este artigo examinará como a noção da CC tem sido debatida na literatura brasileira por meio de revisão narrativa. Inicialmente, serão expostas a definição de CC, leituras críticas e propostas alternativas na literatura internacional. Em seguida, serão apresentados os resultados da revisão. Argumenta-se que a adoção do referencial da CC não se mostra adequada para articular contexto histórico-social, experiências assistenciais brasileiras e práticas cotidianas utilizadas nas comunidades a fim de incluir diferenças socioculturais na negociação do cuidado. A ampliação do debate em torno da atenção à saúde culturalmente sensível em nossa realidade é fundamental para avançar na inclusão social e na redução das desigualdades em saúde.

Contextualizando a competência cultural

Pode-se dizer que o estudo de Cross et al. (1989) - *Towards a culturally competent system of care: a monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed* -, orientado para adaptar as intervenções oferecidas às crianças negras vítimas de violência nos Estados Unidos, ofereceu uma primeira definição de *competência cultural*. Nesse trabalho, os autores entendem que CC remete a um conjunto de comportamentos, ações e políticas de saúde em que sistemas, serviços e profissionais atuam de modo congruente para o reconhecimento e a inclusão da diversidade cultural em contextos multiculturais de prestação de cuidados (Cross et al., 1989; Horvat et al., 2014) e para o enfrentamento das iniquidades em saúde (Fleckman et al., 2015; Lekas; Pahl; Fuller Lewis, 2020).

A escolha pelos termos cultura e competência para a construção da noção de CC baseia-se no entendimento de que cultura implicaria um padrão integrado de comportamento humano que inclui pensamentos, comunicações, ações, costumes, crenças, valores e instituições de um grupo racial, étnico, religioso ou social. Já o termo competência implicaria a capacidade de reconhecer a diversidade cultural das comunidades atendidas e fornecer ferramentas a alunos e profissionais de saúde para atuarem com sensibilidade cultural em sua prática (Cross et al., 1989).

O desenvolvimento da CC, como outras competências, ocorre ao longo do tempo por meio de experiência, treinamento, orientação e autoavaliação. Para tanto, atitudes, políticas e práticas devem avançar em direção à maior CC de todo o sistema. As atitudes podem ser cultivadas por meio de treinamento, modelagem (*role model* - aprendido a partir do exemplo de professores/preceptores) e experiência durante a formação e nos serviços. A política evolui por meio de pesquisa, estabelecimento de metas e defesa de direitos; a prática cresce com informação, capacitação e desenvolvimento de alternativas (Cross et al., 1989).

Práticas assistenciais em saúde culturalmente sensíveis estariam relacionadas à capacidade de reconhecimento da diversidade cultural e à observação de que a diversidade molda o processo de busca de cuidado. Embora todas as pessoas compartilhem necessidades básicas, existem grandes diferenças em como as pessoas lidam com essas necessidades. É fundamental não só reconhecer os diferentes padrões de busca por assistência, mas também os modos de comunicar, definir e avaliar a saúde e as redes de apoio.

Para notar essas diferenças, os profissionais devem perceber o papel da cultura em suas próprias vidas e sua influência sobre como agem e pensam, desenvolvendo consciência crítica acerca de seus próprios etnocentrismos. Assim, as complexidades das interações podem ser totalmente consideradas (Cross et al., 1989). Posteriormente, o conhecimento específico sobre a cultura do paciente torna-se muito importante para o processo de cuidado, pois possibilita o reconhecimento de símbolos significativos e a compreensão de como a saúde é definida e como as redes de suporte primárias se configuram (Cross et al., 1989).

A família, conforme definição de cada contexto cultural, é o principal sistema de apoio e o ponto de intervenção preferido. Outras redes sociais, como vizinhos, igrejas e curandeiros, podem ser incluídas, e o sistema deve identificar e incorporar, em alguns casos, o conhecimento cultural nas práticas de saúde para apoiar e fortalecer as comunidades (Cross et al., 1989). A formação profissional atenta a esses valores, por sua vez, deve pautar-se pela curiosidade e disponibilidade para o acompanhamento de pacientes de diferentes origens e deve desenvolver habilidades de comunicação e diferenciação de

sintomatologia e sofrimento relacionados aos padrões culturais - idiomas do sofrimento (Cross et al., 1989).

A formação em CC se consolidou nos Estados Unidos como um curso nas graduações das profissões de saúde e nos programas de residência médica. Diversos modelos de ensino e aplicação em assistência foram implementados para ampliar a sensibilidade cultural (Fleckman et al., 2015). A abordagem individualizada, na qual os clínicos lidam com a experiência de adoecimento a partir da perspectiva dos pacientes, ajudando-lhes a perceber a perspectiva dos médicos e a necessidade de negociar um plano comum, é central nesses programas (Fleckman et al., 2015; Saha; Beach; Cooper, 2008). Ignorar as diferenças culturais no encontro clínico criaria uma barreira para a comunicação eficaz, resultando na insatisfação do paciente, na baixa adesão e em piores resultados de saúde (Teal; Street; 2009).

Críticas à noção de competência cultural

A discussão em torno da CC progrediu, adquiriu diferentes feições e engendrou debates importantes. As observações a seguir permitem entrever limitações conceituais e repercussões práticas da CC (Kirmayer, 2012; Kleinman; Benson, 2006; Taylor, 2003).

A primeira limitação, talvez a mais importante, diz respeito à incorporação ingênua do conceito de cultura no campo da saúde. De modo geral, cultura era entendida como sinônimo de etnia, nacionalidade e idioma e, assim, poderia ser reduzida a uma habilidade técnica em que profissionais de saúde poderiam ser treinados. Então, se resumiria à capacitação para o que fazer, ou não, quando lidamos com pacientes de uma certa origem (Kleinman; Benson, 2006; Lekas; Pahl; Fuller Lewis, 2020; Taylor, 2003).

A aplicação da CC nas práticas de saúde revela ainda um segundo aspecto: profissionais e serviços de saúde tendem a se referir à cultura do paciente ou da comunidade, assumindo as perspectivas e práticas de profissionais e serviços como padrão. Profissionais, serviços, cursos de graduação e pós-graduação constituem um campo comum, o da biomedicina, mas não reconhecem esse pertencimento como parte de uma cultura específica (Taylor, 2003). Assim, deixam de refletir sobre a cultura biomédica e os limites dessa abordagem, que considera o corpo humano universal e

passível de intervenções padronizadas de diagnóstico e tratamento.

A terceira linha de críticas à CC diz respeito à sua supervalorização, na qual características e necessidades dos pacientes/familiares seriam automaticamente interpretadas como resultantes de sua origem e contexto, impedindo uma compreensão mais prática ou diversa do caso (Kleinman; Benson, 2006). Por exemplo, no caso de profissionais que traduzem automaticamente queixas de pessoas que frequentam uma certa religião como uma variação de ritos e vivências espirituais, deixando de abordá-las em sua totalidade.

Kleinman e Benson (2006) apontam ainda que uma abordagem sem um arcabouço reflexivo poderia gerar como efeito colateral, em pacientes e seus familiares, uma sensação de invasão ou até contribuir para o sentimento de isolamento e estigmatização, pois reforçaria o lugar do diferente dentro do sistema de saúde.

Finalmente, a própria definição de pessoa é uma construção cultural e apresenta variações importantes no que cada um considera relevante, no que constitui sua identidade e no que é indicativo de saúde. Essas variações não são apenas esquemas conceituais abstratos, mas se fundamentam em experiências corporais e estruturas culturais amplas (Kirmayer, 2012).

Alternativas à competência cultural

O movimento crítico desencadeado pelo debate em torno da CC permitiu o desenvolvimento de outras noções atentas ao impacto da insensibilidade cultural nas práticas de saúde. Desse modo, configuraram-se alternativas à CC, avançando em abordagens que incluem as relações de poder implicadas no debate em torno da diversidade cultural, bem como as que introduzem mais incisivamente os aspectos socioeconômicos estruturais (Foronda et al., 2016; Metzl; Hansen, 2014).

A humildade cultural (*cultural humility*), proposta desenvolvida a partir das discussões na educação médica norte-americana, critica a noção de CC por presumir a aquisição completa e permanente de conhecimento e competência acerca da diversidade cultural e por não questionar a desigualdade de poder existente na relação profissional-paciente. Entende-se que a noção de humildade é importante pelo reconhecimento dos

desequilíbrios de poder, segundo a perspectiva do paciente, permitindo, portanto, o desenvolvimento de parcerias benéficas e não paternalistas com as comunidades (Foronda et al., 2016; Lekas; Pahl; Fuller Lewis, 2020; Tervalon; Murray-Garcia, 1998).

O termo humildade cultural tem sido utilizado em uma variedade de contextos, em respeito às diferenças étnicas, raciais e até mesmo às que se referem à orientação sexual, ao status social, às relações interprofissionais e ao relacionamento médico-paciente. Os seguintes atributos foram associados a uma prática caracterizada por humildade cultural: abertura (à diversidade), autoconsciência (da própria trajetória cultural e posição nas relações), ausência de ego (*egoless* - qualidade pessoal do profissional de saúde de ser menos autocentrado para o estabelecimento de uma relação profissional-paciente mais equilibrada), interações de apoio (intervenções que reconheçam diferenças e necessidades especiais de cada caso), autorreflexão e crítica sobre os encontros clínicos e seus efeitos (Foronda et al., 2016). A humildade cultural também é compreendida como processo contínuo a ser desenvolvido individualmente pelos profissionais de saúde e estimulado pelos serviços e sistemas de saúde (Foronda et al., 2016; Lekas; Pahl; Fuller Lewis, 2020; Tervalon; Murray-Garcia, 1998).

A noção de segurança cultural (*cultural safety*) enfatiza a abordagem de questões de poder, representatividade e discriminação como complementos essenciais para os profissionais (Brascoupé; Waters, 2009; Curtis et al., 2019; Kirmayer, 2013). A segurança cultural foi desenvolvida a partir da prática de enfermeiras neozelandesas na assistência à população maori e reconhece as condições atuais dos povos aborígenes como resultantes de sua história de colonização e assimilação (Brascoupé; Waters, 2009). Defende que, para prestar atendimento de qualidade a pessoas de diferentes etnias e culturas, o profissional de saúde deve atuar dentro dos valores e normas culturais desses grupos, pela aquisição de conhecimento (como na CC) e pela transferência do poder de definição dos critérios de qualidade dos cuidados de saúde para os pacientes, de acordo com suas normas étnicas, culturais e individuais (Brascoupé; Waters, 2009).

A introdução do conceito de segurança cultural no debate sobre cuidados de saúde transculturais foi significativa ao alargar a discussão, concentrando-se

menos nos benefícios da sensibilidade cultural e mais sobre os riscos associados à sua ausência. É central que profissionais, serviços e sistemas desenvolvam consciência crítica em relação às estruturas de poder e, fundamentalmente, à sua própria cultura e que estejam preparados para reconhecer e transformar suas práticas em vez de priorizar tornarem-se “competentes” nas culturas dos outros (Curtis et al., 2019). Além disso, a segurança cultural enfatiza explicitamente a tolerância ao não saber e às incertezas como enquadramento profissional e postura ética diante do outro (Kirmayer, 2013).

A ideia de competência estrutural (CE - *structural competence*) também foi concebida no cenário da educação médica norte-americana e busca ressaltar a importância de formar profissionais de saúde atentos ao caráter estrutural do estigma e das desigualdades em saúde. Diferentemente da CC, focada na identificação do viés clínico e na melhoria da comunicação nos encontros clínicos, a CE encoraja os clínicos a reconhecer a forma como condições sociais, econômicas e políticas produzem desigualdades em saúde (Metzl; Hansen, 2014). Assim, prioriza as influências observadas em instâncias superiores em relação às interações individuais e propõe capacitar os profissionais de saúde em cinco competências principais: reconhecimento das estruturas que moldam as interações clínicas; desenvolvimento de uma linguagem extraclínica; rearticulação de formulações “culturais” em termos estruturais; observação e planejamento de intervenções estruturais; e, finalmente, desenvolvimento de humildade estrutural (Metzl; Hansen, 2014).

Abordar inicialmente o estigma e a desigualdade em contextos clínicos requer que os profissionais de saúde reconheçam as estruturas sociais que configuram e engendram as suposições subjacentes ao estigma. Comumente, essas estruturas são invisíveis ou pouco abordadas na educação em saúde. Evidenciar as forças estruturais é um primeiro passo no processo de validação das influências das redes interpessoais, dos fatores ambientais e das forças políticas/socioeconômicas nos encontros clínicos (Metzl; Hansen, 2014).

O segundo e o terceiro componentes da CE sinalizam a necessidade de reformular apresentações clínicas ditas “culturais” em termos interdisciplinares, ressaltando

o entrelaçamento dos diferentes níveis da estrutura social (Metzl; Hansen, 2014). O quarto ponto da CE indica que as estruturas que moldam saúde e doença não são atemporais nem imutáveis, mas refletem decisões político-econômicas em contextos específicos. Finalmente, a adoção da noção de humildade é valorizada devido ao reconhecimento das limitações da CE e ao desenvolvimento de uma consciência crítica da formação profissional (Metzl; Hansen, 2014).

Metzl e Hansen (2014) insistem que essa abordagem não elimina a importância da comunicação interpessoal nas interações clínicas, especialmente quando são evidentes formas de diferença cultural, linguística, econômica ou de outros tipos. Contudo, indicam que a biomedicina tradicionalmente enfocou o encontro clínico como principal espaço da prática assistencial, negligenciando os fatores estruturais que moldam o processo saúde-doença.

A competência intercultural (CI) é um desdobramento da noção de interculturalidade. A interculturalidade, debatida no campo das políticas públicas de saúde em países ibero-americanos, defende o reconhecimento de que cada sociedade tem práticas próprias de saúde - culturalmente enraizadas - de cunho religioso, étnico ou científico. O encontro entre diferentes tradições de cuidado se dá sempre que sociedades interagem e reconfiguram suas práticas. Conseqüentemente, a interculturalidade implica o reconhecimento do caráter relacional do processo saúde-doença-busca de cuidados (Guilherme; Dietz, 2014; Menéndez, 2016).

A CI visa reconhecer e transformar o arcabouço estrutural que deu origem às desigualdades políticas, socioeconômicas e culturais, contribuindo para a solução de conflitos interculturais. Ao abordar a diversidade cultural por meio do reconhecimento positivo da diferença, as particularidades dos contextos socioculturais e o questionamento das relações de dominação que excluem, subordinam e discriminam os atores sociais podem se tornar visíveis (Fleckman et al., 2015; Veliz-Rojas; Bianchetti-Saavedra; Silva-Fernández, 2019).

Diferente da CC, baseada numa abordagem unilateral em que seria possível conhecer substancialmente outra cultura, a CI seria mais adequada aos contextos de formação em saúde por promover o aprendizado orientado para os processos de interação entre profissionais e pacientes e suas comunidades

(Fleckman et al., 2015). O reconhecimento de saberes e experiências em contexto intercultural resulta da ênfase nas práticas sociais em detrimento da investigação das representações sociais e ideológicas, de modo a salientar as articulações interativas e negociadas que são muitas vezes inconscientes (Guilherme; Dietz, 2014; Menéndez, 2016).

Segurança e humildade cultural, competência estrutural e competência intercultural têm em comum a crítica à pretensão da CC de “ensinar” profissionais de saúde a reconhecerem as particularidades culturais de seus pacientes no diagnóstico e no planejamento terapêutico. Também ressaltam os desafios das práticas assistenciais, como a violência estrutural e a naturalização da desigualdade, e a compreensão de que as vulnerabilidades estruturais assumem formas únicas em contextos culturais específicos (Martinez-Hernaez et al., 2021).

Competência cultural no Brasil – revisão narrativa da literatura

A formação em medicina de família e comunidade no Brasil, considerada essencial para o desenvolvimento de boas práticas na ESF, indica a incorporação da sensibilidade cultural no currículo da residência, em investigações e nos debates estabelecidos no campo, por auxiliar no reconhecimento dos determinantes socioculturais (Sarti et al., 2019; SBMFC, 2015; Schneider; Pereira; Ferraz, 2020; Targa; Oliveira, 2012). A utilização da competência cultural nos processos de formação pode potencializar a reflexão sobre os paradigmas envolvidos na transformação da assistência, em articulação com a lógica das práticas de cuidado centrada na pessoa (Targa, 2010), e qualificar o processo de tomada de decisões (Schneider; Pereira; Ferraz, 2020).

Para compreender melhor o modo como a CC tem aparecido na literatura brasileira, realizamos uma revisão narrativa, referente ao período de 2010 a 2020, conforme o Quadro 1.

Foram encontradas 17 referências. Sete artigos foram excluídos por estarem duplicados nas bases, serem teses/dissertações, tratarem de outros países ou não se referirem ao tema (CC). Restaram, então, 10 artigos, analisados de acordo com tipo de estudo, objetivo e população (Quadro 2).

Quadro 1 – Estratégia de busca da literatura

Biblioteca eletrônica	Termos	Campos de busca	Artigos encontrados
Bireme/BVS	<i>Competência cultural, Estratégia Saúde da Família, Brasil</i>	Título, resumo, assunto	9
PubMed	<i>Cultural competence, Family Health Strategy, Brazil</i>	<i>All fields (todos os campos)*</i>	8

* Ampliou-se a busca para todos os campos tendo em vista a escassez de artigos caso se selecionasse *title/abstract* (título/resumo) apenas.

Quadro 2 – Artigos sobre competência cultural na Estratégia Saúde da Família no Brasil, 2010-2020

Artigo	Tipo de estudo	Objetivo	População
Aguiar e Martins, 2012	Editorial	Apresentação dos atributos da APS	Não se aplica
Chomatas et al., 2013	Estudo quantitativo	Estudo de avaliação dos atributos da APS na rede de saúde de Curitiba (PR) utilizando o PCATool-Brasil	Profissionais de saúde
Oliveira e Pereira, 2013	Ensaio	Estudo descritivo a respeito dos atributos da APS e da ESF	Não se aplica
Fracolli et al., 2015	Estudo quantitativo	Estudo de avaliação dos atributos da APS na ESF em Quatá (SP) utilizando o PCATool-Brasil	Profissionais de saúde
Lima et al., 2016	Estudo qualitativo	Análise da narrativa de enfermeiros da ESF sobre práticas de cuidado de afrodescendentes e indígenas em Conde (PB)	Profissionais de saúde
Gouveia et al., 2016	Estudo qualitativo	Estudo tipo Delphi para indicar e fomentar a sistematização da formação em medicina rural pela residência em medicina de família e comunidade	Profissionais de saúde
Prates et al., 2017	Revisão de literatura	Estudo de revisão sistemática sobre a aplicação do instrumento PCATool na perspectiva do usuário, em âmbito internacional	Não se aplica
Veperino, Gomes e Leite, 2017	Estudo quantitativo	Estudo de avaliação dos atributos da APS na assistência odontológica em uma unidade de saúde com residência multiprofissional em saúde da família, em Juiz de Fora (MG), utilizando o PCATool-Brasil	Usuários
Gouveia, Silva e Pessoa, 2019	Revisão de literatura	Discussão da aplicação da CC na formação em medicina de família e comunidade	Não se aplica
Rezende et al., 2020	Estudo qualitativo	Análise das práticas assistenciais de enfermeiros da ESF junto a populações quilombolas em Belo Horizonte (MG)	Usuários e profissionais de saúde

As 10 publicações revisadas ressaltaram a importância da formação e da prática de saúde culturalmente sensíveis e apontaram a CC como ferramenta adequada para auxiliar nesses processos. Não houve prevalência de metodologias entre os estudos (três qualitativos, três quantitativos, dois editoriais/ensaios, duas revisões

de literatura) e, em todos, a dimensão sociocultural se mostrou como dado estático, ou constante, em vez de resultado de processos dinâmicos e inter-relacionados (Menéndez, 2016). Outro aspecto interessante é que houve uma ligeira preferência pela adoção da perspectiva dos profissionais de saúde (quatro estudos), enquanto somente

um trabalho investigou a perspectiva dos usuários e uma pesquisa buscou comparar a vivência de usuários e profissionais de saúde.

Observamos que os estudos não problematizaram a introdução da noção de CC em nosso contexto sociossanitário, nem das estratégias para sua aplicação, independente das metodologias utilizadas. Nos textos classificados como editorial ou ensaio, observamos a defesa dessa noção como atributo da APS (de modo intercambiável com a ESF). Os autores advogam que a CC é um importante instrumento para a formação profissional em saúde e para a avaliação de serviços e sistemas de saúde (Aguiar; Martins, 2012; Oliveira; Pereira, 2013).

Todos os estudos que utilizaram metodologias quantitativas (Chomatas et al., 2013; Fracolli et al., 2015; Veperino; Gomes; Leite, 2017) lançaram mão da versão brasileira do Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil). Tal instrumento é indicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar a qualidade dos serviços da APS, examinando empiricamente seus atributos por meio da aplicação de um questionário estruturado entre usuários, profissionais de saúde e gestores (Prates et al., 2017). A leitura desses estudos (Chomatas et al., 2013; Fracolli et al., 2015; Veperino; Gomes; Leite, 2017) permitiu perceber que não se desenvolveu uma discussão específica ou crítica sobre a CC, o que suscitou o questionamento quanto aos limites e aos desafios colocados na importação dos instrumentos de avaliação para o cenário assistencial brasileiro, de caráter tão diverso.

Dois estudos realizaram uma revisão de literatura. Prates et al. (2017) investigaram a aplicação do PCATool e encontraram poucas menções à CC entre seus resultados. Gouveia, Silva e Pessoa (2019) revisaram a noção de CC e sua importância para a formação culturalmente sensível de profissionais de saúde para atuar na APS.

Finalmente, somente três artigos utilizaram metodologia qualitativa. O primeiro apresentou os resultados de um estudo Delphi para a definição das competências necessárias à subespecialização em medicina rural compreendida dentro da carreira de medicina de família e comunidade (Gouveia et al., 2016).

Lima et al. (2016) apresentaram os resultados de entrevistas realizadas com enfermeiros da ESF de uma comunidade fortemente marcada pelas tradições africanas (descendentes de quilombolas) e indígenas

(tabajaras) no Nordeste brasileiro. Ainda assim, observaram grande dificuldade dos profissionais em reconhecer e valorizar a experiência e o saber dessas populações, desqualificando o uso de objetos (ervas medicinais) e práticas de cuidado. Rezende et al. (2020) também buscaram analisar as práticas de enfermeiros da ESF voltadas para o acompanhamento de populações quilombolas e defendem que à sensibilidade cultural deve se associar a competência política na formação e prática assistencial, dando visibilidade às questões de vulnerabilidade social.

Embora essa busca não seja extensiva, a partir dos resultados apresentados, observa-se que o debate em torno da CC se dá de forma ainda incipiente no Brasil, sem problematizar a noção ou apresentar outras formas de apreensão da dimensão sociocultural na assistência à saúde. Interessante notar que os estudos qualitativos trazem, mesmo que timidamente, aspectos do cotidiano normalmente invisíveis nas consultas individuais e relacionados às dificuldades vividas pelos pacientes e pessoas significativas de seu entorno. Tais aproximações indicam possibilidades de incorporar a experiência das populações e profissionais de saúde de modo contextualizado, agregando diretrizes caras à Reforma Sanitária brasileira, tais como orientação comunitária e participação social (Almeida, 2018). Enriquecer o debate com “maior aprofundamento teórico e elaboração metodológica” é fundamental (Sarti et al., 2019, p. 3).

Incorporação da dimensão intercultural nas práticas de saúde no Brasil: uma discussão necessária

Os fenômenos relacionados ao processo saúde-doença-busca de cuidado estão fortemente associados aos aspectos socioculturais, históricos e políticos que conformam não só a experiência subjetiva individual, mas também a das comunidades e da sociedade como um todo (Martinez-Hernaez et al., 2021; Menéndez, 2016).

Algumas dimensões da cultura, como normas, valores, ideologias, são visíveis no comportamento e nas escolhas individuais, mas a maior parte da influência cultural é implícita e se configura por meio de crenças, sistemas de conhecimento e práticas, constituindo, por sua vez, os sistemas sociais, desde

os microgrupos sociais (famílias) até as comunidades e sociedades (Kirmayer; Gómez-Carrillo, 2019).

A tomada de consciência sobre esses padrões se dá nos encontros entre as diferenças - ou encontros interculturais -, frequentemente expressos pelos conflitos no cotidiano e na negociação das práticas de cuidado dos diferentes grupos sociais no contexto dos serviços de saúde (Menéndez, 2016). Tal reconhecimento é importante por indicar aspectos relacionados aos determinantes sociais e políticos que atravessam as comunidades e ultrapassam o recorte individual (Metz; Hansen, 2014; Menéndez, 2016).

As dificuldades e os impasses vividos por pacientes e equipes podem ser lidos como efeitos dos encontros interculturais em si mesmos, que, assim, se tornam material de reflexão e elaboração de práticas culturalmente sensíveis (Kirmayer; Gómez-Carrillo, 2019; Menéndez, 2016; Nunes et al., 2002).

Um entendimento reduzido da cultura como sinônimo de etnia, nacionalidade e idioma traduzido em capacitações em torno da CC realizadas de forma automática pode ter efeitos contrários tais como a reprodução de estigma e iniquidades de saúde entre minorias e grupos desvalorizados (Foronda et al., 2016; Kleinman; Benson, 2006; Lekas; Pahl; Fuller Lewis, 2020). Ademais, limita o questionamento do próprio caráter sociocultural que permeia o saber e as práticas biomédicas (Fernandez, 2014; Taylor, 2003).

A negligência da cultura nas práticas de saúde contribui para “invisibilizar contradições, lacunas e pressupostos etnocêntricos” (Pedrana et al., 2018, p. 2). Essa invisibilização pode estar associada ao modo como os cursos da área de saúde no Brasil transmitem as noções de determinantes sociais e culturais da saúde, refletindo uma visão empobrecida do contexto histórico-social e dos determinantes culturais (Targa; Oliveira, 2012) e a desvalorização das práticas nas quais se baseia o imaginário social sobre os fenômenos saúde-doença-busca de cuidado. Talvez essa invisibilização também esteja associada à influência da ideia de uniformidade cultural na sociedade brasileira e à ênfase nos determinantes socioeconômicos em detrimento dos culturais, resultante da influência do marxismo na produção científica da saúde coletiva brasileira (Ortega; Wenceslau, 2020), historicamente crítica à biomedicina e que busca ampliar a assistência em saúde com discussões sobre as práticas de cuidado

e a integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS) (Kalichman; Ayres, 2016).

As noções críticas à CC aqui apresentadas indicam aspectos importantes no que se refere às relações de poder nas interações assistenciais e na produção de saberes. Também ajudam a pensar como essas relações refletem trajetórias histórico-políticas originadas nos períodos de colonização e nos processos contemporâneos de migração e de dependência econômica.

Para cumprir seu papel emancipatório, a formação dos profissionais e a organização assistencial devem se pautar pela observação das práticas de cuidado empreendidas individualmente, nos microgrupos sociais e nas negociações terapêuticas, considerando os territórios onde se desenvolvem. Os processos de incorporação das distintas lógicas de cuidado se manifestam na esfera dos comportamentos cotidianos. Dar centralidade às negociações permite valorizar o papel dos atores sociais nessas trocas, bem como compreender melhor aspectos relacionados ao acesso e à qualidade do cuidado (Fernandez, 2014; Menéndez, 2016). Não é possível entender os processos de saúde-doença sem os sujeitos, inseridos em seus contextos históricos e sociais, e sem as diferenças que encarnam (Fernandez, 2014).

O desenvolvimento de práticas cultural e socialmente sensíveis deve ser pensado de modo relacional e contextual (Guilherme; Dietz, 2014; Menéndez, 2016; Pedrana et al., 2018), estando atento ao inacabamento dos saberes (Fernandez, 2014; Lekas; Pahl; Fuller Lewis, 2020) e se beneficiando do diálogo interdisciplinar e da articulação de diferentes metodologias de pesquisa e ensino (Sarti et al., 2019; Tervalon; Murray-Garcia, 1998).

Considerações finais

A orientação para práticas de cuidado sensíveis à diversidade cultural tem crescido, impulsionada pela crítica ao modelo biomédico e pelas mudanças sociais mais amplas em torno de questões de justiça social e direitos humanos. Examinar a CC possibilitou considerar sua utilização no país e nos instiga a refletir criticamente sobre sua aplicação na ESF considerando as particularidades da APS brasileira.

Não se pretendeu fazer uma revisão extensiva sobre a noção de competência cultural na ESF no Brasil. Um estudo amplo, incluindo outros termos, como diversidade cultural, pluralismo médico, estigma ou interseccionalidade, poderia revelar mais pesquisas com diferentes temas, sujeitos, recortes metodológicos e teóricos. Mesmo com as limitações assinaladas, os resultados encontrados sugerem que a noção de CC não tem sido aprofundada no país. Se, em princípio, essa noção parece ser útil para problematizar questões acerca do acesso e da equidade em saúde, no caso brasileiro se mostra insuficiente dada nossa diversidade cultural e desigualdade social. A ênfase na determinação social dos processos de saúde-doença contribuiu significativamente para o conhecimento e para a assistência em saúde desenvolvidos no país, mas uma perspectiva intercultural pode auxiliar na apreensão do entrelaçamento das dimensões sociais e culturais que marcam os fenômenos da saúde.

Argumentou-se que conflitos, tensões e negociações terapêuticas podem ser examinados como reflexo da dimensão sociocultural, ampliando o reconhecimento de diferenças e desigualdades nos contextos de cuidados em saúde. A reflexão sobre as noções e as experiências de cuidado qualificarão os processos de formação profissional e a construção de políticas públicas de saúde mais inclusivas. Este artigo trouxe elementos que permitem aprimorar modos de pensar e elaborar práticas de cuidado culturalmente sensíveis e atentas aos determinantes socioeconômicos.

Referências

AGUIAR, A. S. W. de; MARTINS, P. Atributos essenciais e qualificadores da Atenção Primária a Saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 1-2, 2012. Suplemento.

ALENCAR, M. N. de et al. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 353-364, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014192.08522012

ALMEIDA, P. F. de. Atenção primária à saúde no Brasil e os 40 anos de *Alma-Ata*: reconhecer os desafios para seguir adiante. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00136118, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00136118

BRASCOUPÉ, S.; WATERS, C. Cultural safety exploring the applicability of the concept of cultural safety to aboriginal health and community wellness. *International Journal of Indigenous Health*, Toronto, v. 5, n. 2, p. 6-41, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, n. 183, 22 set. 2017. Seção 1, p. 68.

CHOMATAS, E. et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 294-303, 2013. DOI: 10.5712/rbmfc8(29)828

CROSS, T. L. et al. *Towards a culturally competent system of care: a monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed*. Washington, DC: CASSP Technical Assistance Center, 1989.

CURTIS, E. 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, p. 174, 2019. DOI: 10.1186/s12939-019-1082-3

FERNANDEZ, J. C. A. Determinantes culturais da saúde: uma abordagem para a promoção de equidade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 167-179, 2014. DOI: 10.1590/S0104-12902014000100013

FLECKMAN, J. M. et al. Intercultural competency in public health: a call for action to incorporate training into public health education. *Frontiers in Public Health*, Lausanne, v. 3, p. 210, 2015. DOI: 10.3389/fpubh.2015.00210

FORONDA, C. et al. Cultural humility: a concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, Memphis, v. 27, n. 3, p. 210-217, 2016. DOI: 10.1177/1043659615592677

FRACOLLI, L. A. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do estado de São Paulo-Brasil. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 54-61, 2015. DOI: 10.15343/0104-7809.201539015461

GOMES, C. B., GUTIERREZ, A. C., & SORANZ, D. *Política Nacional de Atenção Básica de 2017*:

análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 1327-1338, 2020. DOI:10.1590/1413-81232020254.31512019

GOUVEIA, E. A. H.; SILVA, R. de O.; PESSOA, B. H. S. Competência cultural: uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 43, n. 1, p. 82-90, 2019. Suplemento 1. DOI: 10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066

GOUVEIA, E. A. H. et al. Validating competencies for an undergraduate training program in rural medicine using the Delphi technique. *Rural and Remote Health*, v. 16, n. 4, p. 3851, 2016.

GUILHERME, M.; DIETZ, G. Diferencia en la diversidad: perspectivas múltiples de complejidades conceptuales multi, inter y transculturales. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, Las Víboras, v. 20, n. 40, p. 13-36, 2014.

GUSSO, G. D. F. Os rumos da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Florianópolis, v. 6, n. 19, p. 97-101, 2011. DOI: 10.5712/rbmf6(19)378

HORVAT, L. et al. Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Hoboken, v. 5, n. 5, CD009405, 2014. DOI: 10.1002/14651858.CD009405.pub2

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. de C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00183415, 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00183415

KIRMAYER, L. J. Cultural competence and evidence-based practice in mental health: epistemic communities and the politics of pluralism. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 75, n. 2, p. 249-256, 2012. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.03.018

KIRMAYER, L. J. Embracing uncertainty as a path to competence: cultural safety, empathy, and alterity in clinical training. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, Dordrecht, v. 37, n. 2, p. 365-372, 2013. DOI: 10.1007/s11013-013-9314-2

KIRMAYER, L. J.; GÓMEZ-CARRILLO, A. Culturally responsive clinical psychology and psychiatry: an

ecosocial approach. In: MAERCKER, A.; HEIM, E.; KIRMAYER, L. J. (Ed.). *Cultural clinical psychology and PTSD*. Boston: Hogrefe, 2019. p. 3-21.

KLEINMAN, A.; BENSON, P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine*, San Francisco, v. 3, n. 10, e294, 2006. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030294

LEKAS, H.-M.; PAHL, K.; FULLER LEWIS, C. Rethinking cultural competence: shifting to cultural humility. *Health Services Insights*, v. 13, 2020. DOI: 10.1177/1178632920970580

LIMA, M. do R. 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, 2016. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690504

MARTINEZ-HERNAEZ, A. et al. The Structural and Intercultural Competence for Epidemiological Studies (SICES) guidelines: a 22-item checklist. *BMJ Global Health*, London, v. 6, n. 4, e005237, 2021. DOI: 10.1136/bmjgh-2021-005237

METZL, J. M., & HANSEN, H. *Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality*. *Social science & medicine*, 103, 126-133, 2014. DOI:10.1016/j.socscimed.2013.06.032.

MENÉNDEZ, E. L. Intercultural health: proposals, actions and failures. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 109-118, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015211.20252015

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 261-274, 2018. Edição especial. DOI: 10.1590/0103-11042018S117

NUNES, M. de O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002. DOI: 10.1590/S0102-311X2002000600018

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 66, p. 158-164, 2013. Edição especial. DOI: 10.1590/S0034-71672013000700020

ORTEGA, F.; WENCESLAU, L. D. Challenges for implementing a global mental health agenda in Brazil: the “silencing” of culture. *Transcultural*

Psychiatry, London, v. 57, n. 1, p. 57-70, 2020. DOI: 10.1177/1363461518824433

PEDRANA, L. et al. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 42, e178, 2018. DOI: 10.26633/RPSP.2018.178

PRATES, M. L. et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1881-1893, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017226.14282016

REZENDE, L. C. et al. Nurses' practice in quilombola communities: an interface between cultural and political competence. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 73, n. 5, e20190433, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0433

SAHA, S.; BEACH, M. C.; COOPER, L. A. Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*, v. 100, n. 11, p. 1275-1285, 2008. DOI: 10.1016/s0027-9684(15)31505-4

SARTI T. D. et al. Diversidade e Direitos Humanos na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 2259, 2019. DOI: 10.5712/rbmf14(41)2259

SBMFC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. *Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <[https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2021.

SCHNEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. Prática baseada em evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, e300232, 2020. DOI: 10.1590/S0103-73312020300232

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco, 2002.

TARGA, L. V. *Mobilizando coletivos e construindo competências culturais no cuidado à saúde: estudo antropológico da política brasileira de Atenção Primária à Saúde*. 2010. 236 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

TARGA, L. V.; OLIVEIRA, F. A. de. Cultura, saúde e o médico de família. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 52-59.

TAYLOR, J. S. Confronting "culture" in medicine's "culture of no culture". *Academic Medicine*, Philadelphia, v. 78, n. 6, p. 555-559, 2003. DOI: 10.1097/00001888-200306000-00003

TEAL, C. R.; STREET, R. L. Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: a review and model. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 68, n. 3, p. 533-543, 2009. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.10.015

TERVALON, M.; MURRAY-GARCÍA, J. 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*, Nashville, v. 9, n. 2, p. 117-125, 1998. DOI: 10.1353/hpu.2010.0233

VELIZ-ROJAS, L.; BIANCHETTI-SAAVEDRA, A. F.; SILVA-FERNÁNDEZ, M. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, e00120818, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00120818

VEPERINO, R. G.; GOMES, P. M.; LEITE, I. C. G. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde, quanto aos serviços odontológicos, de uma unidade de saúde que abriga residência multiprofissional em saúde da família, no município de Juiz de Fora - MG. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 20, n. 4, p. 539-550, 2017. DOI: 10.34019/1809-8363.2017.v20.15916

Contribuição dos autores

Müller participou na concepção e delineamento do estudo; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; revisão crítica e aprovação de versão a ser publicada. Lima e Ortega participaram na concepção e delineamento do estudo; redação do artigo; revisão crítica e aprovação de versão a ser publicada.

Recebido: 30/08/2021

Reapresentado: 27/08/2022

Aprovado: 20/03/2023