



Diversidade Cultural e Saúde: Desafios e Perspectivas na Prática Médica

Deise Nilciane Ferreira de Souza ¹, Manuhella Victori Cordeiro Costa ², Oswaldo Lopes Dagnaisser Neto², José de Jesus dos Santos Alves², Ana Beatriz Maia Macedo ³, Enzo Francisco de Souza Esashika ³, Maria Beatriz Rodrigues Ribeiro ³



<https://doi.org/10.36557/2009-3578.2025v11n2p5606-5625>

Artigo recebido em 22 de Agosto e publicado em 22 de Outubro de 2025

REVISÃO SISTEMÁTICA

RESUMO

A diversidade cultural é um determinante social da saúde, influenciando a percepção do processo saúde-doença, o acesso aos serviços e a adesão aos tratamentos. Este estudo, uma revisão bibliográfica narrativa, objetivou analisar os desafios e perspectivas da diversidade cultural na prática médica no Brasil. A busca foi realizada em bases como SciELO, PubMed e LILACS, além de obras de referências sobre cultura, colonialismo e diversidade epistemológica entre janeiro e agosto de 2025, utilizando palavras-chave como “diversidade cultural”, “saúde” e “competência cultural”. Foram incluídos artigos publicados entre 2010 e 2025, em português e inglês, que abordam a importância e a influência de sistemas culturais diversos nos processos de saúde. Os resultados apontam que barreiras linguísticas, etnocentrismo e formação médica insuficiente dificultam o cuidado culturalmente sensível, especialmente para povos indígenas, quilombolas e imigrantes. Estratégias como a capacitação em competência cultural, e fortalecimento da atenção primária são essenciais para promover equidade. Conclui-se que a integração da diversidade cultural na saúde requer diálogo intercultural e práticas que respeitem as especificidades de cada grupo, superando o modelo biomédico reducionista.

Palavras-chave: Diversidade Cultural; Saúde; Competência Cultural; Equidade.



Cultural Diversity and Health: Challenges and Perspectives in Medical Practice

ABSTRACT

Cultural diversity is a social determinant of health, influencing the perception of the health-disease process, access to services, and adherence to treatments. This study, a narrative literature review, aimed to analyze the challenges and perspectives of cultural diversity in medical practice in Brazil. The search was conducted in databases such as SciELO, PubMed, and LILACS, as well as reference works on culture, colonialism, and epistemological diversity between January and August 2025, using keywords such as "cultural diversity," "health," and "cultural competence." Articles published between 2010 and 2025, in Portuguese and English, that address the importance and influence of diverse cultural systems on health processes were included. The results indicate that linguistic barriers, ethnocentrism, and insufficient medical training hinder culturally sensitive care, especially for indigenous peoples, quilombolas, and immigrants. Strategies such as training in cultural competence and strengthening primary care are essential to promote equity. It is concluded that the integration of cultural diversity in health requires intercultural dialogue and practices that respect the specificities of each group, overcoming the reductionist biomedical model.

Keywords: Cultural Diversity; Health; Cultural Competence; Equity

Instituição afiliada – Faculdade Santa Teresa

Autor correspondente: Manuhella Victori Cordeiro Costa manuhellavictoria4133@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)





1. INTRODUÇÃO

A saúde, enquanto fenômeno multidimensional, transcende a ausência de doença e integra dimensões biológicas, sociais, econômicas e culturais que moldam o processo saúde-doença. Nesse contexto, a diversidade cultural emerge como um determinante social da saúde, influenciando diretamente as percepções de adoecimento, o acesso aos serviços e a adesão aos tratamentos.

A diversidade cultural impacta diretamente a interação entre pacientes e profissionais de saúde, frequentemente resultando em barreiras de comunicação e práticas discriminatórias. No âmbito da formação médica, a incorporação da competência cultural é essencial para capacitar profissionais a lidarem com a pluralidade social. O Sistema Único de Saúde (SUS), ao preconizar os princípios de universalidade, integralidade e equidade, reforça a necessidade de práticas que respeitem as especificidades culturais, promovendo um cuidado inclusivo e centrado no paciente.

Assim, este artigo busca revisar a literatura sobre a relação entre diversidade cultural, e analisar os desafios enfrentados na prática médica, bem como as estratégias para promover uma atenção à saúde culturalmente sensível. Por meio de uma abordagem interdisciplinar, pretende-se contribuir para a construção de um sistema de saúde mais equitativo, que valorize a diversidade como um recurso para o cuidado integral.

1.1 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, realizada com o objetivo de reunir e analisar produções científicas que abordam a relação entre diversidade cultural e saúde. A busca foi conduzida em bases de dados nacionais e internacionais, incluindo SciELO, PubMed e LILACS, no período de janeiro a agosto de 2025. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave, isoladas e combinadas: “diversidade cultural”, “saúde”, “determinantes sociais da saúde”, “equidade em saúde” e “competência cultural”.

Foram considerados para inclusão artigos publicados entre 2010 e 2025, disponíveis em



português e inglês, que discutem diretamente a influência da diversidade cultural nos processos de saúde, ou no atendimento em serviços de saúde. Foram excluídos estudos que tratassem de diversidade cultural em outros contextos que não o da saúde, bem como publicações duplicadas ou indisponíveis em texto completo.

Além dos artigos científicos selecionados, foram incluídas obras teóricas fundamentais para a construção de uma análise crítica sobre a relação entre saúde, cultura e poder. Entre elas, destaca-se *Orientalismo* de Edward Said (1978), utilizada com o objetivo de problematizar a construção do "outro" a partir de uma perspectiva colonial e como isso influencia práticas e saberes institucionalizados. Também foi incorporada a obra *O Local da Cultura* de Homi Bhabha (1994), que contribui com conceitos como hibridismo, ambivalência e o entre-lugar, fundamentais para refletir sobre a complexidade das identidades culturais e seus atravessamentos nos contextos de saúde. No contexto latino-americano, foram mobilizadas as contribuições de Boaventura de Sousa Santos, especialmente em *Epistemologias do Sul* (1995) e *Entre Próspero e Caliban: colonialismo, pós-colonialismo e inter-identidade* (2003), com o propósito de questionar a hegemonia da epistemologia ocidental moderna e propor a valorização de saberes plurais nas práticas de cuidado mais sensíveis à diversidade cultural.

A análise dos estudos selecionados foi realizada de forma qualitativa, com foco na identificação de desafios, estratégias e perspectivas para a promoção de uma atenção à saúde culturalmente sensível. Os dados foram organizados em categorias temáticas, como barreiras de comunicação, etnocentrismo, e formação médica, permitindo uma discussão estruturada sobre o impacto da diversidade cultural na saúde, à luz das perspectivas críticas adotadas.

2. 2. DESENVOLVIMENTO

2.1 CRÍTICA AO MODELO CULTURAL OCIDENTAL: IMPLICAÇÕES PARA O PARADIGMA BIOMÉDICO

A hegemonia cultural ocidental, consolidada pelo imperialismo e pelas práticas coloniais, estabeleceu um modelo universalista de conhecimento que impõe uma visão única de mundo. Edward Said (1993) argumenta que o Ocidente criou uma narrativa



imperialista que “impede que se formem e surjam outras narrativas” (p. 23), classificando povos não europeus como inferiores e desconsiderando epistemologias alternativas.

No campo científico, essa lógica sustenta o paradigma biomédico, que ignora modos diversos de compreender corpo, doença e cura. Boaventura de Sousa Santos (1995) denuncia tal exclusão ao afirmar que a ciência moderna construiu uma imagem inadequada de outras formas de conhecimento, sustentada por uma racionalidade que valoriza apenas a ciência formal.

O conceito de sistema cultural de saúde reconhece a pluralidade de significados atribuídos a saúde e doença, abrangendo conhecimentos, percepções e práticas utilizadas para explicar e tratar enfermidades. No Brasil, povos indígenas, quilombolas e imigrantes preservam formas próprias de cuidado, muitas vezes em conflito com a rigidez biomédica. Como destacam Gouveia et al. (2019), as diferenças culturais influenciam as decisões terapêuticas e o acesso aos serviços de saúde, o que exige atendimento culturalmente sensível.

Esse apagamento de saberes constitui violência simbólica. Homi Bhabha (1994) descreve o “entre-lugar” como espaço em que práticas híbridas resistem à lógica civilizado/primitivo, mas que ainda são frequentemente silenciadas por políticas que reforçam a homogeneidade biomédica.

Assim, criticar o modelo ocidental implica desconstruir estruturas de dominação epistêmica e reivindicar uma ciência plural. Superar o paradigma biomédico requer compromisso ético com a diversidade cultural. Moreira e Motta (2016) ressaltam que currículos da saúde pouco incorporam aspectos culturais e que muitos profissionais não estão preparados para lidar com barreiras linguísticas e simbólicas, evidenciando a urgência de estratégias pedagógicas voltadas à competência cultural.

2.2 CULTURA COMO SISTEMA SIMBÓLICO: Relevância Antropológica para a Compreensão da Saúde

Compreender a cultura como um sistema simbólico é reconhecer que as práticas



relacionadas à saúde e à doença não são meramente técnicas ou biológicas, mas profundamente mediadas por significados socialmente compartilhados. Segundo Langdon e Wiik (2010), os sistemas médicos de atenção à saúde, assim como as respostas dadas às doenças, são sistemas culturais, consonantes com os grupos e realidades sociais que os produzem. Essa concepção desloca o olhar biomédico tradicional, que tende a naturalizar e universalizar seus fundamentos, ignorando a pluralidade de modos de pensar, sentir e agir sobre o adoecimento e o cuidado.

A cultura, neste sentido antropológico, não é um conjunto aleatório de hábitos ou crenças, mas uma matriz lógica de significados que organiza o mundo dos sujeitos. Ela estrutura as formas pelas quais os grupos sociais classificam as doenças, atribuem-lhes causas, escolhem os terapeutas e validam os tratamentos. As práticas de saúde são, portanto, manifestações de uma visão de mundo, sendo inseparáveis das experiências históricas, cosmologias e relações de poder que atravessam cada sociedade.

O conceito de sistema cultural de saúde, central no texto de Langdon e Wiik, permite compreender essa articulação entre cultura e saúde. Cada grupo social possui classificações próprias sobre o que é estar doente ou saudável, critérios específicos para julgar a gravidade dos sintomas e teorias etiológicas que frequentemente integram dimensões naturais, sociais e espirituais. Essas categorias nativas nem sempre encontram correspondência nas classificações biomédicas – é o caso, por exemplo, de enfermidades como “quebranto” ou “mau-olhado”, que são reconhecidas e tratadas em sistemas de cura populares, mas invisibilizadas no sistema médico oficial.

A pertinência da abordagem cultural está justamente em sua capacidade de revelar o sentido profundo das práticas de saúde em contextos diversos. Para Langdon e Wiik (2010), a cultura organiza o mundo de cada grupo social segundo a sua lógica própria, e, assim, a experiência de adoecer ou buscar tratamento deve ser analisada a partir dessa lógica interna, e não de parâmetros externos. Tal perspectiva rompe com o etnocentrismo biomédico, propondo um relativismo cultural que não julga, mas busca compreender as práticas de saúde segundo seus próprios valores e significados.

Essa abordagem tem implicações diretas para a formação dos profissionais da saúde. Em uma sociedade complexa como a brasileira, marcada por pluralidade étnica, religiosa



e regional, reconhecer que coexistem diferentes sistemas culturais de atenção à saúde é essencial para evitar práticas excludentes ou insensíveis às realidades dos pacientes. Assim, valorizar a cultura como sistema simbólico é também valorizar o cuidado como uma prática ética, relacional e situada.

3. DIVERSIDADE CULTURAL COMO DETERMINANTE SOCIAL DA SAÚDE

Os determinantes sociais da saúde são “as circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde” (COMISSÃO SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2010). A inclusão da diversidade cultural é fundamental para a construção de políticas de saúde mais eficazes e equitativas no Brasil. Essa perspectiva vai além do reconhecimento das diferenças entre os grupos, pois entende que as especificidades culturais, o histórico de exclusão e as práticas tradicionais de cuidado influenciam diretamente o processo saúde-doença.

Os determinantes sociais da saúde abrangem os fatores sociais, econômicos, culturais e comportamentais que influenciam a ocorrência de doenças e agravos. O modelo proposto pelos autores inclui camadas que vão desde características individuais até os macrodeterminantes, entre os quais se inserem os fatores culturais (FERNANDEZ, 2014). No entanto, o reconhecimento explícito da diversidade cultural como um fator que gera desigualdades no acesso, na qualidade e na efetividade do cuidado em saúde ainda enfrenta resistências dentro do modelo biomédico hegemônico, que ainda se sustenta predominantemente na lógica epistemológica ocidental.

Fernandez (2014) aprofunda essa perspectiva ao destacar como os fatores étnico-culturais podem expor populações a condições diferenciadas de vulnerabilidade. O autor defende uma abordagem socioantropológica do processo saúde-doença, que valorize cosmovisões, saberes tradicionais e práticas culturais diversas — como aquelas observadas em comunidades de terreiros — como legítimas formas de entendimento e enfrentamento das questões de saúde. Essa perspectiva propõe a superação de modelos rígidos e normativos, em favor de práticas institucionais que reconheçam o “inacabamento” das políticas públicas e sua necessidade de abertura à diferença.

A necessidade de incorporar a diversidade cultural como um elemento estruturante das



práticas em saúde é reforçada por Müller, Lima e Ortega (2023), que discutem a noção de competência cultural no contexto brasileiro. Os autores apontam as limitações de uma abordagem técnica e superficial da cultura e propõem alternativas como a “humildade cultural”, a “segurança cultural” e a “competência estrutural” — todas voltadas à superação das assimetrias de poder e à valorização dos saberes e práticas locais nos serviços de saúde. Essas abordagens são fundamentais para qualificar as intervenções da Estratégia Saúde da Família (ESF), sobretudo em contextos marcados por diversidade étnica e cultural, como o Brasil.

Desse modo, ao considerar a diversidade cultural como um determinante social da saúde, amplia-se a compreensão das assimetrias e dos obstáculos enfrentados por grupos historicamente marginalizados. Reconhecer a legitimidade de diferentes formas de viver, cuidar e adoecer é essencial para promover um cuidado integral, equânime e realmente universal. Incorporar a diversidade cultural aos modelos de atenção à saúde significa, portanto, não apenas ampliar o escopo analítico das políticas públicas, mas também construir um sistema mais sensível, justo e inclusivo.

A saúde de povos indígenas, por exemplo, não pode ser compreendida apenas por dados epidemiológicos. É preciso considerar a violência histórica, a invasão de seus territórios, a perda de saberes tradicionais e a dificuldade de acesso a serviços que respeitem suas crenças e práticas de cura (COIMBRA JÚNIOR et al., 2014). Para os povos quilombolas, as condições de vida precárias, o racismo estrutural e a falta de saneamento básico são determinantes que se somam aos desafios de acesso à saúde, resultando em maior prevalência de doenças crônicas (SOUZA; LIMA, 2015).

Os povos indígenas mantêm sistemas próprios de saúde, baseados em concepções espirituais e coletivas de doenças. Muitas vezes, isso gera conflitos com a biomedicina, dificultando a adesão ao tratamento (Langdon, 2004). A política de saúde indígena foi construída sob o conceito de “cuidado diferenciado” e tem sido guiada pelos princípios de acesso universal, participação comunitária e articulação com as tradições culturais das coletividades atendidas, respeitando suas práticas e incorporando-as nos serviços oferecidos pelos centros de saúde.

No caso dos imigrantes e refugiados, a barreira da língua, a falta de documentos, o



preconceito e o trauma do deslocamento afetam profundamente a saúde mental e física, tornando-os mais vulneráveis a doenças e a barreiras no acesso a serviços de saúde (SANTOS et al., 2020).

4. DESAFIOS NA PRÁTICA MÉDICA:

4.1 BARREIRAS DE COMUNICAÇÃO

A comunicação eficaz é um alicerce do cuidado em saúde, mas em contextos interculturais, as barreiras de comunicação se tornam um obstáculo significativo. Conforme o artigo sinaliza, as diferenças de idioma, dialeto ou até mesmo de conceitos de saúde podem dificultar a relação médico-paciente (GOUVEIA, Eneline et al., 2019). No entanto, a complexidade dessas barreiras vai muito além da simples tradução de palavras. A comunicação clínica é um ato intercultural que envolve a compreensão de gestos, símbolos e percepções de mundo, elementos que a formação tradicional muitas vezes negligencia.

Neste contexto, ressaltamos as barreiras linguísticas, que dificultam a comunicação clínica, e a incompreensão de práticas tradicionais de saúde. A barreira linguística, entendida como a ausência de um idioma comum entre os sujeitos envolvidos na interação clínica, interfere diretamente na qualidade da atenção prestada, afetando o vínculo terapêutico, a escuta qualificada, a adesão ao tratamento e a segurança clínica (DELAMUTA et al., 2020).

Tal cenário aprofunda situações de exclusão e vulnerabilidade social, destoando do princípio da equidade preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Essa abordagem dificulta a construção de relações de confiança com indivíduos que apresentam concepções culturais distintas. Superar esses desafios exige não apenas mudanças curriculares, mas também uma mudança de mentalidade na prática profissional. Neste sentido, a competência cultural deve ser compreendida como parte essencial da clínica, capaz de promover a empatia, reduzir desigualdades e fortalecer o vínculo terapêutico.

O resultado é a dificuldade na construção de relações de confiança, que pode levar a um atendimento excludente e ineficaz, gerando desconfiança e “afastamento de pacientes”



(GOUVEIA, Eneline et al., 2019). A superação desses desafios não requer apenas mudanças curriculares, mas uma mudança de paradigma na prática profissional, onde a competência cultural se torne uma parte essencial e humanizada do cuidado.

Além dos povos originários, comunidades ribeirinhas, quilombolas, as populações migrantes, como haitianos e venezuelanos, enfrentam desafios de comunicação no Sistema Único de Saúde (SUS). ROCHA, A. S. P. S. DA . et al (2020). A não compreensão do idioma é a maior dificuldade para ter acesso a saúde. Somado a isso, o preconceito e a falta de conhecimento dos migrantes sobre o funcionamento do SUS também contribuem para a vulnerabilidade desses grupos. Adicionalmente, aspectos culturais como a "tendência ao silêncio e à inibição no ambiente de saúde" e uma "percepção diferenciada do tempo" exigem que o profissional vá "além da linguagem verbal" para praticar uma "escuta empática e observação atenta" (MONTEIRO et al., 2019). A inability de reconhecer e se adaptar a essas particularidades pode resultar em um atendimento inadequado.

4.2 ETNOCENTRISMO E PRECONCEITO

Outro fator de embaraço do acesso à saúde é o etnocentrismo na prática médica. Este obstáculo se manifesta quando o modelo biomédico é tratado como único e universal, marginalizando sistemas de cuidado e significados de saúde/doença produzidos pelos próprios grupos. Em serviços voltados a povos indígenas, manifesta-se na desqualificação de saberes locais, na medicalização de demandas e na ausência de mediações culturais (Ribeiro et al., 2017). A antropologia da saúde destaca que uma clínica culturalmente situada requer relativismo cultural e interculturalidade, reconhecendo que “o que vale como verdade e eficácia terapêutica é produzido em contextos sociais específicos”, exigindo deslocamento de perspectiva e negociação de sentidos (Campos et al., 2019).

Essas concepções refletem a subordinação histórica de povos indígenas e negros, com efeitos diários na atenção em saúde. Nos serviços estudados por Ribeiro et al. (2017), trabalhadores utilizam classificações morais e “códigos sociais da casa, da rua e do ‘outro mundo’” que hierarquizam comportamentos e modulam o cuidado, evidenciando etnocentrismo. Assim, a “conduta técnica” frequentemente incorpora juízos culturais



implícitos, enfraquecendo a confiança terapêutica e reforçando a exclusão de indígenas e quilombolas (Ribeiro et al., 2017; Campos et al., 2019).

Uma das consequências do etnocentrismo é o racismo. Para Almeida (2019), o racismo não é desvio, mas lógica que estrutura instituições e práticas. Assim, o “racismo institucional” atua como determinante social da saúde, limitando acesso, qualidade da atenção e resultados para a população negra. Essa leitura explica as barreiras e o estigma que dificultam o cuidado a comunidades quilombolas, agravando doenças crônicas. Combater etnocentrismo clínico e racismo institucional é, portanto, condição para reduzir desigualdades (Almeida, 2019).

Para os sistemas tradicionais, o etnocentrismo impede uma atenção diferenciada. Estudos indicam que o diálogo entre saberes — biomédico e tradicionais — sustenta uma clínica mais responsiva, reconhecendo agentes, rituais e itinerários terapêuticos, e viabilizando planos de cuidado compartilhados (Ribeiro et al., 2017; Campos et al., 2019). Isso exige formação crítica em competência cultural, escuta qualificada, mediação cultural e protocolos que incorporem, quando seguros, práticas tradicionais. Superar o etnocentrismo implica reconhecer vieses, co-produzir decisões e afirmar a diversidade como parte essencial do cuidado integral.

