

COMPETENCIA CULTURAL: UM ASPECTO DA CLÍNICA¹

Heloisa Junqueira Fleury e Maria Cecilia Orozco Lopez

INTRODUÇÃO

Através da história da psicologia, cada teoria caracterizou-se por uma maneira própria de compreender o comportamento humano, o que determinou referenciais específicos para o diagnóstico psicopatológico e, conseqüentemente, para o tratamento clínico.

Esses fundamentos teórico-metodológicos eram considerados aplicáveis a qualquer cultura. No entanto, a globalização, a escassez de alimentos, a tecnologia e a crise econômica, ao afetarem a população mundial, passaram a estimular ainda mais os movimentos migratórios. Com isso, as diferenças culturais, étnicas e lingüísticas foram se tornando cada vez maiores. Essas condições têm estimulado importantes reflexões sobre o impacto da diversidade cultural na atuação do profissional da saúde, além de questionar a real abrangência de uma única teoria na compreensão das múltiplas influências vivenciadas por esse cliente.

No Brasil, as migrações iniciaram-se com o processo de colonização do país, seguidas alguns séculos depois, pelo longo período da escravidão. Também o forte estímulo às migrações, principalmente de europeus e asiáticos, tanto após o final da escravidão como também após a I Guerra Mundial, colaborou para uma ainda maior diversidade cultural da população. Considerando-se a grandeza territorial do Brasil, o maior contingente de imigrantes europeus no sul, ainda gerou diferenças entre a população norte e sul do país.

Cada cultura reage de uma maneira própria a essas experiências, provocando reflexos na sua organização social. Em relação à escravidão, por exemplo, no Brasil influenciou no padrão de convivência entre negros e brancos. Rodrigues et al. (2008) relembram que brancos vieram por escolha própria enquanto os negros, forçados. Mesmo com essa característica, predominou um processo de miscigenação étnica, que pode tanto ter levado a uma negação do trauma da escravidão como pode também ter facilitado a superação do enorme impacto dessa experiência, levando ao desenvolvimento de características próprias do povo brasileiro, muitas delas cantadas

¹ Texto publicado - Fleury HJ, Orozco MC. Competência cultural: um aspecto da clínica. In: MM Marra, LF Costa. (Org). Temas da clínica do adolescente e da família. São Paulo: Ágora, 2010, p.25-35.

em prosa e verso. No entanto, após o final da escravidão, ex-escravos e seus descendentes não contaram com mecanismos necessários para sua emancipação e o acesso a bens, educação, oportunidades etc, o que provavelmente tem reflexos atuais na experiência cultural dessa parcela da população.

Estudos voltados para a experiência da escravidão nos Estados Unidos apontam impacto negativo na auto-estima dos afro-americanos, além de alterações na estrutura familiar ao impor um sistema patológico de organização social, o que resultou em desorganização e em luta constante pela sobrevivência e estabilidade. Alguns conseguiram superar essas condições desfavoráveis desenvolvendo novos recursos através da força de vontade, valorização dos laços afetivos, força de espírito e espiritualidade, além do apoio multi-geracional (Sue e Sue, 2008).

Em discussões ocorridas num grande grupo virtual (lista de discussão pela internet), promovidas pela Seção Transcultural da IAGP – *International Association for Group Psychotherapy and Group Processes*, participantes de diversos países têm abordado sob novas perspectivas a transmissão do trauma social e cultural decorrente de grandes tragédias da humanidade, como o holocausto, violências ocorridas durante o processo de colonização na Austrália e Nova Zelândia etc. Não é objetivo deste texto abordar o tema sob esse ângulo, mas apenas apontar que novos referenciais para a compreensão de processos inconscientes de transmissão de experiências culturais estão sendo desenvolvidos, confirmando a importância dessa dimensão no trabalho com qualquer população.

No encontro de duas culturas diferentes, pode ocorrer um processo de aculturação ou transculturação, no qual uma pessoa, família, grupo ou comunidade são influenciados pela imersão na nova cultura. Essa experiência pode causar desajustes emocionais e de identidade. Na aculturação, embora haja troca com a cultura anfitriã, a identidade do grupo cultural é mantida. Por outro lado, na transculturação, elementos da cultura anfitriã são incorporados e outros de sua própria cultura são abandonados, provocando grandes transformações na vida (Orozco, 2005).

No Brasil, esse fenômeno iniciou-se com a chegada dos colonizadores e hoje tem sido observado principalmente em famílias que passam a residir em nosso país, geralmente por razões ligadas ao trabalho. Nesses casos, o profissional da saúde mental deve estar atento aos fenômenos característicos dessa experiência, identificando tanto os processos individuais como também a capacidade de adaptação a eles. Deve evitar uma

perspectiva mono-cultural, que dificulta compreender a visão de mundo do cliente, seus valores e diferenças culturais.

Esse fenômeno também ocorre em casamentos e em outras parcerias, inclusive profissionais, em que representantes de duas ou mais culturas precisam desenvolver mecanismos de adaptação às diferenças.

Numa perspectiva cultural, cabe ao profissional de saúde identificar seus sentimentos, pensamentos, características de seu ambiente, experiências de sua própria cultura que possam influenciar no relacionamento terapêutico. Deve evitar interpretações da realidade próprias de seu grupo cultural ou racial, considerando seus próprios referenciais para avaliar a natureza das pessoas e os modelos de diferenciação da normalidade em relação ao desviante. A desatenção às diferenças culturais pode influir inclusive na compreensão da origem das disfunções e no desenvolvimento de estratégias terapêuticas.

A DIVERSIDADE CULTURAL NA CLÍNICA SOCIAL CONTEMPORÂNEA

Um dos principais fatores determinantes de diferenças culturais foi o aumento da migração interna. Circunstâncias adversas, acrescidas aos programas nacionais deficientes em ações voltadas para a auto-sustentabilidade, colaboraram para esse aumento, fazendo com que grandes parcelas da população passassem a constituir comunidades diferenciadas culturalmente em seu próprio país. Embora sejam facilmente identificados como brasileiros e utilizem o mesmo idioma, as diferenças culturais também estão relacionadas ao menor acesso a bens de consumo e oportunidades.

Nesses casos, o foco principal deixa de ser a identidade étnica, passando a ser o nível de aculturação ou o modelo de adaptação que melhor exemplifica a experiência dessas comunidades.

Lecca et al. (1998) identificam cinco níveis de aculturação nas minorias norte-americanas: 1. tradicional (manutenção da cultura original); 2. assimilação (identificação com a cultura dominante); 3. bicultural (identificação tanto com a original como com a adotada); 4. marginalidade (rejeição das duas identidades) e 5. transicional (em transição, são bilíngues, mas questionam valores tradicionais e religião).

No Brasil, essas comunidades migrantes sofrem um processo de aculturação por assimilação, com identificação e absorção de novos modelos geralmente acompanhados pela perda das raízes de sua própria cultura.

A Organização Mundial de Saúde (van Ommeren *et al.*, 2005) afirma que em crises humanitárias, as intervenções devem abordar principalmente o domínio social, mais especificamente as necessidades coletivas em reconstrução, tais como incentivo a iniciativas empresariais, identificação de grupos de apoio na comunidade, reconstrução de infraestrutura para a saúde pública, desenvolvimento de mecanismos que garantam justiça, etc.

Embora essas comunidades brasileiras não possam ser caracterizadas como em crise humanitária, sofrem consequências muito semelhantes, inclusive na maior necessidade de sustentação social e comunitária, do que atenção à dimensão psicológica, objeto das intervenções clínicas tradicionais.

Um dos principais riscos para o profissional de saúde mental frente à uma população mais oprimida é ter bloqueada sua habilidade para ouvir situações relativas à essa opressão, na medida em que profundas emoções associadas a raça, cultura, gênero e outras diferenças sócio-demográficas tendem a não ser abertamente discutidas. Supondo que esteja inserido no grupo predominante, pode ter mais dificuldade para reconhecer a angústia, dor e desconfiança, experiências características de grupos minoritários que vivenciam opressão de gênero, raça, cultura, orientação sexual etc. Deve cuidar para que o espaço terapêutico valide as diferenças, diferenciando problemas intrapsíquicos e aqueles próprios da opressão (Sue e Sue, 2008).

