



instituto p a r
ciências do comportamento

Mestrado Profissional em Análise do Comportamento Aplicada

Natália Sasdelli Abrahão Leite

**AVALIAÇÃO DE UM TREINO DE COMPETÊNCIA CULTURAL EM
PSICOTERAPIA**

SÃO PAULO

2024

NATÁLIA SASDELLI ABRAHÃO LEITE

**AVALIAÇÃO DE UM TREINO DE COMPETÊNCIA CULTURAL EM
PSICOTERAPIA**

Dissertação apresentada ao Instituto Par –
Ciências do Comportamento como parte dos requisitos
para a obtenção do título de Mestra do Programa de
Mestrado Profissional em Análise do Comportamento
Aplicada do Instituto Par –Ciências do Comportamento,
sob orientação do Prof. Dr. Denis Roberto Zamignani.

SÃO PAULO

2024

Formaram parte da Banca de Defesa:

Dr. Denis Roberto Zamignani

Dr. Alexandre Dittrich

Dra. Fernanda Calixto

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos fotocopiadores ou eletrônicos.

Local e data

Natália Sasdelli Abrahão Leite

Dedico este trabalho aos que buscam — aos curiosos e aos aflitos.
Que os rebeldes e os insatisfeitos encontrem, entre trilhas incertas, o caminho da mudança.

Agradecimentos

Ao Denis Zamignani, orientador que, desde o início, tornou uma experiência, tão difícil para alguns, leve, recheada de aprendizado e, contrariando todas as expectativas, divertida. Eu não poderia ter sido escolhida por alguém mais afetuoso e doce. Você será, para sempre, um exemplo de profissional e educador.

Aos professores Alexandre Dittrich e Fernanda Calixto, agradeço pelas inúmeras contribuições ao participarem desse processo tão importante rumo à formação científica.

A todos aqueles que produzem ciência, por buscarem entender os "porquês" e "comos" da vida, por ajudarem os curiosos e aflitos e, continuamente, contribuírem para um mundo cada vez melhor.

Aos meus professores e colegas de mestrado, que juntos venceram batalhas em meio a um caos global, mas fizeram do ensino e da aprendizagem o norte que precisávamos.

À minha irmã, Gabriela, minha melhor amiga e agora companheira de profissão, com quem tenho o prazer de dividir mais do que gostos e interesses, mas uma existência e um afeto indescritível.

À Karina, minha companheira de vida, com quem construo uma família e um lar, divido as alegrias e tristezas, levo minhas aflições e compartilho minhas maiores conquistas. A vida ao seu lado é deliciosa de se viver.

À minha mãe, que me ensinou a perguntar "por quê", que me fez querer saber e conhecer, que é irreverente e corajosa. Obrigada por permitir que eu me arrisque.

Ao meu pai, que um dia, ainda na minha juventude, seguiu o mesmo caminho. Hoje sou eu quem lhe agradece pelo exemplo; obrigada por sempre valorizar minhas inúmeras curiosidades.

Aos meus familiares, sempre tão presentes e encorajadores. Obrigada por cada memória compartilhada.

Às amigas e colegas de profissão, que tanto me ensinaram, me acolheram e compartilharam. Que estejamos sempre lutando umas pelas outras.

Às amigas do núcleo Progressus, Ana Carolina e Brena, com as quais o amor por uma atuação justa e leve nos tornou sócias. Que possamos seguir juntas.

Às minhas melhores amigas, Nina, Nanda e Ju, por acreditarem em mim em uma época que nem eu mesma acreditava, por estarem ao meu lado desde a infância, por sempre suporte e abrigo.

Às tantas amizades que fiz pela vida, agradeço por depositarem em mim tanto afeto, por escutarem meus inúmeros monólogos sobre psicologia e sobre a existência. Vocês tornam a vida especial.

Por fim, a todos que passaram e passam pela minha vida, pelas marcas deixadas, pelos afetos. Sou um pouco de cada interação que já vivi, e, honestamente, não escolheria viver de outra forma.

Rompi tratados
Traí os ritos
Quebrei a lança
Lancei no espaço
Um grito, um desabafo
E o que me importa
É não estar vencido
Minha vida, meus mortos
Meus caminhos tortos
Meu sangue latino
Minh'alma cativa.

(Ney Matogrosso, Sangue Latino, 1977)

Resumo Ao planejar uma intervenção psicoterápica, é crucial considerar a singularidade de cada indivíduo e suas múltiplas referências culturais. A formação em psicoterapia, no entanto, por vezes tem negligenciado aspectos culturais referentes ao atendimento de públicos diversos, principalmente ao lidar com a interseccionalidade e suas relações multiculturais. A competência cultural desempenha um papel fundamental na criação de um ambiente terapêutico acolhedor e na promoção de mudanças socialmente relevantes. O modelo Tripartite, o modelo de Orientação Multicultural e o modelo ADDRESSING são abordagens teóricas relevantes para abordar as identidades culturais. As diretrizes recentes da APA (American Psychological Association) aplicam a conceituação multicultural, incluindo fatores contextuais e interseccionais. Além disso, o modelo ecológico destaca a importância de considerar o poder, as tensões e a fluidez nas relações terapêuticas. Utilizando-se dos preceitos das Terapias Comportamentais, este trabalho visa avaliar o efeito de um treinamento de competência cultural composto por treino teórico e o treino ativo por videomodelagem - em terapeutas recém-formados. O estudo visa aprimorar tecnologias para o treinamento de terapeutas para abordar a multiculturalidade e interseccionalidade visando resultados mais efetivos e equitativos em contexto brasileiro. Os resultados mostraram melhorias nos escores pós-treinamento em autorrelatos e formulação de casos clínicos, porém com diferenças entre ambas as medidas, indicando que apenas os autorrelatos podem não ser suficientes para avaliar o desenvolvimento da competência cultural. Fatores pessoais também influenciaram os resultados, sugerindo a necessidade de adaptações individuais no treinamento e de uma formação contínua.

Palavras-chave: Competência multicultural; identidades culturais, prática clínica culturalmente responsável; Interseccionalidade; treinamento de competência multicultural.

Abstract

When planning a psychotherapeutic intervention, it is crucial to consider the uniqueness of each individual and their multiple cultural references. Psychotherapy training, however, has often neglected cultural aspects related to serving diverse populations, particularly when addressing intersectionality and its multicultural relationships. Cultural competence plays a fundamental role in creating a welcoming therapeutic environment and promoting socially relevant changes. The Tripartite model, the Multicultural Orientation model, and the ADRESSING model are relevant theoretical approaches for addressing cultural identities. Recent APA (American Psychological Association) guidelines expand the multicultural framework, including contextual and intersectional factors. Moreover, the ecological model highlights the importance of considering power, tensions, and fluidity in therapeutic relationships. Based on Behavioral Therapy principles, this study aims to evaluate the effect of a cultural competence training, comprising theoretical training and active training through video modeling, on newly graduated therapists. The study seeks to improve technologies for training therapists to address multiculturalism and intersectionality, aiming for more effective and equitable outcomes in a Brazilian context. The results showed improvements in post-training scores in self-report measures and clinical case formulation, though with differences between the two, suggesting that self-reports alone may not be sufficient to assess the development of cultural competence. Personal factors also influenced the results, indicating the need for individualized adaptations in training and ongoing education.

Keywords: Multicultural competence, cultural identities, culturally responsive clinical practice, intersectionality, multicultural competence training.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
Competência Culturais.....	17
Modelo Ecológico em Camadas das Diretrizes Multiculturais	20
Estresse de Minoria e Resultados Terapêuticos.....	26
Cultura, Interseccionalidade e Análise do Comportamento	30
Treinos existentes e Resultados	35
OBJETIVOS	41
MÉTODO.....	42
Participantes.....	42
Aspectos éticos	43
Materiais e equipamentos	43
Ambiente.....	43
Produto técnico esperado	45
Análise de dados	46
Resultados	47
Dados demográficos dos participantes	47
Medidas de autorrelato	48
Medidas de observação direta.....	50
DISCUSSÃO	57

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1. Termo de consentimento livre e esclarecido (tcle) psicoterapeuta.....	80
APÊNDICE 2. Termo de Autorização para Distribuição Gratuita de Vídeo em Plataforma Online	87
APÊNDICE 3. Formulário de Caso	89
APÊNDICE 4. Escala de Avaliação do Repertório	90
APÊNDICE 5. Questionário de Caracterização dos Participantes	93
APÊNDICE 6. Estudo de Casos	94
APÊNDICE 7. Ementa de Treinamento sobre Competência Cultural para Psicoterapeutas Analistas do Comportamento	101
APÊNDICE 8. Resultados do instrumento do Questionário de Habilidades Culturais: Escala de Medição de Competência Cultural para Profissionais de Saúde	104
APÊNDICE 9. Respostas aos “Modelo de Formulário de Caso (Apêndice 3)	109

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Diretrizes e sugestões de atuação APA	77
ANEXO 2. Escala de medição de competência cultural para profissionais de saúde (emcc-14)	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Relação Duplas e Participantes	42
Tabela 2. Perfil dos Entrevistados	49
Tabela 3. Escore de cada uma das duplas no Formulário de avaliação de repertório para avaliação de caso clínico em Linha de Base e Avaliação Final	53
Tabela 4. EMCC (Pré-Treinamento)	107
Tabela 5. EMC (Pós-Treinamento)	109
Tabela 6. Avaliação Participantes (Caso 1)	112
Tabela 7. Avaliação Participantes (Caso 2)	117

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Perspectiva ecológica do desenvolvimento	20
Figura 2. Modelo ecológico das diretrizes multiculturais da APA	21
Figura 3. Escores dos participantes no instrumento EMCC em linha de base e na avaliação intermediária	48
Figura 4. Escores obtidos pelas duplas no instrumento de observação direta, em Avaliação de Linha de Base (pré-treino) e Avaliação Final (pós-treino)	50

INTRODUÇÃO

Ao planejar uma intervenção psicoterápica, é importante considerar os aspectos que tornam cada indivíduo único, levando em conta todas as suas múltiplas referências culturais. Oferecer um ambiente seguro para que o cliente possa compartilhar suas experiências culturais, sem perpetuar generalizações ou estereótipos, é uma tarefa desafiadora, mas necessária.

As várias identidades culturais, tais como nacionalidade, linguagem, gênero, religião, orientação sexual e status socioeconômico, exercem influência mútua, a que chamamos de interseccionalidade (Hook et al., 2017). Ao levar em conta na psicoterapia a interseccionalidade, pretende-se reconhecer as particularidades das experiências culturais em diferentes contextos, bem como a discrepância no acesso a recursos, bens e serviços. Ao longo da história da psicologia, o pressuposto de que as pessoas seriam mais semelhantes do que diferentes propiciou o desenvolvimento de intervenções psicológicas que tendiam a ignorar as interações únicas de cada organismo e grupo cultural, dando pouca ênfase aos aspectos que compõem a interseccionalidade (Leite et al., no prelo).

Independentemente de quais sejam os objetivos da psicoterapia, é fundamental criar um ambiente acolhedor e valorizar o cliente como um indivíduo único. Para isso, é essencial a responsabilidade de criar avaliações e intervenções comprometidas com a realidade material e sócio-político-cultural em que seus clientes estão envolvidos, levando em conta os valores, crenças e cultura aos quais cada indivíduo pertence e respeitando sua diversidade e identidade (Neves et al., 2023).

Na prática da psicoterapia, é essencial que o terapeuta adquira competências profissionais que enalteçam a diversidade, enquanto reconhece e respeita os limites pessoais tanto do terapeuta quanto dos clientes. O propósito é estabelecer conexões sólidas e promover mudanças terapêuticas de grande relevância social para o indivíduo. Ao formular um caso clínico, é imprescindível considerar as variáveis sociais e/ou ambientais pertinentes para uma compreensão abrangente do caso, permitindo

assim a seleção de estratégias de intervenção adequadas. A análise do problema deve abranger todas as contingências envolvidas, seguindo uma abordagem terapêutica orientada pela perspectiva da Interseccionalidade (Leite et al., no prelo).

A busca por incluir as diversas identidades culturais na construção de um caso clínico permeia o desenvolvimento de teorias e intervenções que atinjam a cultura como objeto de análise. Conforme citado por Passos e cols. (2023), o desenvolvimento de intervenções que visem atender as mais diversas populações é indispensável, visto que as pesquisas que dão origem às práticas em psicologia geralmente são feitas através de resultados obtidos por uma população majoritariamente branca, ocidental e pertencente a países ricos. Devido a esta demanda, estudos sobre Competência Culturais surgem trazendo recomendações para a conduta psicoterapêutica.

Competência Culturais

Desde a década de 1970 têm sido desenvolvidas estratégias clínicas para lidar com populações culturalmente diversas - especialmente minorias (D.W. Sue et al., 1992; Benuto Et al., 2019). Inicialmente, o estudo da competência cultural concentrou-se em questões relacionadas à raça e etnia em países com alta imigração (Benuto Et al., 2019; Zhang & Zhou, 2019; Hook et al., 2017). Descobriu-se que essas competências eram indicadoras de sucesso na psicoterapia: terapeutas culturalmente competentes apresentavam melhores resultados ao trabalhar com clientes de culturas diversas das suas (Chu et al., 2016; Chu et al., 2022). Posteriormente, as pesquisas sobre o assunto passaram a incluir outras identidades culturais, como nacionalidade, linguagem, gênero, religião, orientação sexual, status socioeconômico, deficiências e outras características físicas, como tamanho, peso e cor da pele (Hook et al., 2017; Benuto Et al., 2019; Zhang & Zhou, 2019; Chu et al., 2022).

Este novo campo de estudo é regulado pela APA (American Psychological Association), que estabeleceu diretrizes e indicações para a prática clínica (American Psychological Association [APA],

2002). Desde os anos 2000, mais de 40 livros foram publicados sobre o tema, sugerindo melhores práticas para uma abordagem culturalmente responsável (Hays, 2009). Embora haja diferentes nomenclaturas e modelos para se referir a essa prática, os conceitos são similares; Danso R. (2016) destaca as principais: "Cultural Awareness", "Cultural Sensitivity", "Cultural Appropriateness", "Cultural Safety", "Cultural Competence" e "Cultural Humility", "ADRESSING" de Pamêla Hays entre outras.

As primeiras orientações para competência cultural elaboradas pela Associação Americana de Psicologia receberam o título de "Diretrizes sobre Educação Multicultural, Treinamento, Pesquisa, Prática e Mudança Organizacional para Psicólogos". Essas diretrizes foram fundamentadas em um dos primeiros modelos de competência multiculturais concebido por David, Stanley e Derald Wing Sue e sua equipe no início dos anos 80 (Sue et al., 1982; Soto et al., 2018; Leite et al., no prelo). Esse modelo envolvia três grupos de repertórios que os terapeutas deveriam desenvolver (Soto et al., 2018):

(1) *consciência e entendimento do outro*: refere-se à capacidade dos terapeutas de reconhecer tanto o próprio background cultural quanto o de seus clientes. Inclui estar ciente de suas próprias perspectivas, suposições e preconceitos que possam influenciar o processo de psicoterapia ou sua capacidade de implementar intervenções eficazes.

(2) *conhecimento*: O conhecimento cultural refere-se à compreensão do terapeuta sobre grupos culturais específicos e suas normas e experiências únicas (por exemplo, como os princípios do Islã e as experiências traumáticas da guerra civil impactam uma família refugiada da Síria ou como o racismo estrutural afeta o cotidiano de pessoas pretas). Diz respeito também ao reconhecimento dos impactos que as formas históricas de opressão (por

exemplo, colonialismo, acesso desigual a recursos) exercem sobre as suposições embutidas na psicoterapia.

(3) *habilidades*: As habilidades referem-se à capacidade dos terapeutas de envolver ativamente uma clientela diversificada e de ser responsivo às especificidades de cada cliente, modificando, se necessário, os métodos de avaliação ou tratamento, para melhor atender às suas necessidades culturais. (Soto et al., 2018. Tradução livre)

Até o ano de 2017, o modelo Tripartite de Sue era a conceituação mais reconhecida e utilizada no campo das competências multiculturais, adotada tanto pela APA (2002) quanto pela Divisão 17 da Sociedade de Psicologia do Aconselhamento (Chu et al., 2016). Esse modelo trouxe diferenças significativas na qualidade do atendimento, beneficiando profissionais de diversas áreas da saúde (APA, 2002). Além disso, outras definições e perspectivas teóricas surgiram no campo da multiculturalidade, como o modelo de Orientação Multicultural (Multicultural Orientation - MCO) proposto por Hook, Davis, Owen e DeBlaere (2017). Esse modelo enfatiza o desenvolvimento pessoal do terapeuta e seus valores, substituindo o termo Competência Cultural por Humildade Cultural. A humildade é entendida como uma postura de abertura à diversidade cultural e de engajamento em um processo de aprendizagem e autoconhecimento contínuo do terapeuta (Hook et al., 2017; Hook et al., 2013).

” A humildade cultural envolve a consciência das próprias limitações para entender o histórico e a experiência cultural de um cliente. (...) O terapeuta culturalmente humilde está interessado e aberto a explorar o background cultural e a experiência do cliente. (...) não assume que sua perspectiva cultural é “a correta”; em vez disso, (...) reconhece que existem

várias maneiras válidas de ver o mundo e desenvolver um senso de suas crenças e valores. O segundo aspecto da orientação multicultural envolve atender e extrair oportunidades culturais no trabalho com clientes” (Hook et. Al, 2013, pp. 9-10, tradução).

O modelo ADDRESSING da autora Pamela Hays (2016) também merece menção: para a autora existem dez possíveis variáveis ao abordar a identidade dos indivíduos, que são representadas por meio do acrônimo em inglês ADDRESSING, formado pelas categorias: 1.Idade, 2.Deficiências adquiridas e Desenvolvimentais, 3.Religião, 4.Etnia e raça, 5.Status socioeconômico, 6.Orientação Sexual, 7.identidade , 8.Nação de origem, e 9.Gênero. Durante a análise do ADDRESSING, é importante descrever as identidades interseccionais dominantes e não-dominantes em uma dada cultura, pensando pelo viés, tanto do terapeuta, quanto ao cliente e essas categorias devem ser adaptadas de acordo com o contexto em que são utilizadas (Passos et al., 2023).

Todas as teorias sobre repertórios culturais possuem pontos importantes de convergência incluindo uma compreensão interseccional da identidade cultural e a análise constante do poder e dos privilégios na relação entre o prestador do serviço psicológico e o usuário (Passos et al., 2023).

Modelo Ecológico em Camadas das Diretrizes Multiculturais

Em 2017, a Associação Americana de Psicologia (APA) revisou o modelo utilizado (Sue et al., 1982) anteriormente e sua correlação com os demais existentes, criando as diretrizes "Multicultural Guidelines: An Ecological Approach to Context, Identity, and Intersectionality", que ampliam a conceituação do termo multicultural e incluem fatores contextuais e interseccionais como idade, geração, cultura, idioma, gênero, raça, etnia, status de habilidade, orientação sexual, identidade

de gênero, status socioeconômico, religião, espiritualidade, imigração, educação e emprego, entre outras variáveis. Este modelo se baseia parcialmente nos princípios do modelo Tripartite de Sue e Colegas de 1982 e tem como objetivo considerar a diversidade e a prática multicultural na psicologia profissional. Utilizando esses preceitos, o objetivo das Diretrizes Multiculturais é fornecer para psicólogos(as) uma estrutura a partir da qual eles(as) possam considerar parâmetros para a prestação de serviços multiculturalmente competente, o que inclui prática, pesquisa, consulta e educação. As diretrizes completas e os apêndices relacionados podem ser encontrados em: <http://www.apa.org/about/policy/multicultural> Guidelines.aspx (American Psychological Association [APA], 2017).

As atuais Diretrizes Multiculturais incorporam a teoria ecológica de Bronfenbrenner (1977, 1979), que propõe um modelo em camadas com cinco círculos alinhados, conforme consta na Figura 1.

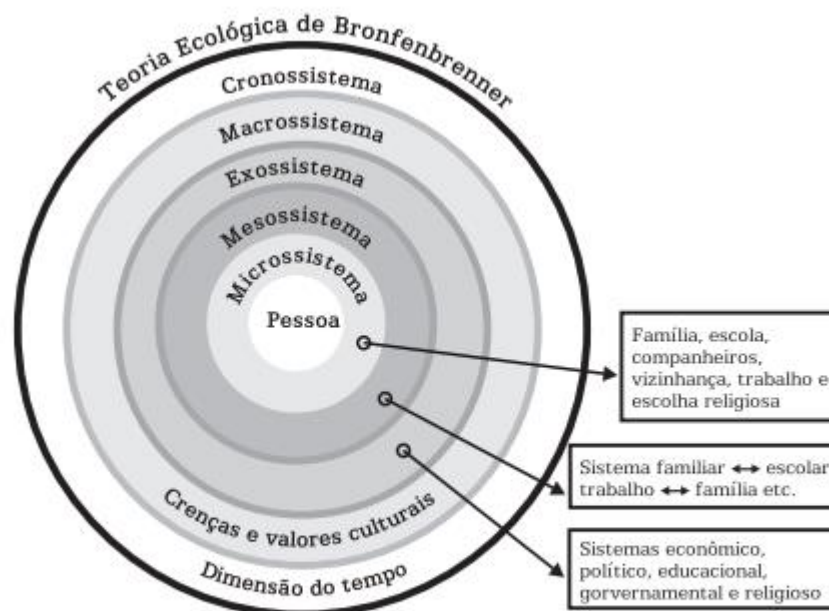


Figura 1 - Perspectiva ecológica do desenvolvimento

Fonte: Staslak (2010, p. 9).

Os círculos indicados na figura 1 possuem cinco camadas de sistemas culturais que se relacionam diretamente com o indivíduo, divididos em níveis de complexidade.. O primeiro, denominado “microssistema”, engloba a família imediata, amigos, professores e instituições que influenciam o indivíduo. O segundo, “mesossistema”, engloba as diversas entidades sociais encontradas no microssistema e que afetam a vida de uma pessoa, como casa, escola e comunidade. O “exossistema”, terceiro círculo diz respeito as entidades sociais e culturais, tais como políticas públicas, leis e influências governamentais que se relacionam com as vivências do indivíduo. O quarto círculo, “macrossistema” corresponde ao contexto cultural que o sujeito está inserido, como os valores culturais e normas; e o último denominado “cronossistema” se relaciona com as transições e contexto histórico que estabelecem o contexto para as experiências individuais (American Psychological Association [APA], 2017).

Utilizando esses preceitos, a APA (2017) desenvolve o “Modelo Ecológico em Camadas das Diretrizes Multiculturais” (tradução nossa) utilizando níveis de camadas que coexistem e devem guiar a atuação do profissional, conforme consta na Figura 2:



Figura 2: Modelo ecológico das diretrizes multiculturais da APA.

A figura 2 acima retrata o Modelo Ecológico em Camadas das Diretrizes Multiculturais e é descrito pela APA (2017) através da definição dos níveis representados por cada círculo, as setas que conectam os dois círculos representam as interações dinâmicas entre eles, e as setas exteriores descrevem o processo de trauma e resiliência.

Em referência aos círculos, o primeiro nível, tratado como "Modelo de Autodefinição e Relacionamentos Bidirecionais", é composto por dois círculos internos. O primeiro círculo representa a autodefinição do indivíduo em papéis como cliente, aluno e participante de pesquisa, enquanto o segundo círculo representa a autodefinição do indivíduo em papéis como clínico, educador,

pesquisador ou consultor, podendo incluir relacionamentos com mais de duas pessoas, como casal, família ou grupo. A seta bidirecional que atravessa os dois círculos simboliza as relações de troca consideradas no modelo.

O segundo nível, denominado "Contexto Comunitário, Escolar e Familiar", é representado pela camada que circunda os círculos internos de autodefinição do indivíduo. Neste contexto, são consideradas áreas específicas como família, comunidade, escola, bairro, local de trabalho, local de culto e espaço físico. O contexto do segundo nível exerce uma influência direta sobre as relações bidirecionais descritas no primeiro nível.

No terceiro nível, chamado "Impacto Institucional no Engajamento", é considerado o contexto institucional, incluindo governos locais, estaduais e federais, sistemas médicos, sistemas jurídicos, sistemas de saúde mental e comportamental, e sistemas educacionais. O terceiro nível analisa como o contexto institucional afeta a experiência dos indivíduos e dos psicólogos nos níveis comunitário, escolar e familiar (segundo nível), influenciando tanto a autodefinição do indivíduo quanto os relacionamentos entre eles.

O quarto nível, denominado "Clima Nacional e Internacional", expande-se para incluir o clima doméstico e o clima internacional. Essa camada abrange os três níveis anteriores e considera o contexto social mais amplo, assim como os direitos humanos. É importante que o psicólogo identifique e compreenda como esse contexto social afeta a autodefinição e os relacionamentos bidirecionais do indivíduo, seja no contexto de serviços psicológicos, sala de aula, vida organizacional ou projetos de pesquisa. Além disso, é fundamental que o psicólogo avalie se os direitos humanos estão sendo comprometidos devido aos climas domésticos e internacionais.

O quinto nível, conhecido como "Resultados", engloba todos os níveis anteriores do modelo e se concentra nos resultados das interações decorrentes das interações bidirecionais entre o cliente,

aluno, participante de pesquisa e consultado, e o clínico, educador, pesquisador e consultor. Esses resultados são influenciados pelas interações e experiências nos quatro níveis anteriores do modelo.

Em relação as linhas que circundam os níveis da figura 2 há a definição de três processos dinâmicos: *poder/privilégio, tensões e fluidez*. Esses processos são representados por uma linha pontilhada que forma um círculo em torno dos níveis 1 a 5 do modelo. O poder/privilégio se refere à existência de uma relação de poder e privilégio que pode ser experimentada pelos clientes, bem como pelos psicólogos que prestam serviços. Para a associação americana os psicólogos devem considerar “o poder social e o privilégio que têm em seus relacionamentos com os clientes e a promover maneiras para que os indivíduos, famílias, casais, grupos e organizações possam identificar e responder às suas experiências” (APA, 2017 pp 12, tradução nossa).

As tensões (linhas) entre os níveis 1 e 5 são consideradas como o segundo processo dinâmico, são contextuais e implicam em uma atuação do psicólogo que vise identificar tais tensões ao invés de focar apenas no nível individual.

O terceiro processo dinâmico, seria, por sua vez, a fluidez. Este refere-se as interações e mudanças que existem dentro de cada nível. Por tanto, psicólogos, são encorajados a considerar como os padrões, eventos cotidianos, relacionamentos, tempo e a própria experiência promovem mudanças no comportamento do indivíduo.

Em relação as setas exteriores, a definição indica que o "objetivo é aumentar a resiliência e diminuir o trauma por meio de intervenções que promovam aprendizado e conhecimento resultando em melhores desfechos clínicos” APA, 2017 pp 12-13, tradução nossa).

O Modelo Ecológico em Camadas das Diretrizes Multiculturais, é utilizado por um conjunto de 10 diretrizes destinados a todos os profissionais que trabalham com populações culturalmente diversas e está apresentado integralmente no Apêndice 1 Essas diretrizes não são obrigatórias, mas

sim indicativas, oferecendo sugestões e recomendações sobre o comportamento profissional e sua aplicação na prática clínica (APA, 2017, pp. 4-5).

As novas diretrizes são acompanhadas de sugestões para aplicação prática que podem ser encontradas sem tradução no texto “APA Multicultural Guidelines Executive Summary: Ecological Approach to Context, Identity, and Intersectionality” dos colaboradores Caroline S. Clauss-Ehlers Rutgers, David A. Chiriboga, Scott J. Hunter, Gargi Roysircar e no próprio documento de 2017 “Multicultural Guidelines: An Ecological Approach to Context, Identity, and Intersectionality”, também descritas no Anexo 1.

As diretrizes descritas em cada abordagem e sua aplicação justificam o posicionamento da competência cultural como uma concepção transteórica. Tais estudos não se restringem a uma única abordagem, mas fornecem orientações para uma prática clínica que considere a cultura e suas diversas identidades (Brady & