

**Correspondência:**

Magda Dimenstein
magda.dimenstein@ufrn.br

Recebido: 02 jul. 2025

Revisado: 07 mar. 2026

Aprovado: 05 abr. 2026

Aprovado para publicação:
19 maio 2026

Como citar (APA):

Dimenstein, M., Ronzani, T. M.,
Macedo, J. P., Leite, J. F., Paulon, S.
M., Conceição, M. I. G., & Liberato,
M. T. C. (2026). Competência
cultural em saúde: estudo com
profissionais de quatro regiões
do Brasil. *Revista da SBPH*, 29,
e022. [https://doi.org/10.57167/
Rev-SBPH.2026.v29.919](https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2026.v29.919).

Agradecimentos:

Aos profissionais de saúde pela
contribuição, fundamental para a
realização desta pesquisa.

Financiamento:

Projeto financiado com recursos
do Conselho Nacional de
Desenvolvimento Científico e
Tecnológico – CNPq, Edital
Pro-Humanidades, Chamada
nº 40/2022, Linha 3B, Projetos em
Rede, Políticas públicas para o
desenvolvimento humano e social.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver
conflito de interesses.



Competência cultural em saúde: estudo com profissionais de quatro regiões do Brasil

*Cultural competence in health: study with
professionals from four regions of Brazil*

*Competencia cultural en salud: estudio con
profesionales de cuatro regiones de Brasil*

Magda DIMENSTEIN¹  

Telmo Mota RONZANI²  

João Paulo Sales MACEDO³  

Jader Ferreira LEITE¹  

Simone Mainieri PAULON⁴  

Maria Ines Gandolfo CONCEIÇÃO⁵  

Mariana Tavares Cavalcanti LIBERATO⁶  

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPsi. Natal, RN, Brasil.

² Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPsi. Juiz de Fora, MG, Brasil.

³ Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPar, Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPsi. Parnaíba, PI, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional – PPGPsi. Porto Alegre, RS, Brasil.

⁵ Universidade de Brasília – UnB, Programa de Psicologia Clínica e Cultura – PPGPsiCC. Brasília, DF, Brasil.

⁶ Universidade Federal do Ceará – UFC, Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPsi. Fortaleza, CE, Brasil.

Resumo

Objetivou-se analisar a associação entre competência cultural e características sociodemográficas entre profissionais de saúde no Brasil. Trata-se de um estudo exploratório e correlacional, em amostra de conveniência não-probabilística de quatro regiões do país. Foram selecionados 213 participantes, predominantemente mulheres (73,7%), com média de idade de 37,9 anos (DP=10,4) e média de tempo de atuação de 11,2 anos (DP=9,2), de seis Unidades da Federação (Ceará, Distrito Federal, Minas Gerais, Piauí, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul) e com os/as quais foram aplicados dois instrumentos: questionário sociodemográfico e escala EMCC14-BR. Para se estabelecer a associação de variáveis, foram realizadas análises bivariadas (Qui-Quadrado, Teste t, ANOVA) e posteriormente Análise de Regressão Logística. No modelo de associação final, encontrou-se que a formação universitária (OR=2,15; IC=1,16–2,15) e na área de Humanas e Sociais (OR=3,08; IC=1,41–6,72) estão relacionadas a maior competência cultural. Assim, os achados indicam a importância da formação voltada para os/as profissionais como parte das estratégias de educação permanente em saúde, possibilitando práticas de cuidado culturalmente sensíveis. Tendo em vista as limitações da amostragem por conveniência, recomenda-se que futuras pesquisas explorem, com amostras probabilísticas e recortes regionais mais equilibrados, os determinantes contextuais da competência cultural, ampliando a compreensão das desigualdades no cuidado em saúde no Brasil.

Descritores: Competência Cultural; Diversidade Cultural; Processo de Trabalho em Saúde; Educação em Saúde; Integralidade em Saúde.

Abstract

The objective was to analyze measures of association between cultural competence and sociodemographic characteristics among health professionals in Brazil. This is an exploratory and correlational study, using a non-probabilistic convenience sample from four regions of the country. A total of 213 participants, predominantly women (73.7%), average age of 37.9 years (SD=10.4) and with an average length of service of 11.2 years (SD=9.2) from six federation units (*Ceará, Distrito Federal, Minas Gerais, Piauí, Rio Grande do Norte, and Rio Grande do Sul*) were selected, and two instruments were used: a sociodemographic questionnaire and the EMCC14-BR scale. To establish the association between variables, bivariate analyses were performed (Chi-square, t-test, ANOVA), followed by logistic regression analysis. In the final association model, it was found that university education (OR=2.15; CI=1.16–2.15) and education in the humanities and social sciences (OR=3.08; CI=1.41–6.72) were related to greater cultural competence. The findings indicate the importance of training focused on greater cultural competence as part of continuing health education strategies, enabling culturally sensitive care practices. Given the limitations of convenience sampling, it is recommended that future research explore the contextual determinants of cultural competence, using more balanced probabilistic samples and regional cross-sections, thereby broadening the understanding of inequalities in health care in Brazil.

Descriptors: Cultural Competence; Cultural Diversity; Health Work Process; Health Education; Integrality in Health.

Resumen

El objetivo fue analizar las medidas de asociación entre la competencia cultural y las características sociodemográficas entre los profesionales de la salud en Brasil. Se trata de un estudio exploratorio y correlacional, en una muestra de conveniencia no probabilística de cuatro regiones del país. Se seleccionaron 213 participantes, predominantemente mujeres (73,7 %), con una media de edad de 37,9 años (DP=10,4) y una media de años de experiencia de 11,2 (DP=9,2) de seis unidades de la federación (*Ceará, Distrito Federal, Minas Gerais, Piauí, Rio Grande do Norte y Rio Grande do Sul*) y dos instrumentos: un cuestionario sociodemográfico y la escala EMCC14-BR. Para establecer la asociación de variables, se realizaron análisis bivariados (Chi-cuadrado, prueba t, ANOVA) y, posteriormente, un análisis de regresión logística. En el modelo de asociación final, se encontró que la formación universitaria (OR=2,15; IC=1,16–2,15) y la formación en el área de Humanidades y Ciencias Sociales (OR=3,08; IC=1,41–6,72) se relacionaban con una mayor competencia cultural. Los resultados indican la importancia de la formación orientada a los profesionales como parte de las estrategias de educación permanente en salud, permitiendo prácticas de atención culturalmente sensibles. Teniendo en cuenta las limitaciones del muestreo por conveniencia, se recomienda que las investigaciones futuras exploren, con muestras probabilísticas y recortes regionales más equilibrados, los determinantes contextuales de la competencia cultural, ampliando la comprensión de las desigualdades en la atención sanitaria en Brasil.

Descriptores: Competencia Cultural; Diversidad Cultural; Proceso de Trabajo en Salud; Educación en Salud; Integralidad en Salud.

INTRODUÇÃO

Competência cultural é um importante balizador para o desenvolvimento do trabalho em saúde, orientado por linhas de cuidado culturalmente sensíveis e equânimes entre grupos populacionais socialmente desiguais e culturalmente distintos. Segundo Starfield (1998/2002, p. 487), “a competência cultural envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem ou não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais”. É um dos atributos que moldam as ações, sobretudo, na Atenção Primária à Saúde – APS, contribuindo na redução das disparidades e iniquidades em saúde.

Em revisão integrativa sobre competência cultural e organização do trabalho na APS, Dimenstein, Belarmino et al. (2025) destacam que a ênfase no autodesenvolvimento de habilidades e atitudes tem ganhado relevo no debate internacional. No entanto, os autores evidenciam fragilidades persistentes na formação profissional, especialmente no que se refere ao desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais para o trabalho culturalmente competente. Além disso, apontam a insuficiência de investimentos na problematização dos modelos de atenção à saúde e na incorporação da interculturalidade como eixo ético-político orientador dos processos de trabalho em saúde.

No campo das políticas públicas, as formas de acesso diferenciado a determinadas ações e serviços costumam operar de maneira predominantemente funcional e pragmática, com pouca atenção aos fundamentos necessários para a construção de uma sociedade mais equitativa e multicultural (Dimenstein, Silva et al., 2025). Essa crítica é evidenciada por autores como Rojas et al. (2021), ao analisarem as dificuldades na efetivação de uma abordagem em saúde fundamentada nos princípios da integralidade e da equidade. Segundo os autores, essa limitação resulta, dentre outros efeitos, em uma desarticulação entre a oferta de serviços e as reais necessidades de atenção das populações.

Para Souza, Fabríz et al. (2024), poucos serviços e equipes são organizados a partir de uma perspectiva culturalmente sensível, capaz de reconhecer a diversidade dos grupos sociais e o papel central da cultura nos processos de saúde-doença-cuidado. No cotidiano dos serviços, observa-se ainda uma limitada abertura para o diálogo intercultural entre equipes e usuários/as, dificultando trocas, comunicação e aprendizagens que se baseiem em condições de respeito, legitimidade mútua e relações mais simétricas.

Para que os sistemas e serviços de saúde atendam essas condições, é fundamental que profissionais que ali atuam desenvolvam competências específicas. Dentre elas, destacam-se a capacidade de refletir sobre a própria cultura, incorporar a dimensão social e cultural nas interações com usuários/as, demonstrar sensibilidade às diferenças, além de negociar e implementar estratégias adaptativas frente às variadas realidades. Trata-se de reconhecer que as condições de saúde estão encarnadas em sujeitos cujas experiências são atravessadas por desigualdades estruturais e múltiplos marcadores sociais (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2022).

Assim sendo, um dos aspectos centrais sobre o desenvolvimento de práticas culturalmente competentes em saúde recai sobre a formação e a qualificação do trabalho em saúde, com investimento na educação permanente e apoio institucional a trabalhadores/as voltados para a promoção da competência cultural, em oposição

a um modelo biomédico e por formas de organização que pouco dialogam ou se articulam com os saberes e práticas tradicionais (Müller et al., 2023).

Sabe-se que a formação das diversas categorias de profissionais da saúde é tradicionalmente ancorada no paradigma biomédico e científico, o qual produziu, dentre outros problemas, insuficiência de conhecimentos e dificuldades para o reconhecimento da cultura como parte integrante e estruturante da economia psíquica, dos modos de subjetivação e dos sistemas terapêuticos (Castro & Menezes, 2020).

O enfrentamento dos múltiplos desafios que marcam os processos de formação envolve, segundo Souza, Rocha et al. (2024), o compromisso ético-político das instituições de ensino com um exercício do pensamento crítico sobre a necessidade de produção de indicadores de saúde relacionados à diversidade dos grupos sociais como parte das políticas de ações afirmativas. É necessário investir em uma formação de caráter interdisciplinar e intercultural, capaz de superar barreiras linguísticas, reconhecer os distintos universos existenciais, identificar as distâncias culturais entre grupos sociais e compreender a situação de saúde como uma experiência sociocultural complexa e multideterminada, em sua relação com as condições de vida, com as diferentes cosmovisões e marcadores sociais da diferença (Dimenstein, Simoni et al., 2026).

Considerando a dimensão da força de trabalho em saúde no Brasil – estimada em torno de 2,4 milhões de trabalhadores/as apenas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (Instituto de Estudos para Políticas de Saúde [IEPS], 2025), e reconhecendo a importância estratégica desses/as profissionais para o adequado funcionamento do sistema, este estudo teve como objetivo analisar os fatores associados à competência cultural de profissionais de saúde brasileiros/as. Hipotetizou-se que maiores níveis de competência cultural estariam associados aos processos formativos e aos níveis de atenção em que profissionais estão inseridos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo exploratório e correlacional que buscou analisar medidas de associação entre competência cultural e características sociodemográficas entre profissionais de saúde no Brasil. É composto por uma amostra não-probabilística, com recrutamento realizado por conveniência. Com o objetivo de garantir a variabilidade amostral e, considerando a diversidade regional do Brasil, procedeu-se a um processo de estratificação de algumas características dos/as participantes da pesquisa. Foram selecionados 213 profissionais de saúde, de ambos os sexos, de seis Unidades da Federação (UF; Ceará, Distrito Federal, Minas Gerais, Piauí, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul) e quatro regiões geográficas brasileiras (Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste). As regiões geográficas e UF foram selecionadas em função da participação de centros colaboradores nessas regiões, que possibilitou a coleta de dados.

Foram utilizados dois instrumentos: (i) “Questionário sociodemográfico”, contendo informações sobre sexo, idade, categoria profissional, tempo de trabalho, nível de atenção à saúde em que trabalha (primário, secundário e terciário) e UF; e (ii) Escala de Medição de Competência Cultural – EMCC14-BR, versão em português, a qual passou por processo de adaptação e validação, apresentando bom desempenho psicométrico, semelhante ou superior à sua versão original (Ronzani et al., 2025).