Esses autores atribuem a alta taxa de abandono de atendimentos psicológicos por indivíduos de grupos minoritários à essa possível inabilidade do profissional para avaliar com precisão a identidade cultural do cliente. Nesses casos, falta um atendimento sensível aos valores e às características próprias do processo de aculturação que o indivíduo, a família e muitas vezes toda a comunidade está mergulhada.

Nessas comunidades brasileiras, o modelo clínico tradicional pode ser pouco eficaz, cabendo preferencialmente a clínica social.

Opressão cultural, segundo Sue e Sue (2008), é a imposição de padrões próprios por um profissional de saúde, sem considerar raça, cultura, gênero e orientação sexual do cliente, mesmo que isso ocorra não intencionalmente. No Brasil, podemos acrescentar a possibilidade de opressão quando diferenças socioeconômicas não são consideradas.

O psicólogo clínico, quando não preparado para identificar essa dimensão cultural, mesmo baseando-se nos fundamentos teóricos de sua abordagem, corre o risco de invalidar algumas das experiências de vida desse cliente, ou até mesmo de

diagnosticar valores culturais e diferenças como desviante ou patológico. Essas limitações impedem um serviço mais apropriado culturalmente, ou seja, pode estar impondo valores da cultura dominante. Uma intervenção dessa natureza pode ser prejudicial para grupos culturalmente diversos, mesmo quando essas diferenças sejam provocadas por uma dimensão social e/ou financeira.

Essas constatações levaram a proposição de referenciais para uma nova modalidade de clínica, com um foco maior na identidade cultural do cliente, consequentemente mais aberto à integração de diferentes teorias.

COMPETÊNCIA CULTURAL

Cultura pode ser identificada numa dimensão objetiva, como a arte, literatura etc. e numa dimensão subjetiva, relativa a valores, crenças, atitudes, comportamentos, padrões de verbalização e maneirismos. A cultura subjetiva, mais do que ser atribuída a características pessoais, tem uma origem política e social (Purnell e Paulanka, 2008).

Em nossa experiência com pessoas, famílias e grupos multiculturais, observamos que essa dimensão subjetiva precisa ser considerada para uma abordagem integrativa de elementos próprios da diversidade cultural.

O conceito de competência cultural tornou-se popular na década de 1990. Caracterizou-se como uma nova concepção de prática profissional, na qual o encontro terapêutico torna-se um espaço aberto, com flexibilidade, capacidade de adaptação e disponibilidade para a aquisição de novos conhecimentos sobre os clientes e sobre o próprio terapeuta.

Papadopoulos (2006, p.10) definiu competência cultural como “a capacidade de prover os cuidados da saúde mental, considerando as crenças das pessoas, os seus comportamentos e as suas necessidades”.

Caracteriza-se por três elementos básicos: autoconsciência (identificação pelo terapeuta de sua própria herança cultural e de como ela afeta aos seus clientes), conhecimento (reconhecimento da percepção de mundo própria de cada cliente) e habilidades (desenvolvimento de estratégias de intervenção e destreza para o trabalho com o cliente culturalmente diverso) (Sue e Sue, 2008).

Desses tres elementos, esses autores enfatizam a relevância da auto-consciência do profissional, adquirida através de um processo cognitivo e emocional de busca de suas características de personalidade, valores, crenças, referências para o conhecimento

profissional, ética, assim como o impacto desses fatores nos papéis que desempenha com indivíduos de outras culturas.

Uma referência sistematizada para a identificação da cultura do indivíduo, grupo ou comunidade em atendimento é o Modelo Purnell para a Competência Cultural (Purnell e Paulanka, 2008). Baseia-se nas necessidades atuais da etnocultura e considera conhecimentos de cultura em geral e de culturas específicas pré-requisitos para a atuação profissional na saúde mental. Para garantir a atenção à identidade cultural, recomenda a co-participação do cliente na definição de metas e intervenções, assim como a valorização do seu modelo cultural, com valores e estilos de vida próprios. Tem como pressuposto que a consciência cultural estimula a autoconsciência dos profissionais da saúde.

Esse modelo integra conceitos multidisciplinares na definição do conceito de saúde integral. Permite uma visão ampliada do indivíduo e dos diferentes contextos que o influenciam. Considera o indivíduo um ser biopsicosociocultural continuamente adaptando-se à sua comunidade. A adaptação pode ser biológica ou fisiológica, com o processo de envelhecimento; psicológica, nos relacionamentos sociais e frente ao estresse; social, na interação com a comunidade em transformação; e etnocultural, na inserção com a sociedade.

Na avaliação das características etnoculturais de um indivíduo, família ou grupo em atendimento, Purnell e Paulanka (2008) sugerem uma cuidadosa investigação de características e diferenciais culturais em quatro contextos: individual, familiar, comunitário e social em geral. Aborda também doze domínios culturais: visão geral do local de origem; diferenças linguísticas e padrões culturais de comunicação; características dos papéis e da organização familiar (questões de gênero, comportamentos proibidos e valorizados, estilos de vida alternativos); trabalho; ecologia biocultural; comportamentos de auto-risco; práticas alimentares; gravidez e práticas para cuidar de crianças; rituais relacionados à morte; espiritualidade e práticas religiosas; práticas de atendimento à saúde e de relacionamento com os profissionais da saúde.

Esse modelo tornou-se uma referência de abordagem holística do ser humano e é aplicável a qualquer cultura, principalmente nos contextos socioterapêutico e socioeducacional.

Intervenções psicoeducativas tem sido consideradas um recurso eficaz para o manejo da saúde na transculturação. São métodos de aprendizagem que abordam os

contextos biológico, psicológico, social, cultural e espiritual. Na experiência de Akhtar (1999), apresentam bons resultados com populações migrantes, pela sua eficácia na auto-exploração do cliente e no desenvolvimento de sua identidade, atuando em suas realidades tanto externas como internas.

A COMPETÊNCIA CULTURAL NA CLÍNICA DO ADOLESCENTE E DA FAMÍLIA

Grandesso (2006) atribui as importantes alterações na prática clínica contemporânea à mudança paradigmática da modernidade para a pós-modernidade. Na discussão das implicações dessas mudanças para a terapia familiar e comunitária, ressalta a função generativa da linguagem na construção de significados, organizados em narrativas dinâmicas, abertas a contínuas mudanças. Essa perspectiva sistêmica valoriza todos os contextos, inclusive o cultural.

Não pretendemos abordar as questões emocionais próprias da adolescência, objeto de extensivos estudos em diversas áreas. Optamos por exemplificar a diversidade cultural na violência juvenil.

Violência envolve desde intimidação e ameaça até violência intencional, em situações específicas. Edberg (2007) associa o início da maioria dos atos de violência entre os 12 e os 20 anos, período coincidente com a adolescência. Identifica fatores de risco como problemas familiares, conflitos e violência familiar, ausência de modelo para papéis positivos, ter sido vítima ou testemunhado violência, pobreza, moradia em local com alta taxa de criminalidade e de fácil acesso a armas, normas sociais que apoiam a violência, etc.

Embora esse autor enumere todos esses fatores de risco, relata que podem ser minimizados com a presença de fatores de proteção, tais como um adulto presente e interessado no jovem, bom contato com a escola ou com outros jovens que não estejam envolvidos com violência.

Evidencia portanto que aspectos relacionados à inserção desse jovem em relações sociais significativas podem minimizar uma condição desfavorável dessa natureza.

Muitos são os modelos para compreensão do comportamento violento, envolvendo aspectos sociais e culturais. Um dos elementos da competência cultural refere-se a conhecimentos específicos para a identificação da visão de mundo do jovem. Compreender o contexto em que está inserido, assim como ter maior consciência das

diferenças no âmbito cultural são condições indispensáveis para um relacionamento de igualdade no espaço terapêutico, seja ele na clínica tradicional ou na clínica social.

Quando um profissional assume uma atitude de neutralidade, podendo adaptar-se às diferenças, seu comportamento evidencia a evolução do treinamento multicultural. Particularmente com adolescentes, a sensibilidade cultural promove um relacionamento mais empático com as diferenças (Purnell e Paulanka, 2008), adicionando valor e reconhecimento de outros comportamentos possivelmente desconhecidos. Essa flexibilidade cultural facilita sentir-se compreendido e, mesmo havendo diferenças, sentir-se “incluído”.

Nesse sentido, competência cultural pode ser conceituada como o desenvolvimento do potencial do terapeuta, tanto como profissional como também ser humano, dentro e fora do espaço terapêutico, para trabalhar com clientes multiculturais, podendo assumir um enfoque holístico e personalizado na terapia.

Com estas novas perspectivas da saúde integral, caberá ao sistema de ensino implementar programas de educação continuada para formar profissionais competentes culturalmente que se comprometam a cuidar holisticamente de seus clientes em suas comunidades, instituições ou consultório privado, para uma visão ampliada da saúde mental.

Nesse paradigma, todos os sistemas que afetam o comportamento do adolescente e da família devem ser considerados, de acordo com as particularidades e valores de cada cultura.

Nas intervenções preventivas e terapêuticas na área da saúde psicossocial, o profissional culturalmente competente diferencia comportamentos disfuncionais próprios das desordens mentais daqueles relacionados às experiências sociopolíticas do cliente.

A autoconsciência, o conhecimento e as habilidades específicas do terapeuta darão forma a uma abordagem mais competente, personalizada, real, coerente e ética, tomando como principal referência uma perspectiva multicultural.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Akhtar S. *Immigration and Identity*. New Jersey: Jason Aronson, 1999.

Edberg M. *Essentials of health behavior*. Sudbury, MA, EUA: Jones and Bartlett, 2007.

Grandesso M. Família e comunidade: trabalhando com sistemas na transformação social. In: Fleury HJ; Marra M M. (Org.) *Práticas grupais contemporâneas*. São Paulo: Agora, 2006, p.175-91.

Lecca PJ, Quervalú I, Nunes JV, Gonzales HF. *Cultural competency, in health, social and human services*. New York: Garland, 1998

Orozco MC. *Familia y Transculturación*. Apostila não publicada. Curitiba, 2005.

Papadopoulos I. *Transcultural Health and Social Care*. Philadelphia: Elsevier, 2006.

Purnell L, Paulanka B. *Transcultural Health Care*. 3 ed. Philadelphia: Davis Company, 2008.

Rodrigues A, Assmar EML, Jablonski B. *Psicologia Social*. 26 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

Sue DW, Sue D. *Counseling the culturally diverse: theory and practice*. 5a ed. Hoboken: John Wiley, 2008.

Heloisa Junqueira Fleury. Psicóloga Psicoterapeuta; Psicodramatista Didata Supervisora nos focos socioeducacional e psicoterápico; Mestre pela Faculdade de Medicina da USP; Organizadora de livros e autora de vários capítulos em livros; Coordenadora Geral do DPSedes – Instituto Sedes Sapientiae e Professora do Curso de formação em Psicodrama nessa instituição; Orientadora do Curso de Especialização em Sexualidade Humana da Faculdade de Medicina da USP; Coordenadora da Seção Transcultural da IAGP – *International Association for Group Psychotherapy and Group Processes*.

María Cecília Orozco López. Psicóloga Clínica, Licenciada em Educação com Mestrado em Intervenção, Consultoria e Terapia Familiar Sistêmica (Equador/Fairfield University). Trabalhos investigativos sobre Infertilidade e Transcuturação. Estudos sobre Cultura Americana (EUA) e Multiculturais (Europa Oriental). Intervenção em Crise e Consultora para casais e crianças em processos de adoção. Palestrante em trabalhos preventivos com famílias e organizações internacionais (Brasil). Moderadora da Lista Transcultural IAGP - *Internacional Association for Group Psychotherapy and Group Processes*.