

ARTIGO DE REVISÃO

Psicologia da Saúde

Editora

Raquel Souza Lobo Guzzo

Apoio

Projeto financiado com recursos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Edital Pro-Humanidades - Chamada nº 40/2022 - Linha 3B - Projetos em Rede - Políticas Públicas para o Desenvolvimento Humano e Social.

Conflito de interesse

Os autores declaram que não há conflitos de interesse.

Disponibilidade dos Dados

Os dados de pesquisa estão disponíveis no corpo do documento.










Recebido

Outubro 3, 2024

Aprovado

Outubro 28, 2024

# Competência cultural, interseccionalidade e equidade em saúde

Magda Dimenstein<sup>1</sup> , Brisana Índio do Brasil de Macêdo Silva<sup>2</sup> , Ana Carolina Rios Simoni<sup>1</sup> , Victor Hugo Belarmino<sup>1</sup> , Ryanne Wenecha da Silva Gomes<sup>3</sup> , Leonardo Fernandes Martins<sup>4</sup> , Telmo Mota Ronzani<sup>5</sup> , Jáder Ferreira Leite<sup>1</sup> , João Paulo Macedo<sup>3</sup> 

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Natal, RN, Brasil. Correspondência para: M. DIMENSTEIN. E-mail: <magda.dimenstein@ufrn.br>.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal do Delta do Parnaíba, *Campus* Ministro Reis Velloso, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Parnaíba, PI, Brasil.

<sup>4</sup> Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>5</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Juiz de Fora, MG, Brasil.

**Como citar esse artigo:** Dimenstein, M., Silva, B. I. B. M., Simoni, A. C. R., Belarmino, V. H., Gomes, R. W. S., Martins, L. F., Ronzani, T. M., Leite, J. F., Macedo, J. P. (2025). Competência cultural, interseccionalidade e equidade em saúde. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 42, e14749. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202542e14749pt>

## Resumo

### Objetivo

Este estudo teve como objetivo analisar a abordagem da competência cultural e da equidade em saúde a partir de uma perspectiva interseccional, investigando em que medida a produção científica problematiza as disparidades em saúde em relação aos marcadores sociais da diferença compreendidos como eixos inter-relacionados de subordinação que atravessam as experiências subjetivas de profissionais e usuários, bem como os processos de trabalho no campo da saúde.

### Método

Realizou-se revisão integrativa de literatura a partir das seguintes questões norteadoras: de que forma a competência cultural é compreendida e se aponta para uma perspectiva intercultural e dialógica do trabalho em saúde; que perspectivas despontam acerca das relações entre os marcadores sociais da diferença, o processo saúde-doença e a produção de cuidados culturalmente sensíveis, congruentes e competentes.

### Resultados

Os estudos selecionados destacam que as intersecções entre os marcadores sociais da diferença e a dimensão cultural dos processos saúde-doença são fragilmente abordadas na formação dos profissionais de saúde. De outra parte, estudos críticos conferem à competência cultural o papel de dispositivo analítico das práticas de saúde, conduzindo à perspectiva interseccional da determinação social do processos saúde-doença-cuidado.

### Conclusão

Evidenciou-se, de forma geral, uma lacuna na literatura científica sobre as relações entre competência cultural, interseccionalidade e iniquidades, a qual contribui para a baixa visibilidade da relação entre a ausência de competência cultural e os resultados insatisfatórios em termos de efetividade, acesso, resolutividade e, conseqüentemente, da equidade em saúde.

**Palavras-chave:** Assistência à saúde culturalmente competente; Competência cultural; Disparidades em assistência à saúde; Enquadramento interseccional; Equidade em saúde.

No campo da Saúde Coletiva, equidade é um princípio que tem como base o reconhecimento das necessidades e vulnerabilidades de cada grupo/população, cujas demandas específicas implicam em respostas diferenciadas dos serviços e trabalhadores (Oliveira et al., 2020). Neste cenário, a competência cultural em saúde – entendida como a capacidade de trabalhadores e sistemas de saúde reconhecerem a diversidade cultural e atuarem com sensibilidade cultural – representa um elemento decisivo para oferta do cuidado integral e equânime, com justiça social (M. R. Müller et al., 2023).

A busca permanente por integralidade, equidade e justiça social – tomadas como horizonte ético e democrático do Sistema Único de Saúde/SUS – conduz ao reconhecimento dos limites das políticas que se pautam pela noção de sujeito universal, ao passo que implica em situar a cultura como constitutiva do processo saúde-doença-cuidado. De acordo com C. P. Müller et al. (2007), compreende-se cultura como “um complexo de influências que se refere àquilo em que as pessoas acreditam e ao modo como vivem” (p. 861). Logo, diz respeito a conhecimentos, valores, crenças, visões de mundo, práticas, significados compartilhados, elementos que, tanto passam por constante transformação, quanto podem perdurar através de gerações, marcando diferenças entre grupos, sociedades e povos.

Na atualidade, observa-se a intensificação dos processos de trocas entre grupos e pessoas de diferentes culturas em nível global e a organização de sociedades complexas e multiculturais, que representam um enorme desafio para os sistemas de saúde. Em razão disso, nas últimas décadas, organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) têm buscado implementar ações em nível mundial no sentido de fomentar encontros e diálogos interculturais para garantir o acesso à saúde de qualidade e promover a equidade em saúde. Isto requer, entretanto, o desenvolvimento de habilidades, tecnologias de formação, estratégias de cuidado e, de forma mais ampla, exige competência cultural.

Tal termo é utilizado no contexto da saúde para se referir à capacidade das organizações, sistemas e trabalhadores de funcionarem de forma eficaz em situações interculturais, ofertando cuidado ao sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural. Além da mera aquisição de conhecimentos e habilidades linguísticas e comunicacionais, para M. R. Müller et al. (2023, p. 3):

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.

Por esta razão, nas atuais sociedades multiculturais e multiétnicas, a abordagem da competência cultural se tornou um divisor de águas no campo da saúde coletiva para combater as enormes disparidades em saúde que atingem, particularmente, grupos minoritários, étnicos e raciais, migrantes, mulheres, idosos, pessoas com necessidades especiais, pessoas LGBTQIAPN+, populações indígenas, pessoas em situação de rua (Brach & Fraserirector, 2000; Damasceno & Silva, 2018; Gouveia et al., 2019; Santos et al., 2020, Zambrana et al., 2004).

No Brasil, as disparidades em saúde estão diretamente associadas às diferenças e desigualdades sociais entre os indivíduos e grupos, explicitando-se nos índices de morbidade e mortalidade, na expectativa de vida e em diferentes chances de exposição a fatores de risco associados à saúde e doença. Também se reproduzem nas barreiras de acesso aos serviços, na qualidade do cuidado ofertado, na distribuição desigual das equipes e recursos nas regiões e territórios e na existência de práticas discriminatórias, racistas e violentas nos diferentes cenários de

atenção à saúde (Amaral et al., 2021; Castro-Nunes & Ribeiro, 2023; Dantas et al., 2020; Mendonça et al., 2021; Passarelli-Araújo, 2023; Polidoro et al., 2023).

Desta maneira, o entendimento dos múltiplos fatores associados às desigualdades em saúde é fundamental para a formulação e implementação de políticas públicas equânimes. Porém, há uma incipiente incorporação da perspectiva interseccional na compreensão dessas interrelações, inclusive, na coleta de dados e produção de estatísticas nacionais que entrecruzem marcadores sociais da diferença. Sabe-se que “uma análise de interseccionalidade revela essas relações e permite uma compreensão diferenciada de como as iniquidades em saúde são estruturadas e compreendidas” (Venkatachalam et al., 2020, p. 109). Uma lente interseccional é imprescindível para o monitoramento da equidade na medida em que auxilia na identificação de padrões e necessidades, permite um melhor entendimento das características específicas de uma população e a realização de análises mais acuradas da situação de saúde (Organização Pan-Americana de Saúde, 2020).

Este artigo objetiva abordar a competência cultural e equidade em saúde através de uma ótica interseccional. Neste sentido, pode contribuir para adensar as análises acerca das disparidades em saúde, uma vez que propõe tomar tais assimetrias na sua relação com os marcadores sociais da diferença e as intersecções entre eles, como eixos de subordinação inter-relacionados que comparam nas experiências subjetivas de profissionais e usuários e nos processos de trabalho em saúde. A partir de uma revisão integrativa da literatura buscou-se analisar: 1) de que forma competência cultural é compreendida e se aponta para uma perspectiva intercultural e dialógica do trabalho em saúde; 2) que perspectivas despontam acerca das relações entre os marcadores sociais da diferença, o processo saúde-doença e a produção de cuidados culturalmente sensíveis, congruentes e competentes que permitem vislumbrar possíveis efeitos na equidade em saúde.

## Método

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura sobre competência cultural, interseccionalidade e equidade em saúde que seguiu as seguintes etapas de pesquisa: a) elaboração das perguntas norteadoras, b) busca ou amostragem na literatura, c) coleta de dados; d) categorização dos estudos; e) avaliação dos estudos e f) interpretação dos resultados e discussão dos mesmos (Souza et al., 2010).

A busca incluiu artigos indexados ao banco de dados Periódicos CAPES e foi finalizada em 12 de julho de 2023. Utilizou-se as seguintes palavras-chave, extraídas do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): “Competência cultural” AND “Enquadramento Interseccional”; “Competência cultural” AND “Assistência à Saúde Culturalmente Competente”; “Competência cultural” AND “Determinação Social da Saúde”; “Competência cultural” AND “Determinantes Sociais da Saúde”; “Competência cultural” AND “Antropologia Médica”; “Competência cultural” AND “Racismo”; “Competência cultural” AND “Disparidades nos Níveis de Saúde”; “Competência cultural” AND “Disparidades em Assistência à Saúde”; “Competência cultural” AND “Iniquidades em Saúde”; “Competência cultural” AND “Diversidade cultural”; “Competência cultural” AND “Etnopsicologia”; “Competência cultural” AND “Comparação Transcultural” – realizando a busca também a partir dos termos correlatos em inglês e espanhol.

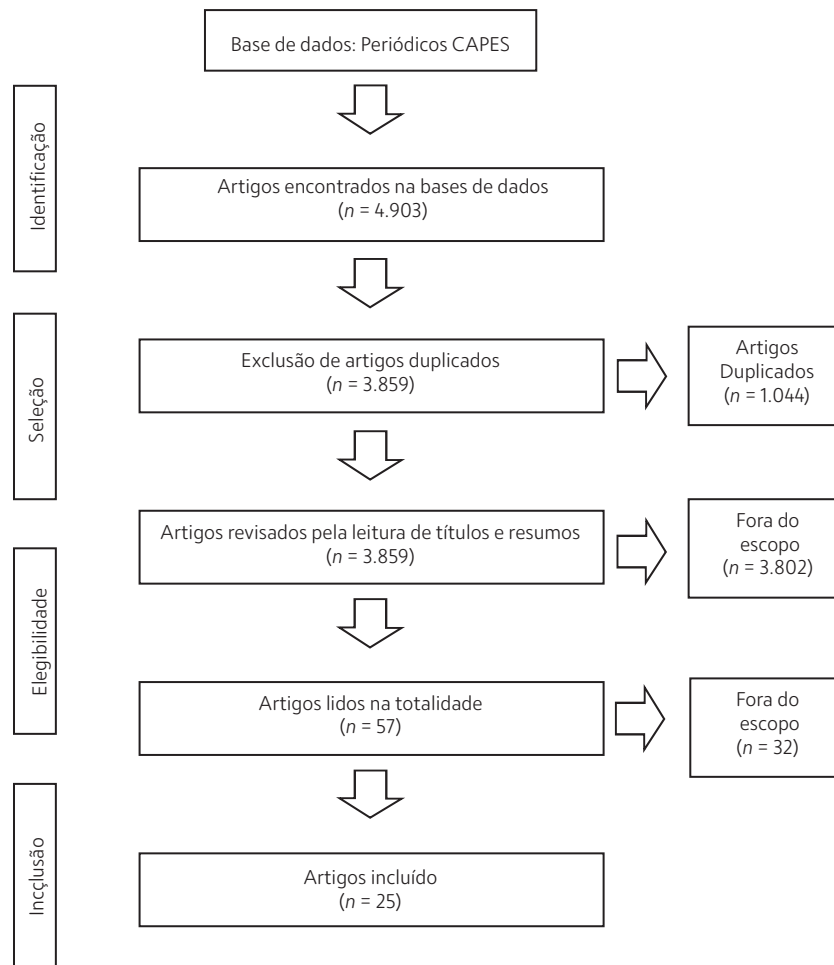
Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: a) artigos científicos teóricos e empíricos; b) nos idiomas português, inglês ou espanhol; c) sem recorte de tempo de publicação; d) que abordassem temas relacionados à questão da competência cultural em saúde, disparidade

em saúde, equidade, interseccionalidade, grupos minoritários e marcadores sociais da diferença. Foram desconsiderados teses, revisão sistemática, monografias, trabalhos de conclusão de curso e demais artigos que não contemplavam o foco de discussão.

Os artigos encontrados foram extraídos para o Zotero. Após a extração dos artigos, conduziu-se à eliminação dos artigos duplicados. Na sequência, foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos artigos e observado se atendiam ou não aos critérios de inclusão propostos. Ao todo, foram identificados nas bases de dados 4903 estudos. Desses, 1044 estavam duplicados e 3834 estavam fora do escopo por não atenderem os critérios de inclusão. Todos foram excluídos. A amostra final resultou em 25 estudos. Todas as fases podem ser vistas em detalhe na Figura 1.

**Figura 1**

*Fluxograma das fases de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão da revisão de literatura*



Na primeira etapa do processo de análise foram elaboradas categorias descritivas com base no ano de publicação, nome da revista, área do conhecimento, país onde foi feita a pesquisa, tipo de estudo (teórico ou empírico), referencial teórico e desenho metodológico. Na sequência, buscou-se identificar de que forma os artigos selecionados respondiam às questões que nortearam a pesquisa.

## Resultados

Os artigos selecionados ( $n = 25$ ) são estudos teóricos ( $n = 14$ ) e empíricos ( $n = 11$ ), dos quais 5 são estudos qualitativos e 6 utilizaram métodos mistos, tendo como público alvo os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos), usuários dos serviços de saúde e estudantes de medicina. Não foi delimitado um recorte temporal para busca do material, mas o registro das publicações data a partir do ano de 2000, em diferentes periódicos. Quanto à área de conhecimento das revistas no Qualis Periódicos/ CAPES, há destaque para Enfermagem ( $n = 7$ ); Medicina ( $n = 7$ ); Saúde Coletiva ( $n = 6$ ); Psicologia ( $n = 4$ ); Sociologia ( $n = 1$ ). Em relação ao país onde foi realizado o estudo obteve-se: Estados Unidos ( $n = 18$ ); Brasil ( $n = 2$ ); Portugal ( $n = 1$ ); Canadá ( $n = 1$ ); Espanha ( $n = 1$ ); Chile ( $n = 1$ ); Holanda ( $n = 1$ ).

Tal como apresentado na Tabela 1, a maior parte dos estudos foi realizada nos EUA, país onde há importantes disparidades na área da saúde e na assistência médica, onde grupos minoritários têm maior probabilidade de não possuir seguro saúde, de enfrentar barreiras de acesso ao atendimento e de apresentar piores resultados de saúde em termos de doenças evitáveis e tratáveis, diferenças no acesso, na qualidade dos cuidados e nas medidas de saúde, incluindo expectativa de vida e mortalidade infantil (Brach & Fraserirector, 2000; Cuevas et al., 2017; Drevdahl et al., 2008; Jackson & Gracia, 2014; Kersey-Matusiak, 2012).

Neste contexto, estudos como o de Jackson e Gracia (2014) evidenciam que as ações baseadas na perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) tornaram-se de suma importância para a melhoria da assistência e das disparidades em saúde, tendo em vista que se reconhece o quanto os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais afetam positivamente ou negativamente a ocorrência de problemas de saúde. Kersey-Matusiak (2012, p. 5) assinala que “essas desigualdades podem ser devidas a diferenças nos comportamentos de busca de atendimento, crenças culturais, práticas de saúde, barreiras linguísticas, grau de confiança nos prestadores de serviço de saúde, acesso geográfico ao atendimento, status de seguro ou capacidade de pagamento”.

Cuevas et al. (2017), ao abordarem as disparidades em saúde que surgem no atendimento de pacientes afro-americanos, latinos/latino-americanos e europeus da atenção primária nos EUA, constataram que os pacientes de todos os grupos ansiavam por médicos atentos e sensíveis às suas necessidades, que reconhecessem sua origem racial/étnica e que não produzissem práticas discriminatórias e preconceituosas. Schilder et al. (2001), ao estudarem a busca e a adesão ao cuidado entre homens HIV+ de três minorias (homens gays, homens bissexuais e pessoas transgênero) em um serviço de saúde no Canadá, apontam que a conscientização sobre a identidade sexual e os diferentes valores, crenças e costumes culturais relacionados às minorias sexuais aumentam a busca por atendimento, promovem o acesso e a adesão ao tratamento. Por fim, Ida (2007), ao refletir sobre a recuperação de diversas populações com problemas de saúde mental nos EUA, destaca que a competência cultural minimiza os impactos dos aspectos sociais, culturais, linguísticos e geográficos e do isolamento causado pelas barreiras culturais e linguísticas, pelo estigma e vergonha associados à enfermidade mental.

Nestes cenários, a competência cultural é tomada como prioridade na atenção a pessoas com diversas origens culturais, sociais e linguísticas, para qualificar a força de trabalho em saúde, integrar a educação intercultural ao treinamento em saúde e ofertar intervenções que reduzam as disparidades raciais/étnicas em saúde (Brach & Fraserirector, 2000; Cuevas et al., 2017; Jackson & Gracia, 2014; Kersey-Matusiak, 2012). Acredita-se que a oferta de um cuidado culturalmente competente contribui para a melhoria dos atendimentos, para uma maior adesão ao tratamento e um maior reconhecimento dos valores, das crenças, das atitudes e das necessidades de saúde dos indivíduos e de grupos, a partir de sua cultura, raça/etnia, gênero, deficiência, orientação sexual, status de imigração, status socioeconômico, religião.

**Tabela 1**  
Estudos selecionados

1 de 2

Autor (ano)	Título	Revista	Área do conhecimento	País	Tipo de estudo	Referencial teórico	Metodologia
Brach & Fraserirector (2000)	<i>Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model</i>	<i>Medical Care Research and Review</i>	Medicina	EUA	Teórico	Saúde Pública/Coletiva	Análise conceitual
Schilder et al. (2001)	<i>Being dealt with as a whole person. Care seeking and adherence: the benefits of culturally competent care</i>	<i>Social Science &amp; Medicine</i> (1982)	Saúde Coletiva	Canadá	Empírico	Saúde Pública/Coletiva	Quantitativo e Qualitativo
Ida (2007)	<i>Cultural Competency and Recovery within Diverse Populations</i>	<i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i>	Saúde Coletiva	EUA	Teórico	Saúde Pública/Coletiva e Saúde Mental	Análise conceitual
Drevdahl (2008)	<i>Of goldfish tanks and moonlight tricks: Can cultural competency ameliorate health disparities?</i>	<i>Advances in Nursing Science</i>	Enfermagem	EUA	Teórico	Saúde Pública/Coletiva	Análise conceitual
Powell Sears (2012)	<i>Improving cultural competence education: the utility of an intersectional framework</i>	<i>Medical Education</i>	Medicina	EUA	Teórico	Saúde pública/coletiva e Interseccionalidade	Análise conceitual
Kersey-Matusiak (2012)	<i>Competent Care: Are we there yet?</i>	<i>Nursing (Jenkintown, Pa)</i>	Enfermagem	EUA	Teórico	Saúde Pública/Coletiva	Análise conceitual
Jackson & Gracia (2014)	<i>Addressing Health and Health-Care Disparities: The Role of a Diverse Workforce and the Social Determinants of Health</i>	<i>Public Health Reports</i> (1974)	Medicina	EUA	Teórico	Saúde Pública/Coletiva e Determinantes Sociais da Saúde	Análise conceitual
Plaza (2014)	<i>Diversidad cultural o desigualdad social? Una aproximación crítica a la competencia cultural en la salud a partir de las necesidades sentidas por mujeres en contextos de diversidad, injusticia social y austeridad</i>	Configurações	Sociologia	Portugal	Empírico	Saúde Pública/Coletiva e Determinantes Sociais da Saúde	Quantitativo e Qualitativo
Case (2015)	<i>White Practitioners in Therapeutic Ally-ance: An Intersectional Privilege Awareness Training Model</i>	<i>Women &amp; Therapy</i>	Psicologia	EUA	Teórico	Saúde pública/coletiva e Interseccionalidade	Análise conceitual
Onyeabor (2016)	<i>Addressing Health Disparities at the Intersection of Disability, Race, and Ethnicity: The Need for Culturally and Linguistically Appropriate Training for Healthcare Professionals</i>	<i>Journal of Racial and Ethnic Health Disparities</i>	Saúde Coletiva	EUA	Empírico	Saúde Pública/Coletiva e Interseccionalidade	Quantitativo e Qualitativo
Freshman (2016)	<i>Cultural Competency - Best Intentions are not good enough</i>	<i>Diversity and Equality in Health and Care</i>	Saúde Coletiva	EUA	Teórico	Saúde Pública/Coletiva	Análise conceitual
Lima et al. (2016)	Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas	Revista Brasileira de Enfermagem	Enfermagem	Brasil	Empírico	Saúde Pública/Coletiva e Cuidados em Saúde	Qualitativo
Muntinga et al. (2016)	<i>Toward diversity-responsive medical education: taking an intersectionality-based approach to a curriculum evaluation</i>	<i>Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice</i>	Medicina	Holanda	Empírico	Saúde pública/coletiva e Interseccionalidade	Quantitativo e Qualitativo
Estevan & Ruíz (2017)	<i>La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria</i>	<i>Atención Primaria</i>	Enfermagem	Espanha	Empírico	Saúde Pública/Coletiva, Atenção Primária e Cuidados em Saúde	Qualitativo
Cuevas et al. (2017)	<i>What is the key to culturally competent care: Reducing bias or cultural tailoring?</i>	<i>Psychology &amp; Health</i>	Psicologia	EUA	Empírico	Saúde Pública/Coletiva, Atenção Primária e Cuidado centrado no Paciente	Qualitativo

**Tabela 1**  
Estudos selecionados

Autor (ano)	Título	Revista	Área do conhecimento	País	Tipo de estudo	Referencial teórico	Metodologia
Wesp et al. (2018)	<i>An Emancipatory Approach to Cultural Competency: The Application of Critical Race, Postcolonial, and Intersectionality Theories</i>	<i>Advances in Nursing Science</i>	Enfermagem	EUA	Teórico	Ciência sociais e da saúde; Enfermagem transcultural e Teorias críticas de raça, feministas pós-coloniais e de interseccionalidade	Análise conceitual
Pérez et al. (2018)	<i>Competencia cultural: La necesidad de ir más allá de las diferencias raciales y étnicas</i>	<i>Atención Primaria</i>	Enfermagem	Chile	Empírico	Saúde Pública/Coletiva e Atenção Primária	Quali
Polster (2018)	<i>Confronting barriers to improve healthcare literacy and cultural competency in disparate populations</i>	<i>Nursing (Jenkintown, Pa.)</i>	Enfermagem	EUA	Teórico	Saúde Pública/Coletiva e Enfermagem transcultural e Alfabetização em Saúde	Análise conceitual
Freitas Júnior et al. (2018)	Incorporando a Competência Cultural para Atenção à Saúde Materna em População Quilombola na Educação das Profissões da Saúde	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i>	Saúde Coletiva	Brasil	Empírico	Saúde Pública/Coletiva, Atenção Primária e Cuidados em Saúde	Quali
Kivlighan et al. (2019)	<i>Examining Therapist Effects in Relation to Clients' Race-Ethnicity and Gender: An Intersectionality Approach</i>	<i>Journal of Counseling Psychology</i>	Psicologia	EUA	Empírico	Saúde pública/coletiva e Interseccionalidade	Quanti e Quali
Al'Uqdah et al. (2019)	<i>African American Muslims: Intersectionality and Cultural Competence</i>	<i>Counseling and Values</i>	Psicologia	EUA	Teórico	Saúde pública/coletiva e Interseccionalidade	Análise conceitual
Bi et al. (2020)	<i>Teaching Intersectionality of Sexual Orientation, Gender Identity, and Race/Ethnicity in a Health Disparities Course</i>	<i>MedEdPORTAL</i>	Medicina	EUA	Empírico	Saúde pública/coletiva e Interseccionalidade	Quanti e Quali
Lekas et al. (2020)	<i>Rethinking Cultural Competence: Shifting to Cultural Humility</i>	<i>Health Services Insights</i>	Saúde Coletiva	EUA	Teórico	Saúde Pública/ Coletiva e Interseccionalidade	Análise conceitual
Nguyen (2020)	<i>Update on Medical Education, Insurance Coverage, and Health Care Policy for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Questioning, Intersexual, and Asexual Patients</i>	<i>Dermatologic Clinics</i>	Medicina	EUA	Teórico	Saúde pública/coletiva e Interseccionalidade	Análise conceitual
Namer & Wandschneider (2021)	<i>Skills building seminar: How to integrate social identities in public health education - an intersectional approach</i>	<i>European Journal of Public Health</i>	Medicina	EUA	Teórico	Saúde pública/coletiva e Interseccionalidade	Análise conceitual

Em todos os estudos, competência cultural está associada aos conhecimentos, atitudes e habilidades para atuar de forma eficaz no contexto das diferenças culturais, melhorar a qualidade dos cuidados ofertados aos grupos raciais/étnicos minoritários, diminuir barreiras de comunicação com pessoas com proficiência limitada em inglês ou baixa alfabetização, apoiar a diversidade de valores e crenças da população e aumentar a consciência cultural na prestação de serviços de saúde (Brach & Fraserirector, 2000; Drevdahl et al., 2008; Jackson & Gracia, 2014; Kersey-Matusiak, 2012). A aquisição de competência cultural é vista como “um processo contínuo, o que requer autoavaliação contínua, desenvolvimento de habilidades e construção de conhecimento sobre grupos culturalmente diversos, motivação, propósito e metas para se tornar culturalmente competente” (Kersey-Matusiak, 2012, p. 3). Logo, há uma aposta por parte das agências governamentais, instituições acadêmicas e organizações privadas norte americanas na oferta de diretrizes, recursos educacionais e informações que permitam a aquisição e aplicação de habilidades de competência cultural em benefício dos pacientes e das comunidades que atendem (Drevdahl et al., 2008; Jackson & Gracia, 2014; Kersey-Matusiak, 2012).

Alguns autores dão ênfase às limitações dos estudos em torno da competência cultural, como Kersey-Matusiak (2012), que alerta para a variedade de modelos de competência cultural e/ou ferramenta de avaliação cultural. A autora destaca a falta de uma definição universalmente aceita para a competência cultural e de evidências que apoiem o uso de um único modelo. Drevdahl et al. (2008) comentam que competência cultural não se restringe ao acesso à língua ou apoio de intérpretes. Segundo Drevdahl et al. (2008, p. 19), tal restrição contribui para endossar algumas críticas pertinentes ao conceito de que “generaliza em demasia, reforça estereótipos, trata a cultura como algo estático e é desprovida de contexto histórico”.

Corroborando tais posições, Brach e Fraserirector (2000) destacam que não se pode limitar a cultura aos aspectos de raça e etnia e focar em determinados grupos raciais e étnicos minoritários. Alertam que grande parte da literatura sobre competência cultural discute a importância da consciência cultural, do conhecimento, das atitudes e das habilidades, contudo, não descreve como um sistema de saúde torna-se culturalmente competente, ficando a discussão restrita à comunicação paciente-médico. Destacam que, embora se identifique uma ampla gama de técnicas de competência cultural, a exemplo de serviços de intérprete, políticas de recrutamento, treinamento, coordenação com curandeiros tradicionais, uso de agentes comunitários de saúde, inclusão de membros da família/comunidade, imersão em outra cultura, os sistemas de saúde têm poucas evidências sobre quais técnicas são mais bem-sucedidas e em que circunstâncias.

Plaza (2014) destaca que a promoção de práticas culturalmente competentes por si só não tem transformado as condições geradoras de desigualdade no acesso à saúde em contextos de diversidade associados à migração e que as disparidades em saúde estão associadas às desigualdades sociais e econômicas, estratificação social, assimetrias de poder e deficiências no sistema público de saúde. Lekas et al. (2020), apesar de reconhecerem a importância da oferta de treinamento em competência cultural aos profissionais de saúde para a diminuição das disparidades em saúde e melhorar a qualidade dos cuidados ofertados, assinalam que tais treinamentos são muitas vezes projetados para expor aos financiadores/provedores alguns resultados, incorrendo no risco de estereotipar, estigmatizar e fomentar atitudes e comportamentos racistas e opressores.

Diante disso, Drevdahl et al. (2008) apontam que na maior parte dos estudos a competência cultural é simplificada, pouco teorizada e não analisa como os trabalhadores enfrentam a “tarefa quase intransponível de ultrapassar os formidáveis mecanismos de poder que mantêm as disparidades estruturais em jogo e no lugar” (p. 14). Assim, é necessário entrar num terreno muito

mais desafiador, não passível de ser resolvido através de fichas técnicas e listas de verificação, o que exige “novas teorias e métodos que explorem e compreendam as diferenças culturais e que coloquem em análise a cultura dominante” (p. 22), já que muitos dos “modelos desenvolvidos para atender a diferença cultural são frequentemente criados por indivíduos dominantes e privilegiados, que operam a partir de perspectivas predominantemente brancas e hegemônicas” (p. 21).

Em razão disso, alguns estudos, a exemplo de Muntinga et al. (2016), Nguyen (2020), Onyeabor (2016), estão voltados aos desafios da formação e qualificação dos trabalhadores da saúde, bem como do corpo docente, à luz dos marcadores sociais da diferença frente à oferta de um cuidado culturalmente competente. Namer e Wandschneider (2021) discutem a necessidade de incorporar a interseccionalidade nos currículos de saúde pública nos EUA e Europa para que os alunos identifiquem mecanismos de privilégios e opressão relacionados às identidades sociais. Reforçam a importância de fornecer metodologias e estratégias de ensino transformadoras do corpo docente para que as salas de aula se constituam em espaços de autorreflexão crítica acerca das interseccionalidades que perpassam os indivíduos e grupos sociais. Powell Sears (2012) indica que o ensino da competência cultural nas escolas de medicina nos EUA tem pouco impacto no comportamento dos médicos e/ou nos resultados de saúde de minorias raciais e étnicas. Os programas tendem a ensinar conhecimentos culturais específicos, apesar da vasta heterogeneidade dos grupos raciais e étnicos, de modo que acabam recorrendo a prescrições culturais simplistas e homogeneizantes. Defende que a educação para competência cultural deve ir além do essencialismo cultural e deve possibilitar aos profissionais de saúde colocar em análise suas próprias crenças, valores e estatutos sociais de raça, etnia, gênero, classe social e sexualidade, que se interseccionam em suas histórias de vida pessoal e profissional.

Pérez et al. (2018) assinalam que a abordagem da competência cultural deve considerar um conceito amplo e inclusivo de cultura que contemple toda a população. Para estes autores, a formação dos profissionais de saúde deve centrar-se no desenvolvimento de competências específicas como a sensibilidade cultural, a não discriminação e o autoconhecimento, que podem ser integradas ainda em fases iniciais da formação profissional. Polster (2018) aponta diretrizes que podem aprimorar a alfabetização em saúde entre pacientes, familiares e membros da equipe de saúde, tais como a comunicação transcultural, força de trabalho multicultural e liderança intercultural. Estevan e Ruíz (2017) enfatizam a importância de promover a formação de profissionais em desenho de programas e protocolos específicos para o grupo social atendido e em pesquisas com grupos socialmente vulneráveis.

Freshman (2016) defende que a apreciação e o valor da diversidade devem ser institucionalizados na política, no processo e na cultura organizacional. Apresenta três recomendações para a aprendizagem e prática da competência cultural: promover a consciência cultural, sensibilidade e realinhamento de valores; compreender e respeitar o meio social/cultural de sua população de pacientes, seus recursos pessoais e seus métodos tradicionais de cura; desenvolver e manter sistemas que reforcem comportamentos e práticas culturalmente competentes em toda equipe.

Nesta mesma linha de argumentação, Wesp et al. (2018) consideram que as abordagens atuais sobre competência cultural não instrumentalizam adequadamente os profissionais de saúde a lidar com as desigualdades que persistem entre as comunidades marginalizadas e grupos minoritários, sobretudo, por não colocarem em análise a dinâmica de poder das ideologias dominantes, aumentando o risco dos profissionais de saúde (re)produzirem estereótipos e discriminação. Defendem uma abordagem emancipatória da competência cultural orientada pelas teorias críticas de raça, feminismos pós-coloniais e pela interseccionalidade pautada em três

pilares: 1) reconhecimento da diversidade de valores, práticas e tradições de cada pessoa/grupo; 2) educação e treinamento em cuidados culturalmente competentes a partir da interseccionalidade, reconhecendo os marcadores relacionados à raça, etnia, religião, sexualidade, identidade de gênero, país de origem, assim como as ideologias dominantes e as dinâmicas de poder postas na sociedade e, inclusive, no ambiente de trabalho; 3) reflexão crítica sobre sua própria cultura e crenças para entender as relações de poder, o preconceito e as ideologias dominantes – racismo, branquitude, patriarcado, heteronormatividade, etc. –, presentes tanto na sociedade quanto nas práticas profissionais.

Kivlighan et al. (2019) chamam atenção para o fato de que pouco se estuda sobre como as intersecções de raça, etnia e gênero dos próprios profissionais de saúde podem interferir na oferta de um cuidado culturalmente competente. Case (2015) assinala uma falta de conscientização por parte dos profissionais sobre estereótipos inconscientes, racismo sistêmico, privilégio branco e identidade racial branca, que interferem no manejo clínico, nas alianças terapêuticas, na reprodução de preconceitos e suposições e, até mesmo, no aprimoramento da competência cultural. Nesse cenário desafiador, algumas experiências se destacam, como em Bi et al. (2020), que relataram o impacto de um módulo inovador abordando a interseccionalidade das questões de orientação sexual, identidade de gênero e raça/etnia no curso obrigatório da Escola de Medicina Pritzker (EUA). Por meio de palestras e vídeos que visibilizam as intersecções dos marcadores sociais da diferença nas histórias de vida das pessoas (a exemplo de uma lésbica latina não-conforme com o gênero, um homem gay afro-americano mais velho, uma mulher trans afro-americana, com condições crônicas de saúde, uma mulher transexual latina e um homem trans asiático-americano que foi sobrevivente de violência por parceiro íntimo), os estudantes de medicina puderam identificar barreiras ao atendimento e seus próprios preconceitos relacionados aos pacientes atendidos.

Utilizando-se da teoria interseccional, Al'Uqdah et al. (2019) orientam psicólogos, psiquiatras e terapeutas a melhorar a sua competência cultural no atendimento a muçulmanos afro-americanos que residem nos EUA. Para tanto, recomendam aumentar o conhecimento e compreensão acerca dos valores, hábitos, rituais e práticas desta população, e suas opiniões em relação aos muçulmanos, bem como reconhecer em que medida o racismo e a islamofobia afetam os seus comportamentos, pensamentos, sentimentos e relacionamentos, gerando preconceito e discriminação. Freitas Júnior et al. (2018), como resultado de uma pesquisa-ação para implantação de serviço de atenção interprofissional no pré-natal para mulheres quilombolas no Rio Grande do Norte, apontam que a criação de vínculos (a)fetivos entre usuárias e equipe de saúde e a habilidade de reflexão com ênfase no diálogo intercultural se mostraram as principais necessidades para o comportamento culturalmente competente no cuidado à saúde materna quilombola. Reportam ainda que a oportunidade dos estudantes de Medicina de conhecerem a situação de saúde da população quilombola e vivenciarem o trabalho interprofissional se mostrou estratégia efetiva para potencializar o desenvolvimento de competências culturais na formação médica. Na mesma direção, Lima et al. (2016), ao analisarem a atuação de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família/ESF de uma região do nordeste brasileiro em relação às práticas de cuidados com raízes nas culturas africana e indígena, constataram que os profissionais desconheciam o contexto histórico e religioso dos grupos étnicos assistidos e desvalorizavam suas práticas de autocuidado, sobressaindo práticas com base no modelo biomédico. Diante disso, ressaltam a necessidade de ampliar a discussão sobre competência cultural no âmbito da formação e do exercício profissional, de modo a promover uma perspectiva do cuidado em saúde aliada às discussões que versam sobre diversidade, transculturação, espiritualidade, saúde indígena, Política de Saúde da População Negra, Política de Saúde dos Povos Indígenas e conteúdos afins.

## Discussão

A análise do material selecionado evidenciou algumas contribuições em relação às questões norteadoras deste estudo, a saber: de que forma competência cultural é compreendida e se aponta para uma perspectiva intercultural e dialógica do trabalho em saúde; e que perspectivas despontam acerca das relações entre os marcadores sociais da diferença, o processo saúde-doença e a produção de cuidados culturalmente sensíveis, congruentes e competentes. Os estudos selecionados destacam que as intersecções entre os marcadores sociais da diferença não são abordadas na maioria dos currículos das formações em saúde, o que impacta na oferta de um cuidado culturalmente sensível, congruente e competente, bem como na redução das disparidades em saúde. Mostram uma tentativa de incorporação das discussões relacionadas à determinação social da saúde e à interseccionalidade nos cursos de graduação e pós-graduação, sobretudo, nas escolas médicas, a fim de qualificar o processo formativo, o conhecimento, as habilidades, a comunicação médico-paciente, a reflexividade crítica, bem como a avaliação dos aspectos biomédicos e socioculturais nos serviços de saúde (Bi et al., 2020; Muntinga et al., 2016; Namer & Wandschneider, 2021; Nguyen, 2020; Onyeabor, 2016; Powell Sears, 2012).

De um ponto de vista crítico, no âmbito da Saúde Coletiva Latino-Americana, estudos realizados no Brasil e Chile conferem à competência cultural um papel de dispositivo analítico, forçando a ampliação das fronteiras e limitações das concepções reducionistas e objetivadas de saúde e de cuidado (Freitas Júnior et al., 2018; Lima et al., 2016; Pérez et al., 2018). Articulada ao “processo político e científico pelo qual se passou a reconhecer a determinação social do processo saúde-doença-cuidado” (Teixeira, 2020, p. 44), esta visão crítica afirma que “as condições sociais são efetivamente base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde” (Fleury-Teixeira, 2009, p. 384). Desde esta perspectiva, o processo saúde-doença-cuidado configura-se como uma trama onde há uma indissociabilidade entre cultural, social e biológico, bem como entre os contornos individuais e coletivos da saúde, de modo que “fatores biológicos, psicológicos, comportamentais, econômicos, culturais e étnico-raciais e a estratificação social, influenciam a ocorrência de problemas de saúde e de seus fatores de risco na população” (Merhy et al. 2023, p. 3).

Desta forma, a agenda política e científica de países como o Brasil, que propõe a noção de Determinação Social da Saúde, avança na reinterpretação das causas dos adoecimentos e das iniquidades, colocando-se criticamente em relação às abordagens reducionistas em saúde, que não vislumbram tais fenômenos a partir de uma perspectiva histórica e cultural. Nos estudos latino-americanos, as explicações do processo saúde-doença-cuidado passam a ser buscadas nas relações sociais, nas interações entre Estado, economia, sociedade e saúde. Especial destaque é dado para a análise das tensões e antagonismos inerentes ao modo de produção capitalista, do domínio da macroestrutura ideológica via os processos de subjetivação, aculturação e de diversas formas de epistemicídio. Elementos que em seu conjunto impactam as formas de viver e produzir, bem como as condições de saúde e adoecimento das populações.

Detectou-se no material selecionado uma corrente crítica de pensamento que avança sua análise, mesmo timidamente, ao voltar-se para o próprio processo de trabalho em saúde, propondo um entendimento sobre a determinação social do cuidado em saúde, assim como Correia et al. (2022). Estas posições ressaltam que:

Qualquer referência para a produção do cuidado em saúde precisa pôr em questão a hegemonia (ou império?) da racionalidade biomédica e seu tecnicismo que, articulada com a indústria farmacêutica e de material médico-hospitalar, reforça o processo de patologização da vida e biomedicalização

do social, invisibilizando a produção de vulnerabilidades oriundas da exploração de alguns viventes, própria do capitalismo, em que tudo vira mercadoria. (Cabral, 2023, p. 4)

Nesta direção, somam-se esforços teóricos e metodológicos que nos permitem integrar a interculturalidade, como elemento chave da perspectiva processual de determinação social do processo saúde-doença-cuidado, e a abordagem interseccional, presente em alguns estudos que interpelam as “opressões estruturantes da matriz colonial moderna”, ao analisar as intersecções entre diferentes eixos de subordinação (Akotirene, 2019, p. 24). É neste sentido que a ótica interseccional se destaca em alguns estudos sobre competência cultural, a exemplo de Al’Uqdah et al. (2019), Case (2015), Kivlighan et al. (2019), Lekas et al. (2020), Wesp et al. (2018), demonstrando ser uma ferramenta analítica potente diante da complexidade com que os marcadores sociais da diferença – tais como classe, gênero, raça/etnia, orientação sexual, geração, nacionalidade, religião, capacidade – coexistem e se moldam mutuamente, configurando a “natureza multidimensional das iniquidades em saúde” (Collins & Bilge, 2021, p. 3). Neste trabalho das intersecções, alguns autores destacam o desafio de integrar as estruturas interseccionais nas práticas clínicas e nas políticas públicas com vistas a produzir outras legibilidades para os processos saúde-doença – bem como o quão complexo é alçar ao patamar da justiça social o compromisso com a melhoria das condições de saúde (Collins & Bilge, 2021; Viveros, 2023). As contribuições acadêmicas atentam para o fato de que há uma interpenetração entre múltiplas formas de diferenças construídas socialmente em amplo espectro. Aqui se arrola, inclusive, aquelas diferenças que estão postas previamente à existência dos sujeitos e que incidem nos seus corpos, nas experiências cotidianas de vida, bem como nos processos de trabalho em saúde.

Em razão disto, considera-se que tais estudos contribuem para o entendimento de que “o processo pelo qual um profissional de saúde se empenha para se tornar capaz de trabalhar adequadamente/efetivamente dentro do contexto cultural da pessoa, família ou comunidade que necessita de seus cuidados” (Campinha-Bacote, 2002, p. 181) está necessariamente conectado ao reconhecimento das determinações psicossociais que moldam interseccionalmente o processo saúde-doença e dos atravessamentos dos pertencimentos socioculturais dos próprios sujeitos do trabalho nos modos de produzir cuidado em saúde. Considera-se, tal como C. P. Müller et al. (2007), que “o profissional de saúde precisa compreender essa construção, no que diz respeito ao usuário, família e comunidade sob sua responsabilidade, assim como seu próprio desenvolvimento como sujeito social, inserido em um contexto cultural e histórico” (p. 860). Isto implica que “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” (M. R. Müller et al., 2023, p. 3).

Em síntese, as contribuições dos estudos selecionados nesta revisão são de caráter epistemológico-conceitual e instrumental, abordando a compreensão do processo saúde-doença, as desigualdades em saúde e a formação dos trabalhadores para atuarem em contextos interculturais. Tratam igualmente das limitações e dificuldades relacionadas aos processos de educação em saúde pública e da necessidade de novas estratégias de ensino-aprendizagem. Indicam ainda que, a despeito da enorme defasagem no enfrentamento dessas lacunas no campo da saúde, é evidente o silenciamento das perspectivas interseccionais na constituição de diversas políticas públicas e, especialmente, na execução de políticas de saúde em nível mundial que sejam de fato abertas à diversidade intercultural sob a luz dos marcadores sociais da diferença, tal como destacado por Rodrigues et al. (2023). Sobretudo, esta revisão demonstra haver poucos estudos que se pautam por

um olhar interseccional e pela dimensão cultural ao abordarem o processo saúde-doença-cuidado, assim como são também escassos os estudos sobre a associação entre competência cultural e equidade em saúde.

## Considerações Finais

Abordar a competência cultural em saúde a partir da perspectiva interseccional dos marcadores sociais da diferença, tal como se propôs este estudo, objetivou apoiar o tratamento de um problema substantivo ligado à construção de políticas públicas equânimes. O alcance da equidade em saúde depende do respeito às diferenças, de olhar os sujeitos sociais com lentes mais amplas e de fazer uma leitura socialmente situada e culturalmente sensível dos marcadores sociais da diferença em sua complexidade interseccional. Evidenciou-se, contudo, uma lacuna na literatura científica em termos da integração destas ideias, especialmente quando se considera o estabelecimento de um diálogo a partir de uma perspectiva crítica interseccional vinculada à determinação social do processo saúde-doença-cuidado. Interseccionalidade é um operador conceitual que ainda não foi incorporado por muitos campos de saber, portanto, sua associação com competência cultural em saúde ainda não se faz presente. Ademais, prevalece certa invisibilidade na literatura quanto à relação entre a ausência de competência cultural nas práticas de saúde e os resultados insatisfatórios em termos de efetividade, acesso e resolutividade e, conseqüentemente, à não garantia da equidade em saúde. Tornar-se capaz de um cuidado integral e equânime, com justiça social, envolve atuar de modo sensível e em diálogo com o contexto cultural de cada pessoa e comunidade, o que demanda não apenas novas estratégias de ensino-aprendizagem no contexto das formações acadêmicas, mas dispositivos operando no cotidiano do trabalho. Enfim, processos que acionem novas experiências relacionais de reconhecimento e valoração das diferenças culturais e dos aspectos interseccionais que comparecem na determinação social do processo saúde-doença-cuidado. Esta transformação ainda em curso envolve a ampliação dos esforços teórico-metodológicos e técnico-profissionais no campo dos estudos em saúde na direção de analisar e visibilizar as relações entre competência cultural, interseccionalidade e equidade. E talvez sejam os pesquisadores, com acúmulo em termos de estudos críticos e implicação com a construção de políticas públicas para fazerem frente às históricas desigualdades e iniquidades em saúde, aliados com as comunidades e movimentos sociais, aqueles que mais concentrem os predicados e condições favoráveis para estar à altura deste desafio em favor de modelos de cuidado em saúde culturalmente sensíveis.

## Referências

- Akotirene, C. (2019). *Interseccionalidade*. Pólen Produção Editorial Ltda.
- Al'Uqdah, S. N., Hamit, S., & Scott, S. (2019). African American Muslims: intersectionality and cultural competence. *Counseling and Values*, 64(2), 130-147. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cvj.12111>
- Amaral, C. E. M., Treichel, C. A. D. S., Francisco, P. M. S. B., & Onocko-Campos, R. T. (2021). Assistência à saúde mental no Brasil: estudo multifacetado em quatro grandes cidades. *Cadernos de Saúde Pública*, 37, 1-3. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00043420>
- Bi, S., Vela, M. B., Nathan, A. G., Gunter, K. E., Cook, S. C., López, F. Y., & Nocon, R. S., & Chin, M. H. (2020). Teaching intersectionality of sexual orientation, gender identity, and race/ethnicity in a health disparities course. *MedEdPORTAL*, 16, 1-10. [https://doi.org/10.15766/mep\\_2374-8265.10970](https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10970)

- Brach, C., & Fraserirector, I. (2000). Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical Care Research and Review*, 57, 181-217. <http://periodicos.capes.gov.br/index.php/acervo/buscador.html?task=detalhes&id=W4251415427>
- Cabral, B. E. (2023). Da urgência de flechar a formação e o trabalho em saúde em exercício contracolonizador. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 27, 1-5. <https://doi.org/10.1590/interface.230353>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Journal of transcultural nursing*, 13(3), 181-184.
- Case, K. A. (2015). White practitioners in therapeutic ally-ance: an intersectional privilege awareness training model. In A. Dottolo & E. Kaschak, *Whiteness and white privilege in psychotherapy* (pp. 97-112). Routledge. <https://doi.org/10.1080/02703149.2015.1059209>
- Castro-Nunes, P. D., & Ribeiro, G. D. R. (2023). Equidade e vulnerabilidade em saúde no acesso às vacinas contra a COVID-19. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, 1-6. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.31>
- Collins, P. H., & Bilge, S. (2021). *Interseccionalidade*. Boitempo.
- Correia, D., Mendes, A. N., & Carnut, L. (2022). Determinação social do processo saúde-doença no contexto latino-americano: a importância do pensamento crítico em saúde. *Crítica Revolucionária-Revolutionary Criticism*, 2, 1-24. <https://criticarevolucionaria.com.br/revolucionaria/article/view/11>
- Cuevas, A. G., O'Brien, K., & Saha, S. (2017). What is the key to culturally competent care: reducing bias or cultural tailoring? *Psychology & Health*, 32(4), 493-507. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28165767/>
- Damasceno, R. F., & Silva, P. L. N. (2018). Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. *Journal of Management & Primary Health Care*, 9, 1-8. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v9i0.435>
- Dantas, C. M. B., Dimenstein, M., Leite, J. F., Macedo, J. P., & Belarmino, V. H. (2020). Território e determinação social da saúde mental em contextos rurais. *Athenea Digital*, 20(1), 1-21. <https://atheneadigital.net/article/view/v20-1-dantas-dimenstein-leite-et-al>
- Drevdahl, D. J., Canales, M. K., & Dorcy, K. S. (2008). Of goldfish tanks and moonlight tricks: can cultural competency ameliorate health disparities? *Advances in Nursing Science*, 31(1), 13-27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20531266/>
- Estevan, M. D., & Ruíz, M. C. S. (2017). La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 49(9), 549-556. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716302475>
- Fleury-Teixeira, P. (2009). Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, 33(83), 380-389. <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345800005.pdf>
- Freitas Júnior, R. A. O., Santos, C. A. D., Lisboa, L. L., Freitas, A. K. M. S. O., Garcia, V. L., & Azevedo, G. D. (2018). Incorporando a competência cultural para atenção à saúde materna em população Quilombola na educação das profissões da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(2), 100-109. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2RB20170086>
- Freshman, B. (2016). Cultural competency: best intentions are not good enough. *Diversity and Equality in Health and Care*, 13(3), 240-244. <https://www.primescholars.com/articles/cultural-competency--best-intentions-are-not-goodenough.pdf>
- Gouveia, E. A., Silva, R. D. O., & Pessoa, B. H. S. (2019). Competência cultural: uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43, 82-90. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>
- Ida, D. J. (2007). Cultural competency and recovery within diverse populations. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 49-53. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.2975%2F31.1.2007.49.53>
- Jackson, C. S., & Gracia, J. N. (2014). Addressing health and health-care disparities: the role of a diverse workforce and the social determinants of health. *Public Health Reports*, 129, 57-61. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/003335491412915211>
- Kersey-Matusiak, G. (2012). Culturally competent care: are we there yet? *Nursing*, 42(2), 49-52. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22252069/>

- Kivlighan, D. M., Hooley, I. W., Bruno, M. G., Ethington, L. L., Keeton, P. M., & Schreier, B. A. (2019). Examining therapist effects in relation to clients' race-ethnicity and gender: an intersectionality approach. *Journal of Counseling Psychology*, 66(1), 122-129. <https://doi.org/10.1037/cou0000316>
- Lekas, H. M., Pahl, K., & Lewis, C. F. (2020). Rethinking cultural competence: shifting to cultural humility. *Health Services Insights*, 13, 1-4. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1178632920970580>
- Lima, M. R. A., Nunes, M. L. A., Klüppel, B. L. P., Medeiros, S. M., & Sá, L. D. (2016). Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 840-846. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690504>
- Mendonça, T. T., Schafer, J. L., Costa, A. B., Pan, P. M., Caye, A., Gadelha, A., Miguel, E., Bressan, R. A., Rohde, L. A. P., & Salum, G. A. (2021). Disparidades em saúde mental entre jovens lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer e assexuais no Brasil: resultados de um estudo de base comunitária. *Clinical and Biomedical Research*, 41, 29. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/234712>
- Merhy, E. E., Slomp Junior, H., Feuerwerker, L. C. M., & Moebus, R. L. N. (2023). A promoção da saúde vista genealógicamente como uma prática discursiva na sua produção de mundos e uma leitura micropolítica dos determinantes sociais. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 27, 1-15. <https://doi.org/10.1590/interface.220231>
- Müller, C. P., Araujo, V. E., & Bonilha, A. L. L. (2007). Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(3), 858-865. <https://revistas.ufg.br/fen/article/download/7513/5329/28118>
- Müller, M. R., Lima, R. C., & Ortega, F. (2023). Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil: por um cuidado culturalmente sensível. *Saúde e Sociedade*, 32, 1-12. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210731pt>
- Muntinga, M. E., Krajenbrink, V. Q. E., Peerdeman, S. M., Croiset, G., & Verdonk, P. (2016). Toward diversity-responsive medical education: taking an intersectionality-based approach to a curriculum evaluation. *Advances in Health Sciences Education*, 21, 541-559. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10459-015-9650-9>
- Namer, Y., & Wandschneider, L. (2021). Skills building seminar: How to integrate social identities in public health education—an intersectional approach. *European Journal of Public Health*, 31, 3. [https://academic.oup.com/eurpub/article/31/Supplement\\_3/ckab164.376/6405316](https://academic.oup.com/eurpub/article/31/Supplement_3/ckab164.376/6405316)
- Nguyen, T. V. (2020). Update on medical education, insurance coverage, and health care policy for lesbian, gay, bisexual, transgender, questioning, intersexual, and asexual patients. *Dermatologic Clinics*, 38(2), 201-207. <https://doi.org/10.1016/j.det.2019.10.004>
- Oliveira, E. D., Couto, M. T., Separavich, M. A. A., & Luiz, O. D. C. (2020). Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 24, 1-15. <https://doi.org/10.1590/Interface.180736>
- Onyebor, S. (2016). Addressing health disparities at the intersection of disability, race, and ethnicity: the need for culturally and linguistically appropriate training for healthcare professionals. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 3, 389-393. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27294732/>
- Organização Pan-Americana de Saúde. (2020). *Por que a desagregação de dados é essencial durante pandemias*. PAHO. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52072>
- Passarelli-Araujo, H. (2023). Mapeando as disparidades socioeconômicas de saúde urbana: um estudo comparativo entre seis capitais brasileiras. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 40, 1-25. <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0251>
- Pérez, C., Pedrero, V., Bernales, M., & Chepo, M. (2018). Competencia cultural: la necesidad de ir más allá de las diferencias raciales y étnicas. *Atención Primaria*, 50(9), 565-567. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6837153/>
- Plaza, S. H. (2014). ¿Diversidad cultural o desigualdad social? Una aproximación crítica a la competencia cultural en la salud a partir de las necesidades sentidas por mujeres en contextos de diversidad, injusticia social y austeridad. *Configurações: Revista Ciências Sociais*, (14), 103-128. <https://journals.openedition.org/configuracoes/2290>

- Polidoro, M., Mahoche, M. J., Bairros, F., Meneghel, S. N., Rainone, F. N., & Canavese, D. (2023). Geografia das disparidades em saúde entre brancos e negros em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Cadernos Saúde Coletiva*, 31, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331010454>
- Polster, D. S. (2018). Confronting barriers to improve healthcare literacy and cultural competency in disparate populations. *Nursing*, 48(12), 28-33. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30383570/>
- Powell Sears, K. (2012). Improving cultural competence education: the utility of an intersectional framework. *Medical Education*, 46(6), 545-551. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22626046/>
- Rodrigues, L. S., Miranda, N. G., & Cabrini, D. (2023). Obesidade e interseccionalidade: análise crítica de narrativas no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil (2004-2021). *Cadernos de Saúde Pública*, 39, 1-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT240322>
- Santos, R. G. S., Cunha, M. P., & Rego, M. A. (2020). O racismo institucional sob a perspectiva da ética do cuidado, nos serviços de saúde: revisão integrativa. *Saúde Coletiva*, 10(56), 3198-3213. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i56p3198-3213>
- Schilder, A. J., Kennedy, C., Goldstone, I. L., Ogden, R. D., Hogg, R. S., & O'Shaughnessy, M. V. (2001). "Being dealt with as a whole person". Care seeking and adherence: the benefits of culturally competent care. *Social Science & Medicine*, 52(11), 1643-1659.
- Souza, M. T. D., Silva, M. D. D., & Carvalho, R. D. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* (São Paulo), 8, 102-106. <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>
- Teixeira, R. R. (2020). Produzir saúde na produção do mundo. *Revista do Centro Pesquisa e Formação*, 10, 43-62. <https://portal.sescsp.org.br/files/artigo/5e492dae/ca91/424f/b6da/fcc504c8aa4b.pdf>
- Venkatachalam, D., Mishra, G., Fatima, A., & Nadimpally, S. (2020). 'Marginalizing' health: employing an equity and intersectionality frame. *Saúde em Debate*, 44, 109-119. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020S109>
- Viveros, M. (2023). *Interseccionalidad. Giro decolonial y comunitario*. CLACSO.
- Wesp, L. M., Scheer, V., Ruiz, A., Walker, K., Weitzel, J., Shaw, L., Kako, P. M., & Mkandawire-Valhmu, L. (2018). An emancipatory approach to cultural competency: the application of critical race, postcolonial, and intersectionality theories. *Advances in Nursing Science*, 41(4), 316-326. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30285982/>
- Zambrana, R., Molnar, C., Munoz, H., & Lopez, D. (2004). Cultural competency as it intersects with racial/ethnic, linguistic, and class disparities in managed healthcare organizations. *American Journal of Managed Care*, 10, 37-44. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15481435/>

## Contribuição

Conceitualização: M. DIMENSTEIN. Curadoria de dados: M. DIMENSTEIN, A. C. R. SIMONI, V. H. BERLAMINO, T. M. RONZANI e B. Í. B. M. SILVA. Análise formal: M. DIMENSTEIN, A. C. R. SIMONI e T. M. RONZANI. Investigação: L. F. MARTINS, B. Í. B. M. SILVA e V. H. BERLAMINO. Escrita – revisão e edição: M. DIMENSTEIN, A. C. R. SIMONI, V. H. BERLAMINO, R. W. S. GOMES, L. F. MARTINS, T. M. RONZANI, J. F. LEITE e J. P. MACEDO.