A EMCC14-BR, versão em português da escala desenvolvida no Chile por Pedrero et al. (2019; 2020), foi adaptada e validada junto a profissionais de saúde brasileiros/as, apresentando desempenho psicométrico satisfatório. A escala é composta por 14 itens em formato *Likert*, com respostas que variam de concordo totalmente= 1 a discordo totalmente= 5), e baseia-se no modelo de Sue e Sue (2008), com três dimensões: (i) sensibilidade (refere-se à capacidade do profissional de valorizar as crenças e costumes da população atendida); (ii) conhecimento (capacidade de conhecer e identificar as crenças e costumes locais); e (iii) habilidade (competência para a realizar o cuidado em saúde articulando o conhecimento técnico/acadêmico com as crenças e costumes da comunidade). Quanto maior a pontuação geral da escala, maior a competência do/a profissional para realizar um cuidado técnico/acadêmico articulado com os saberes, crenças e costumes locais. Para a validação em português, realizada com a mesma amostra do presente estudo, na análise fatorial exploratória, os indicadores foram: Medida de Adequação da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,895), Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação (RMSEA=0,044) e Índice de Ajuste Comparativo (CFI=0,993). Ainda no estudo de validação, na análise fatorial confirmatória, os índices também indicaram bom ajuste: CFI=0,99; *Tucker-Lewis Index* (TLI=0,99); Raiz Quadrada Média Padronizada dos Resíduos (SRMR=0,06); RMSEA=0,053. A consistência interna foi adequada, com alfa de *Cronbach* de 0,86 para a escala geral, e entre 0,72 e 0,79 para os fatores específicos.

Os dados coletados foram digitados através do *software Statistical Package for Social Science* – SPSS®, versão 15.0. Os dados foram submetidos a análises estatísticas exploratórias tais como: frequência absoluta (n), frequência relativa (%), Média (M) e Desvio Padrão (DP). Para as análises estatísticas inferenciais, especificamente para a comparação das médias dos fatores da escala EMCC14-BR, utilizou-se o teste t de *Student* no caso de duas amostras independentes e Análise de Variância (ANOVA) e teste *post hoc* de *Bonferroni* para mais de duas amostras independentes. Para analisar a correlação entre as variáveis idade e escores dos fatores da escala, utilizou-se o teste de correlação de Pearson. As análises inferenciais foram complementadas por reamostragem *Bootstrap* (1.000 amostras), com o objetivo de aumentar a robustez das estimativas, especialmente diante de possíveis desvios das premissas de normalidade (Field, 2009). Adotou-se, para todas as análises inferenciais, o intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$).

Posteriormente, no caso em que as comparações das médias dos fatores da EMCC14-BR se apresentaram estatisticamente significativas, foi realizada uma análise multivariada de regressão logística binária (Método *Backward*: LD).

Os valores do Fator de Inflação da Variância – VIF foram inferiores a cinco, indicando ausência de multicolinearidade relevante, para as medidas de desfecho (Sensibilidade, Conhecimento, Habilidade e Escore total da EMCC14-BR) foram transformadas em variáveis dicotômicas, a partir da mediana das subescalas (Abaixo da mediana = 0, Acima da mediana = 1). Outras variáveis foram dicotomizadas, tais como nível de atenção à saúde (APS = 1, outros níveis = 0) e categoria profissional que foi agrupada entre os cursos da área de humanas (Não = 0, Sim = 1) e outras áreas (ex.: Medicina, Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem). Além disso, a mesma variável foi recategorizada para nível superior (Não = 0; Sim = 1).

Ainda que trouxesse uma limitação estatística e perda de poder de teste, optou-se pela dicotomização das variáveis para uma amostra mais balanceada entre os grupos de comparação e melhor possibilidade de teste de hipóteses, baseado no modelo teórico do estudo, onde hipotetizou-se diferenças de níveis de competência cultural entre duas grandes áreas de conhecimento e nível de atenção em saúde. Assim, espera-se

maior ênfase em aspectos culturais e comunitários (atenção primária) em comparação aos demais níveis. Para testar a adequação do modelo de predição para as subescalas, utilizou-se *Omnibus Test* e *-2 Log Likelihood*. As medidas de predição do modelo foram apresentadas pelos coeficientes da regressão (B), erro padrão (SE), *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança (IC).

O estudo seguiu as recomendações propostas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 Conselho Nacional de Saúde [CNS], 2012), a qual trata de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Foi submetida para apreciação no Conselho de Ética da Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPar, recebendo parecer favorável à sua execução, CAAE: 60722922.3.1001.0192.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 213 profissionais de saúde, predominantemente por mulheres (73,7%), com média de idade de 37,9 anos (DP=10,4) e média de tempo de atuação em saúde de 11,2 anos (DP=9,2). Participaram profissionais de diversas categorias, com destaque para Psicólogos/as, Enfermeiros/as e Assistentes Sociais, áreas com atuação direta em contextos de diversidade cultural. Quanto ao nível de atenção, a maior parte trabalhava na Atenção Primária e em serviços da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Notou-se maior representatividade de profissionais da região Nordeste (41,3%), o que pode refletir especificidades regionais no cuidado em saúde. Os dados sociodemográficos completos estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos/as participantes do estudo (n=213)

Variável		n	%
Sexo	Feminino	157	73,7
	Masculino	56	26,3
Categoria profissional	Psicólogo/a	40	18,8
	Enfermeiro/a	39	18,3
	Auxiliar Enfermagem	36	16,9
	Assistente Social	33	15,5
	Médico/a	31	14,6
	Agente Comunitário de Saúde	24	11,3
	Outros	10	4,7
Nível de atenção à saúde	Primário	80	37,6
	Secundário	78	36,6
	Terciário	55	25,8
Região geográfica	Nordeste	88	41,3
	Sudeste	52	24,4
	Centro-Oeste	44	20,7
	Sul	29	13,6
Idade (Média/DP)		37,9/10,4	
Tempo de trabalho (Média/DP)		11,2/9,2	

Notas: DP= Desvio-Padrão.

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

A Tabela 2 apresenta as comparações bivariadas entre os escores da EMCC14-BR (total e fatores) e as variáveis sociodemográficas.

Tabela 2. Média e desvio-padrão do escore total e fatores da escala EMCC14-BR (n=213)

Variável	Sensibilidade*	Conhecimento*	Habilidade*	Escore total*
Sexo (masculino)	15,5/3,6	16,6/3,4	24,0/3,5	56,1/8,2
Sexo (feminino)	15,3/3,3	17,1/2,7	23,7/4,1	56,2/8,5
Área de formação (saúde)	14,7/3,5	16,4/3,0	23,0/4,2	54,2/8,8
Área de formação (humanas/sociais)	16,4/2,7	18,0/2,1	25,1/3,3	59,6/6,3
Ensino superior (não)	13,5/3,9	15,2/3,4	22,4/4,6	51,2/9,8
Ensino superior (sim)	15,9/3,0	17,5/3,5	24,2/3,7	57,6/7,4
Nível de atenção (Primário)	14,8/4,0	16,4/3,6	23,5/4,3	54,8/10,1
Nível de atenção (Secundário)	15,7/3,0	17,1/3,4	24,3/3,8	57,0/7,7
Nível de atenção (Terciário)	15,8/2,6	17,7/2,1	23,5/3,6	57,0/6,3
Região (Nordeste)	15,3/3,1	17,2/2,4	24,0/3,5	56,5/7,4
Região (Sudeste)	14,5/3,8	16,1/3,7	23,6/4,4	54,2/9,9
Região (Centro-Oeste)	16,7/3,2	17,1/3,3	23,0/4,7	56,8/9,7
Região (Sul)	15,4/2,9	17,6/1,7	24,8/3,2	57,8/6,0

Notas: EMCC14-BR= Escala de Medição de Competência Cultural; DP= Desvio Padrão; *= Média.

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

Profissionais das áreas com interface nas Ciências Humanas e Sociais, como Psicologia, Serviço Social e Pedagogia, apresentaram escores mais altos, assim como os profissionais com ensino superior ($p < 0.05$). As demais variáveis não apresentaram diferenças em relação à competência cultural, exceto o Fator Conhecimento, mais alto entre profissionais do nível terciário, em comparação aos níveis primário e secundário de Atenção à Saúde, (ANOVA, $F_{(2)} = 3,072$, $p = 0,048$) e no Fator Sensibilidade, com médias mais altas entre profissionais da região Centro-Oeste (ANOVA, $F_{(3)} = 3,552$; $p = 0,015$), de acordo com o teste *post hoc* de Bonferroni. A idade não se correlacionou com os escores da EMCC14-BR.

Posteriormente foram testados modelos de predição de competência cultural de profissionais a partir de regressão logística. Para a composição do modelo, foram selecionadas as variáveis com significância estatística para as comparações bivariadas. Para tal, as variáveis foram dicotomizadas. Para o escore geral da EMCC14-BR, foi incluído no modelo a Área de Formação (Humanas/Sociais = 1, Saúde = 0) e ter Escolaridade Superior (Sim = 1; Não = 0). Ambas as variáveis se mantiveram no modelo final de predição, demonstrando que ter formação na área de Humanas e Sociais (OR=3,08; IC95%=1,41-6,72) e ter formação superior (OR=2,15; IC95%=1,16-2,15) estão relacionadas à maior competência cultural (Tabela 3).

Tabela 3. Modelos finais de regressão logística as variáveis associadas ao Escore Total da Escala de Competência Cultural (EMCC14-BR) e seus Fatores (n=213)

Modelo final	Preditores	B*	EP [†]	OR [‡]	IC [§] 95%
Escore total	Área de formação (Humanas/Sociais = 1)	0,77	0,31	3,08	1,41-6,72
	Ensino superior (Sim = 1)	1,12	0,40	2,15	1,16-2,15
Sensibilidade	Ensino superior (Sim = 1)	0,93	0,37	2,55	1,23-5,29
	Região geográfica (Centro-Oeste = 1)	0,79	0,35	2,21	1,11-4,31
Habilidade	Área de formação (Humanas/Sociais = 1)	0,77	0,31	2,16	1,17-3,97
	Ensino superior (Sim = 1)	1,02	0,41	2,78	1,25-6,20
Conhecimento	Ensino superior (Sim = 1)	0,88	0,38	2,40	1,15-5,02

Notas: *B= Coeficientes da regressão; †EP= Erro Padrão; ‡OR= Odds Ratio; §IC= Intervalo de Confiança.

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

Para o Fator Sensibilidade, além das variáveis área de formação e ensino superior, foi incluída a região geográfica (Centro-Oeste = 1; outras regiões = 0). No modelo final, ter ensino superior (OR=2,55; IC95%=1,22-5,28) e ser da região centro-oeste (OR=2,21; IC95%=1,11-4,30) foi associado a maior escore de sensibilidade.

Em relação ao Fator Conhecimento, foram selecionadas as variáveis área de formação, ensino superior e nível de atenção (Atenção primária = 1; demais níveis = 0). No modelo final, apenas a variável ensino superior (OR=2,40; IC95%=1,14-5,02) foi significativo para associação com o conhecimento.

Por último, para o Fator Habilidade, foram incluídos no modelo as variáveis área de formação e ensino superior. Ambas as variáveis se mantiveram no modelo final, com ensino superior (OR=2,78; IC95%=1,25-6,19) e formação na área de ciências humanas/sociais (OR=2,16; IC95%=1,17-3,97) se associando a maior habilidade.

DISCUSSÃO

Os dados indicam que profissionais com formação de nível superior apresentaram escores mais altos de competência cultural em comparação àqueles/las com formação técnica ou de nível médio. Esse achado aponta para a relevância da trajetória formativa na construção de práticas culturalmente sensíveis no cuidado em saúde. Apesar das limitações que persistem no ensino superior brasileiro, como a tecnificação excessiva e desafios na formação crítica e humanística, a universidade ainda configura um espaço privilegiado de desenvolvimento de competências interculturais, conforme argumentam Bitencourt et al. (2020). Nesse contexto, Ceccim (2012) destaca que a formação em saúde requer não apenas a transmissão de conhecimento técnico, mas a capacidade de ser afetado pelas experiências do cotidiano e pelas demandas sociais dos sujeitos em cuidado.

Em relação às diferenças encontradas entre profissionais da área das Ciências Humanas e Sociais, os resultados da pesquisa reforçam a importância da formação acadêmica e a necessidade da implantação e acompanhamento de políticas e programas ordenadores da formação de profissionais de saúde no Brasil (Moraes et al., 2019). Persistem lacunas importantes no preparo de profissionais que atuam no setor saúde.

O déficit e a distribuição desigual desses/as trabalhadores/as se somam a modelos de formação ainda pouco alinhados aos princípios que orientam o fortalecimento do SUS. Como consequência, há limitada capacidade de formar perfis profissionais compatíveis com as necessidades de saúde de diferentes grupos populacionais e preparados para atuar de maneira qualificada nos diversos níveis de atenção à saúde (Medeiros et al., 2021).

Apesar dos avanços alcançados a partir da Política e dos Polos de Educação Permanente para o SUS (Carvalho et al., 2019), ainda existem dificuldades em sustentar uma política de educação de caráter transdisciplinar que traga um diálogo entre as várias áreas de conhecimento (E. B. L. Figueiredo et al., 2022), voltado para o cuidado culturalmente sensível e competente, que enfatize a sensibilidade, a afetividade, as habilidades de reconhecimento intersubjetivo, bem como os aspectos sociais envolvidos no processo saúde-doença para uma formação integral (Pozzer, 2020; Diz et al., 2025).

Especificamente sobre os processos formativos em saúde de trabalhadores/as com formação técnica e de nível médio são ainda mais desafiadores, considerando os achados desta pesquisa que demonstram nível mais baixos de competência cultural. Um aspecto a ser considerado é a existência de muitas assimetrias entre tais trabalhadores/as e os de nível superior em relação às condições de trabalho, remuneração e às oportunidades de formação e qualificação no Brasil (Faleiro et al., 2020; Reis et al., 2020). Tais desigualdades levam a dificuldades em termos de tomada de decisão e centralidade no cuidado em saúde (Carvalho et al., 2014).

Acrescenta-se a sobreposição e inter cruzamento de várias assimetrias envolvendo marcadores de classe, renda, gênero e raça/etnia que estabelecem também uma clara divisão entre profissionais com formação de nível superior – geralmente pertencentes às classes mais favorecidas, com graus mais elevados de escolarização e com recursos para custearem uma qualificação – e o contingente de trabalhadores/as de nível técnico/médio, como é o caso de auxiliares/técnicos de enfermagem, grande parte pertencente às classes menos favorecidas, com menos acesso à educação superior e formado em instituições de ensino privadas (Wermelinger et al., 2020).

Outro ponto de destaque na pesquisa foi o fato de que profissionais com formação na área de Ciências Humanas e Sociais apresentaram melhores escores em competência cultural do que outras categorias, o que reforça a importância da presença de psicólogos/as e assistentes sociais, dentre outras categorias, na composição das equipes multiprofissionais nos diferentes níveis de atenção à saúde. São dados que revelam o quão fundamental é a contribuição advinda das humanidades para o campo da saúde, não só para pensar a relação saúde-sociedade, ampliando a compreensão do processo saúde-doença-cuidado, mas também pelo aporte de novas abordagens conceituais e de ferramentas teórico-metodológicas para a pesquisa, intervenção e proposição de políticas públicas.

Na América Latina, a produção das Ciências Humanas e Sociais articulada ao campo da Saúde Coletiva foi fundamental para a Reforma Sanitária Brasileira nos anos 1980 e do modelo de gestão e de atenção à saúde do SUS. Com seu caráter eminentemente interdisciplinar, aportaram a crítica sistemática da cosmovisão individualista e hegemônica da biomedicina e incorporaram a perspectiva da Determinação Social do Processo Saúde-Doença-Cuidado (Dimenstein et al., 2020). Além disso, levaram em consideração a participação de atores e coletivos de usuários/as na gestão das políticas de Estado; incorporaram categorias como as de sujeito, sofrimento e cuidado na atenção à saúde e no agir cotidiano de profissionais (Ribeiro & Castro, 2019).

Nas últimas décadas, as preocupações com o combate às desigualdades e iniquidades em saúde tomaram como referência analítica a perspectiva dos marcadores sociais da diferença de modo interseccional. Ressalta-se a importância de se considerar a complexidade do processo de cuidado em saúde a partir das experiências humanas atravessadas por categorias que se sobrepõem (Fonseca et al., 2024). Por exemplo, a compreensão das desigualdades étnico-raciais, do racismo estrutural e institucional como determinantes sociais das condições de saúde de grupos populacionais específicos têm sido uma importante contribuição do campo das humanidades para a problematização das políticas de saúde voltadas a essas populações, de seus efeitos colaterais, iatrogênicos e necropolíticos (Castro & Carneiro, 2023). Nessa perspectiva, tem-se intensificado o debate sobre os impactos favoráveis ou desfavoráveis produzidos pelos encontros culturais entre profissionais de saúde e usuários/as, reconhecendo seu potencial de influenciar o acesso, a oferta e a resolutividade do cuidado nos distintos níveis de atenção. Esse movimento tem impulsionado a incorporação de competências voltadas à aproximação intercultural, ampliando a sensibilidade dos/as profissionais em relação às crenças, práticas, valores e trajetórias socioculturais de usuários/as e de suas comunidades (OPAS, 2022; Araújo et al., 2021; Silva, Silva et al., 2021).

Embora parte significativa da literatura internacional privilegie a avaliação de intervenções pontuais ou treinamentos específicos (Dimenstein, Belarmino et al., 2025), os resultados deste estudo ampliam o debate ao deslocá-lo da dimensão estritamente técnica para o campo das desigualdades educacionais e estruturais que atravessam o contexto brasileiro. Em contraste com abordagens que concebem a competência cultural como um conjunto de habilidades comunicacionais individuais, adota-se aqui a perspectiva delineada pelos autores acima citados que enfatizam que a competência cultural está vinculada a processos formativos críticos, capazes de problematizar as desigualdades, os marcadores sociais da diferença e as relações de poder que atravessam o cuidado em saúde.

A hipótese inicial deste estudo, de que profissionais da APS apresentariam escores mais altos de competência cultural em comparação aos demais níveis de atenção, não foi confirmada. Apesar de pressupostos teóricos que associam a APS à maior proximidade com os territórios, à atuação comunitária e ao vínculo com populações culturalmente diversas, os resultados indicaram escores similares ou inferiores aos observados nos níveis secundário e terciário de atenção. Embora os princípios que orientam a APS se fundamentem na perspectiva do cuidado intercultural, esses achados precisam ser analisados à luz dos desafios persistentes para a consolidação da APS nas políticas públicas de saúde, bem como das limitações impostas por uma formação hegemônica ainda centrada em modelos biomédicos e pouco sensível à diversidade sociocultural (Ronzani & Stralen, 2003). Além disso, os resultados sugerem que a atuação territorial por si só não garante práticas culturalmente sensíveis. Tais dados se articulam com outros estudos que apontam fragilidades na dimensão da orientação comunitária na APS. Ferreira et al. (2022), por exemplo, identificaram baixos escores nesse atributo entre médicos e enfermeiros da APS em São Paulo. Oliveira et al. (2021) encontraram resultados semelhantes no Rio Grande do Sul e Griep et al. (2020) observaram baixa pontuação entre usuários da APS em áreas urbanas e rurais no Paraná.

Ao desafiar uma expectativa normativa consolidada na literatura sobre APS, os resultados desta pesquisa evidenciam a necessidade de uma revisão crítica das práticas formativas e organizacionais nesse nível de atenção. Além disso, apontam a necessidade de fortalecimento da perspectiva territorial e comunitária, especialmente

no cuidado a populações tradicionais, grupos multiétnicos e sujeitos socialmente minorizados, conforme indicado por investigações nacionais recentes (Dimenstein, Silva et al., 2025; Paranhos et al., 2021; Silva, Alencar et al., 2021; Rezende et al., 2020). Entretanto, mais estudos são necessários para aprofundar esse debate e identificar os fatores que dificultam a incorporação efetiva dessas competências nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Por último, destacam-se os resultados em relação à comparação entre a competência cultural e regiões geográficas. Ainda que tal comparação tenha uma limitação por não ter havido um pareamento, portanto sujeito a um viés amostral, destaca-se que profissionais da região centro-oeste apresentaram maiores níveis de sensibilidade. Várias hipóteses podem ser levantadas, tais como o maior contato e inserção destes/as profissionais às realidades das comunidades ou algum diferencial formativo que os/as deixem mais sensíveis para tais realidades, porém tais hipóteses devem ser investigadas em estudos futuros.

Contudo, sobre este aspecto, em diálogo com a literatura nacional, pesquisadores apontam para as disparidades regionais não só na formação dos trabalhadores, mas principalmente na organização dos serviços de saúde nas diversas regiões do país. Tais estudos mostram assimetrias no processo de regionalização da saúde que envolve, dentre outros elementos, o planejamento da oferta de serviços de acordo com as particularidades de cada contexto e população, o acesso aos cuidados, a distribuição de profissionais, a infraestrutura e insumos e a coordenação do cuidado em rede (Chaves et al., 2024; Aleluia et al., 2022).

Tais desigualdades estão relacionadas às dificuldades de construir processos de trabalho focados na organização da oferta de cuidados de acordo com as necessidades e demandas detectadas no território, às disparidades na assistência à saúde e às barreiras de acesso enfrentadas por diversos grupos sociais (Shimizu et al., 2022; Martinelli et al., 2022). Consequentemente, permanecem desafios importantes, com especificidades regionais, para que o processo de trabalho em saúde seja, de fato, orientado por ações culturalmente sensíveis e competentes.

Em outras palavras, as desigualdades regionais na formação e na organização dos serviços de saúde e sua relação com os níveis de competência cultural merecem pesquisas mais aprofundadas, sistemáticas e comparativas, capazes de articular dimensões estruturais, institucionais e micropolíticas do cuidado (Oliveira et al., 2025). No contexto brasileiro, marcado por profundas assimetrias históricas entre regiões, tanto na distribuição de recursos quanto na oferta e qualificação da força de trabalho em saúde, tais disparidades repercutem diretamente na qualidade da atenção ofertada e na capacidade dos serviços de responder às necessidades de populações culturalmente diversas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou as associações entre competência cultural e características sociodemográficas de profissionais de saúde de quatro regiões brasileiras. Os resultados indicam que a formação em humanidades constitui um elemento determinante para o desenvolvimento da competência cultural. Observou-se associação significativa entre formação superior, especialmente nas Ciências Humanas e Sociais, e escores mais elevados de competência cultural. Esse achado reforça o papel das humanidades na qualificação do cuidado, ao ampliar

a compreensão da determinação social do processo saúde-doença-cuidado e favorecer práticas mais sensíveis à diversidade cultural.

Além disso, evidenciou-se que o desenvolvimento da competência cultural está imbricado nas desigualdades estruturais, particularmente nas históricas assimetrias de acesso ao ensino superior no Brasil. A análise desloca a discussão do plano estritamente individual para o plano estrutural, demonstrando que as oportunidades de acesso e aprofundamento em conteúdos relacionados aos cuidados culturais também são socialmente distribuídas. Ao adotar uma leitura interseccional e estrutural, o estudo tensiona os modelos teóricos de competência cultural, sugerindo a necessidade de revê-los à luz das condições concretas de produção das iniquidades no contexto brasileiro, aspecto ainda pouco explorado na literatura nacional e internacional.

Contrariando a hipótese inicial, os profissionais da APS não apresentaram escores mais elevados de competência cultural em comparação aos de outros níveis de atenção. Esse achado questiona a suposição de que a proximidade com a comunidade ou a exposição à diversidade, por si só, produzem maior sensibilidade cultural. Reforça-se, assim, a importância de investimentos em processos formativos via Educação Permanente que desenvolvam competências relacionais, comunicativas e reflexivas no âmbito da APS, considerando seu papel estratégico na organização do cuidado no SUS.

Este estudo constitui uma primeira investigação de abrangência nacional sobre o tema, com diversidade regional, profissional e de níveis de atenção, o que reforça a validade interna das análises e o uso de instrumento validado. Configura-se, como uma aproximação inicial com potencial para subsidiar pesquisas futuras mais robustas, baseadas em amostras probabilísticas e recortes regionais equilibrados. Dentre as limitações, destacam-se a amostragem por conveniência, que restringe a generalização dos achados, a dicotomização das variáveis nas análises multifatoriais e o uso da mesma amostra para validação do instrumento e teste das associações.

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL

Concepção do estudo: MD, TMR; **coleta de dados:** SMP, MIGC, MTCL, JFL, JPSM; **análise dos dados:** MD, TMR, JFL, SMP, JPSM; **redação do manuscrito:** MD, TMR, SMP, JFL; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** MD, TMR, JPM, SMP.

REFERÊNCIAS

- Aleluia, Í. R. S., Medina, M. G., & Vilasbôas, A. L. Q. (2022). Desafios da gestão regionalizada no Sistema Único de Saúde. *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*, 20(2), 104–120. <https://doi.org/10.12660/rgplp.v20n2.2021.83387>.
- Araújo, T. N., Pessalacia, J. D. R., Balderrama, P., Ribeiro, A. A., & Santos, F. R. (2021). Atenção à saúde de imigrantes haitianos em diferentes países na atualidade: revisão integrativa de literatura. *RECIIS*, 15(1), 249–267. <https://doi.org/10.29397/reciis.v15i1.2082>.
- Bitencourt, R. R., Buchmann, M. G., Ruiz, E. N. F., Mengatto, C. M., Bernardi, J. R., Silva, V. L., & Pires, F. S. (2020). O processo de formação em saúde: uma análise dos planos de ensino das atividades curriculares obrigatórias. *Saberes Plurais Educação e Saúde*, 4(1), 62–78. <https://doi.org/10.54909/sp.v4i1.102022>.

- Carvalho, B. G., Peduzzi, M., & Ayres, J. R. C. M. (2014). Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, 30(7), 1453-1462. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00134613>.
- Carvalho, M. S., Merhy, E. E., & Sousa, M. F. (2019). Repensando as políticas de saúde no Brasil: Educação permanente em saúde centrada no encontro e no saber da experiência. *Interface (Botucatu)*, 23, 1-12. <https://doi.org/10.1590/Interface.190211>.
- Castro, C. M. G., & Carneiro, M. (2023). Saúde indígena: racismo estrutural/institucional, colonialismo interno e necropolítica. *Tellus*, 23(50), 323-348. <https://doi.org/10.20435/tellus.v23i50.917>.
- Castro, L. R., & Menezes, J. A. (2020). A economia “psíquica” importa? Descolonização e elementos subjetivos de re-inscrição social. *Polis e Psique*, 10(1), 107-122. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.91087>.
- Ceccim, R. B. (2012). Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde. *Tempus: Actas em Saúde Coletiva*, 6(2), 253-277. <https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1128>.
- Chaves, L. A., Andrade, E. I. G., & Santos, A. F. (2024). Configuração das redes de atenção à saúde no SUS: Análise a partir de componentes da atenção básica e hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 29(6), e18392022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.18392022>.
- Conselho Nacional de Saúde (BR). (2012). *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Recuperado em 22 de abril de 2026, de <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>.
- Dimenstein, M., Belarmino, V. H., Martins, L. F., Ronzani, T. M., Leite, J. F., Silva, B. Í. B. M., Gomes, R. W. S., Macedo, J. P. S., & Simoni, A. C. R. (2025). Competência cultural na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *RECIIS*, 16(1), e4242. <https://doi.org/10.29397/reciis.v19iAhead-of-Print.4242>.
- Dimenstein, M., Silva, B. Í. 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>.
- Dimenstein, M., Simoni, A. C. R., & Londero, M. F. P. (2020). Encruzilhadas da democracia e da saúde mental em tempos de pandemia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40, e242817. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003242817>.
- Dimenstein, M., Simoni, A. C. R., Martins, L., Ronzani, T. M., Leite, J. F., Macedo, J. P. S., Belarmino, V., Silva, B. I. B. M., & Gomes, R. W. S. (2026). Competência cultural na Atenção Primária à Saúde: desafios para o trabalho na perspectiva intercultural. In M. Dimenstein, & A. C. R. Simoni (Eds.), *Cuidados culturais, saúde mental e atenção psicossocial* (Vol. 1, pp. 259-282). Editora Rede Unida.
- Diz, I. S., França, V. N., Costa, E. C. S., Jesus, L. K. A., Vilela, S. H., Mafra, L. P. V., Nascimento, K. O., & Habibe, R. C. H. (2025). Equidade no SUS: construindo ambientes equitativos e inclusivos para o trabalhador, uma proposta colaborativa do grupo do PET-Saúde Equidade. *Tudo é Ciência*, (3), 1-8. <https://doi.org/10.47385/tudoeciencia.1763.2024>.
- Faleiro, F. R. G., Lemos, C. L. S., & Cardoso, C. G. (2020). Desafios para a formação técnica em saúde na educação a distância. *EaD em Foco*, 10(1), e990. <https://doi.org/10.18264/eadf.v10i1.990>.
- Ferreira, R. A. A., Silva, S. A., Nascimento, M. C., Barbieri, A. F., & Fioroni, L. N. (2022). Avaliação da atenção primária à saúde: comparação entre modelos organizativos. *Interações (Campo Grande)*, 23(2), 489-503. <https://doi.org/10.20435/inter.v23i2.3246>.
- Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS*. Artmed.
- Figueiredo, E. B. L., Souza, Â. C., Abrahão, A., Honorato, G. L. T., & Paquiela, E. O. A. (2022). Educação permanente em saúde: uma política interprofissional e afetiva. *Saúde em Debate*, 46(135), 1164-1173. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213515>.

- Fonseca, M. P. S., Santos, M. L. M., Silva, S., & Corte, M. (2024). Inclusão, interseccionalidade e marcadores sociais da diferença: o que dizem as pesquisas?. *Corpoconsciência*, 28, e17990. <https://doi.org/10.51283/rc.28.e17990>.
- Griep, R., Dalfovo, V. T., & Cavalli, L. O. (2020). Avaliação da atenção primária à saúde da criança por meio do Primary Care Assessment Tool (PCA-Tool) em unidades selecionadas de saúde da família de Cascavel/PR. *Revista Thêma et Scientia*, 10(1), 14-25. Recuperado em 22 de abril de 2026, de <https://ojsrevistas.fag.edu.br/index.php/RTES/article/view/1204>.
- Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. (2025). Tendências na provisão e distribuição na oferta de profissionais de saúde no Brasil. *Boletim Radar+SUS*, (5), 1-23. Recuperado em 22 de abril de 2026, de <https://ieps.org.br/boletim-radar-mais-sus-05-2025/>.
- Martinelli, N. L., Costa, A. A. S., Scatena, J. H. G., Soares, N. R. F., Charbel, S. C., Castro, M. L., Spinelli, M. A. S., Mota, V. A., & Silva, L. M. Á. (2022). Regionalização e rede de atenção à saúde em Mato Grosso. *Saúde e Sociedade*, 31(4), e210195pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-1290202210195pt>.
- Medeiros, N. M. H., Germani, A. C. C. G., & Lemos, E. S. (2021). A educação interprofissional, aprendizagem significativa e a prática colaborativa no cenário das políticas indutoras de reorientação da formação em saúde. *Ensino de Ciências e Tecnologia em Revista – ENCITEC*, 11(2), 100-118. <https://doi.org/10.31512/encitec.v11i2.439>.
- Moraes, B. A., Sousa, L. M., Menezes, I. H. C. F., Queiroz, M. G., Costa, N. M. S. C., Guimarães, M. M., & Ferreira, B. J. (2019). Avaliação do impacto dos programas de reorientação profissional em cursos da área da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(2), 122-129. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2RB20180162>.
- 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(3), e210731pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210731pt>.
- Oliveira, R. L., Ceccon, D. L., Oliveira, A. S., Gomes, S. S., Almeida, S. N. H., Passos, J. P., Brandão, P. P., & Gryscek, A. L. F. P. L. (2025). Integralidade do cuidado no contexto da atenção primária à saúde (APS) sob a luz das propostas de Emerson Merhy. *Aracê*, 7(7), 39675–39696. <https://doi.org/10.56238/arev7n7-263>.
- Oliveira, T. B., Andrade, V. R. M., Teichmann, F. N., Machado, T. M. T., Bernardi, A., Pietrowski, K., Thomas, L. S., Ajala, E. R., Atuati, S. F., Zamboni, F. L., Wagner, T. L., Brum, L. O., Antunes, A. R., Andrade, M., Solares, N. V. Guimarães, C. A., & Alves, I. A. (2021). Avaliação dos serviços oferecidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município do sul do Brasil. *Research, Society and Development*, 10(1), e13310111409. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11409>.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). Serviços móveis de saúde mental na comunidade: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos. <https://doi.org/10.37774/9789275726105>.
- Paranhos, W. R., Willerding, I. A. V., & Lapolli, É. M. (2021). Formação dos profissionais de saúde para o atendimento de LGBTQI+. *Interface (Botucatu)*, 25, e200684. <https://doi.org/10.1590/interface.200684>.
- Pedrero, V., Bernal, M., & Chepo, M. (2019). Escala de medición competencia cultural (EMCC-14): manual de aplicación. Universidad del Desarrollo. Repositório Institucional. <http://hdl.handle.net/11447/2486>.
- Pedrero, V., Bernal, M., Chepo, M., Manzi, J., Pérez, M., & Fernández, P. (2020). Development of an instrument to measure the cultural competence of health care workers. *Revista de Saúde Pública*, 54(29). <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001695>.
- Pozzer, A. (2020). (De)colonialidade do saber e pesquisa em educação no PPGE/UFSC: A atitude hermenêutica como percurso (auto)formativo [Tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório Institucional. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/216174>.
- Reis, R. S., Muniz, L. B., Chagas, D. C., Pinho, J. R. O., Fernandes, A. C. U. R., Duarte, K. M. M., & Alves, M. T. S. S. B. (2020). Desafios da formação de trabalhadores de nível médio

para o Sistema Único de Saúde no Maranhão. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(2). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00259>.

- Rezende, L. C., Caram, C. S., Caçador, B. S., & Brito, M. J. M. (2020). Nurses' practice in quilombola communities: an interface between cultural and political competence. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), e20190433. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0433>.
- Ribeiro, P. T., & Castro, L. (2019). Ciências sociais em saúde: perspectivas e desafios para a saúde coletiva. *Saúde em Debate*, 43(spc 7), 165-178. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S713>.
- Rojas, G., Escudero, E., & Ureña Molina, M. P. (2021). Competencia cultural en salud global: desafíos para los profesionales de enfermería. *Enfoque*, 28(24), 23-33. Recuperado em 23 de abril de 2026, de <https://revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/view/2161>.
- Ronzani, T. M., & Stralen, C. J. (2003). Dificuldades de implantação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro. *Revista APS*, 6(2), 99-107.
- Ronzani, T. M., Dimenstein, M., Macedo, J. P., & Pedrero, V. (2025). Tradução e evidências de validade da Escala de Competência Cultural (EMCC-14) entre profissionais de saúde brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 24, e24727. <https://doi.org/10.15689/ap.2025.24.e24727>.
- Shimizu, H. E., Pereira, V. O. M., Carvalho, A. L. B., Brêtas Júnior, N., & Ramos, M. C. (2022). Regionalização em saúde no Brasil: uma análise da percepção dos gestores de comissões intergestores regionais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 32(1), e320105. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320105>.
- Silva, E. C., Silva, N. C. D. L., Café, L. A., Almeida, P. M. O., Souza, L. N., & Silva, A. D. (2021). Dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde no atendimento à população indígena. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(1), e5413. <https://doi.org/10.25248/reas.e5413.2021>.
- Silva, E. R., Alencar, E. B., Dias, E. A., Rocha, L. C., & Carvalho, S. C. M. (2021). Transculturalidade na enfermagem baseada na teoria de Madeleine Leininger. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(2), e5561. <https://doi.org/10.25248/reas.e5561.2021>.
- Souza, D. H., Rocha, D. G., & Nunes, N. R. A. (2024). Saúde da população negra na formação em saúde: Perspectivas rumo à equidade racial. *Ciência e Saúde Coletiva*, 29(7), e02992024b. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.02992024>.
- Souza, E. N. C., Fabriz, L. A., Peres, A. M., & Almeida, M. L. (2024). Competency mapping of primary healthcare nurses on the Brazil-Paraguay border. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 45, e20230098. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230098.en>.
- Starfield, B. (2002). Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO. (Trabalho original publicado em 1998).
- Sue, D. W. & Sue D. (2008). *Counseling the culturally diverse: theory and practice* (5th ed.). John Wiley.
- Wermelinger, M. C. M. W., Boanafina, A., Machado, M. H., Vieira, M., Ximenes Neto, F. R. G., & Lacerda, W. F. (2020). A formação do técnico em enfermagem: perfil de qualificação. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25(1), 67-78. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27652019>.

FICHA TÉCNICA

Editor-chefe: Layla Raquel Silva Gomes
Editora assistente: Monica Marchese Swinerd
Editor associado: Thiago Vasconcellos
Secretaria editorial: Mabel Krieger
Coordenação editorial: Andrea Hespanha
Consultoria e assessoria: Oficina de Ideias