4.3 FORMAÇÃO MÉDICA

Dentre os maiores desafios para uma prática médica que considere a diversidade cultural, a formação médica é central. No Brasil, a formação médica, embora orientada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) oriente para a formação de profissionais humanistas, ainda apresenta lacunas significativas na abordagem da competência cultural.

As diretrizes ainda são limitadas pela abordagem insuficiente de conteúdos transversais no currículo médico. As DCNs estabelecem que “o médico deve atuar de forma ética e sensível às diversidades culturais, promovendo a equidade no cuidado” (Brasil, 2014, p. 3).

A formação médica no Brasil ainda se encontra fortemente ancorada no modelo



biomédico, o que limita a incorporação de dimensões socioculturais no cuidado em saúde. Essa orientação dificulta a preparação de profissionais para atuar em contextos marcados pela diversidade étnica e cultural, característica do país, e repercute negativamente na atenção a populações indígenas, quilombolas e grupos migrantes.

Além disso, a formação prática é frequentemente insuficiente Gouveia et al. (2019). Neste sentido, destacamos que "a ausência de experiências imersivas em comunidades culturalmente diversas durante a graduação limita a capacidade dos futuros médicos de desenvolverem habilidades interculturais" (p. 85). Para superar esse desafio, é essencial integrar disciplinas sobre antropologia médica e saúde intercultural, além de promover estágios em contextos culturalmente diversos, como unidades de saúde indígena ou comunidades quilombolas. Essas práticas permitem que os estudantes desenvolvam sensibilidade cultural e habilidades de comunicação adaptadas às necessidades de populações vulneráveis.

5. Estratégias e perspectivas

A complexidade dos contextos sociais e culturais que atravessam os sistemas de saúde no Brasil exige a adoção de estratégias formativas que rompam com a hegemonia do modelo biomédico tradicional. Neste sentido, torna-se urgente refletir sobre as perspectivas possíveis para a formação de profissionais capazes de atuar com sensibilidade, respeito e competência diante da diversidade étnico-cultural presente no país. A seção a seguir propõe uma análise crítica das estratégias que vêm sendo discutidas ou implementadas no campo da educação médica, com ênfase na importância da competência cultural como eixo estruturante de uma prática clínica mais equitativa e inclusiva. Ao discutir experiências e desafios, busca-se contribuir para a consolidação de abordagens pedagógicas que promovam a justiça social e o reconhecimento das diferenças como dimensão legítima do cuidado em saúde.

5.1 EDUCAÇÃO MÉDICA E COMPETÊNCIA CULTURAL

Como vimos, a formação médica brasileira ainda apresenta forte predomínio do modelo biomédico, o que compromete a incorporação de competências interculturais essenciais para o atendimento a grupos étnicos diversos. Estudos com estudantes de Medicina



indicam que os discentes percebem lacunas curriculares, sobretudo na oferta de experiências práticas e conteúdos que favoreçam a atuação em contextos indígenas e interculturais (MAGALHÃES et al., 2023). Essa insuficiência formativa tende a reproduzir barreiras comunicacionais e organizacionais no cuidado, dificultando a construção de práticas mais sensíveis às especificidades socioculturais das populações indígenas, quilombolas e migrantes.

No Brasil, iniciativas como os programas de residência em saúde indígena e os estágios em comunidades quilombolas têm mostrado resultados promissores. Silva et al. (2020) destacam que “a exposição a contextos multiculturais durante a formação aumenta a sensibilidade cultural dos estudantes e melhora sua capacidade de comunicação com pacientes de diferentes origens” (p. 1044). Essas vivências práticas permitem que os futuros médicos desenvolvam habilidades de escuta ativa e negociação terapêutica, fundamentais para superar barreiras culturais.

Além disso, a formação continuada de profissionais já atuantes é igualmente importante e argumentam que a capacitação continuada em competência cultural para equipes do SUS é uma estratégia crucial para melhorar a qualidade do atendimento a populações vulneráveis (Peixoto et al., 2019).

Acrescentamos que programas de educação permanente, que incluem oficinas sobre comunicação intercultural e manejo de conflitos culturais, podem fortalecer a capacidade das equipes de saúde de lidar com a diversidade, promovendo um cuidado mais equitativo e humanizado.

5.2 COMUNICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO

Fundamental neste processo de mudança é a comunicação intercultural, um pilar para o cuidado humanizado em contextos de diversidade cultural. Monteiro et al. (2019) destacam que a ausência de preparo dos profissionais para lidar com diferenças linguísticas e simbólicas compromete a qualidade do cuidado e a construção do vínculo terapêutico. No Brasil, iniciativas como a capacitação de agentes comunitários de saúde para atuar como mediadores culturais em regiões com alta concentração de imigrantes, como Roraima e Amazonas, têm mostrado resultados positivos, embora ainda sejam



limitadas pela falta de escalabilidade.

A humanização do atendimento vai além de superar barreiras linguísticas. De acordo com Zahn et al. (2025), “reconhecer e respeitar as práticas culturais e espirituais dos pacientes é fundamental para estabelecer uma relação terapêutica eficaz” (p. 12). Por exemplo, integrar práticas espirituais no cuidado de pacientes ribeirinhos pode facilitar a adesão ao tratamento, promovendo um ambiente de confiança e respeito mútuo.

Além disso, a comunicação empática reduz erros médicos. Investir em treinamentos que promovam a escuta ativa e a sensibilidade cultural é, portanto, uma medida essencial para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado.

5.4 FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), é um espaço estratégico para abordar a diversidade cultural devido à sua proximidade com as comunidades. Estudos recentes evidenciam que a expansão da ESF no Brasil tem contribuído para a redução das iniquidades em saúde, especialmente em áreas rurais e entre populações vulneráveis. Por exemplo, pesquisa realizada em municípios rurais remotos do Oeste do Pará identificou barreiras e desafios no acesso à APS, destacando a importância de estratégias adaptadas às especificidades locais para superar essas dificuldades (GIOVANELLA et al., 2022).

Para que a APS (Atenção primária à Saúde) seja culturalmente sensível, é necessário investir em formação e infraestrutura. Isso inclui o treinamento em comunicação intercultural e a integração de práticas integrativas e complementares (PICS), que respeitam os saberes tradicionais.

Além disso, a APS pode atuar como um espaço de promoção da equidade. afirmam que a atenção primária, quando bem estruturada, é capaz de reduzir desigualdades em saúde ao garantir acesso universal e cuidado integral, especialmente para populações culturalmente marginalizadas (JÚNIOR et al., 2024). A expansão de equipes multidisciplinares, que incluam profissionais como antropólogos e mediadores culturais, pode fortalecer a capacidade da APS de responder à diversidade cultural, promovendo



um cuidado mais inclusivo e territorializado.

CONCLUSÃO

A análise da literatura evidencia que a diversidade cultural é um componente estruturante do processo saúde-doença e um desafio permanente para a prática médica no Brasil. A pluralidade de povos indígenas, comunidades quilombolas, populações migrantes e expressões religiosas revela que o cuidado em saúde não pode ser restrito ao modelo biomédico, exigindo diálogo intercultural e reconhecimento dos saberes tradicionais.

Constata-se que barreiras linguísticas, etnocentrismo e lacunas na formação médica ainda limitam a efetividade das ações do Sistema Único de Saúde, ampliando iniquidades históricas. Superar essas limitações requer a incorporação sistemática da competência cultural nos currículos, a valorização de experiências em territórios diversos e a capacitação continuada das equipes de saúde.



Assim, integrar a diversidade cultural ao cuidado significa reconhecer que saúde é também expressão de identidade e de direitos coletivos. Avançar nesse sentido implica consolidar um SUS que, além de universal e integral, seja capaz de acolher as diferenças como condição para a justiça social e para a construção de um cuidado verdadeiramente humanizado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio. *O que é racismo estrutural*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/bak/a/8R37NgQt56Sf5P58KRfMFzq/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 18 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Brasília: MEC, 2014.

CAMPOS, Hebert Luan Pereira; MACIEL, Fernanda Beatriz Melo; FLORES, Ruth Ellery Lima; FERREIRA, Paulo Rogers da Silva. Antropologia na educação médica: caminhos possíveis para (re)pensar a formação médica. *REVASF*, Petrolina, v. 9, n. 20, p. 50–64, set./dez. 2019. ISSN 2177-8183.

COIMBRA JÚNIOR, Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo Ventura (org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 11–20.

Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/bsmtd/pdf/coimbra-8575410229.pdf>. Acesso em: 13 set. 2025.

COMISSÃO SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre*



os seus determinantes sociais: relatório final da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43943/9789248563706_por.pdf. Acesso em: 25 set. 2025.

DELAMUTA, K. G. et al. Barreiras linguísticas no cuidado à saúde de imigrantes bengaleses na atenção primária. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 24, e200007, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/V33PNVdwyvKB9Tk6PNKdzZh/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2025.

FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros. Determinantes culturais da saúde: uma abordagem para a promoção de equidade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 167–179, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PxrHjYRS8ZgbcWs8drqgChr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2025.

GOUVEIA, Eneline et al. Competência cultural: uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 43, n. 1, supl. 1, p. 82–90, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/N9VB6SJs3Yxfnyyv3kQcDbt/?lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2025.

JÚNIOR, Valdir Barbosa da Silva et al. Atenção primária à saúde: implicações para a promoção da equidade no SUS. *Lumen et Virtus*, São José dos Pinhais, v. 15, n. 43, p. 8262-8275, 2024. DOI: 10.56238/levv15n43-048. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/2130>. Acesso em: 25 set. 2025.

LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 174–181, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/5RwbrHQkrZ4X7KxNrhvwjTB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 set. 2025.

LARAIA, Roque de Barros. *Cultura: um conceito antropológico*. 14. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. Disponível em: <https://petarquiteturaufmg.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/04/laraia-cultura-um-conceito-antropolc3b3gico.pdf>. Acesso em: 18 set. 2025.

LIMA, Juliana G. et al. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 20, e00616190, 2022. DOI: 10.1590/1981-7746-ojs616.

MAGALHÃES, C. M. de et al. Perspectivas de estudantes de Medicina sobre a própria formação e competências para trabalhar com populações indígenas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 47, n. 4, p. e118, 2023. DOI: 10.1590/1981-5271v47.4-2021-0475.



MONTEIRO, Maria Adriana da Cunha; SIQUEIRA, Leandro Eudes de Araújo; FROTA, Natasha Marques; BARROS, Luís de Macêdo; HOLANDA, Vanessa Maria de Sousa. Assistência de enfermagem à saúde das populações indígenas: revisão de escopo. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 24, e62174, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/79WhpknWS8dyj5PfHj8kMvL/?lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2025.

PEIXOTO, M. T. et al. Formação médica na Atenção Primária à Saúde: discussão das dimensões sociais na formação. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 23, supl. 1, e170794, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2019.v23suppl1/e170794/pt>.

RIBEIRO, A. A. et al. Aspectos culturais e históricos na produção do cuidado em um serviço de atenção à saúde indígena. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2003–2012, jun. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017226.13362016.

ROCHA, A. S. P. S. da et al. Acesso de migrantes haitianos à saúde pública: uma questão bioética. *Revista Bioética*, Brasília, v. 28, n. 2, p. 384–389, abr. 2020. DOI: 10.1590/1983-80422020282400.

SAID, Edward W. *Cultura e imperialismo*. Trad. Denise Bottmann. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SAID, Edward W. *Orientalismo*. Trad. Rosaura Eichenberg. São Paulo: Companhia das Letras, 1978.

SANTOS, V. G.; GOMES, A. R. L.; PEREIRA, M. N. R. Determinantes sociais da saúde de mulheres imigrantes haitianas: repercussões no enfrentamento da COVID-19. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 22, n. 64362, p. 1–13, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/64362>. Acesso em: 13 set. 2025.

SOUZA, V. L. C.; LIMA, B. M. M. Condições de vida, saúde e morbidade de comunidades quilombolas do semiárido baiano, Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 44, n. 4, p. 886–901, 2015. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/download/2988/2618/20641>. Acesso em: 13 set. 2025.

ZAHN, S. N. L. et al. No meio da tempestade: percepções de ribeirinhos do Amazonas sobre a COVID-19. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 45, p. e277970, 2025. DOI: 10.1590/1982-3703003277970.

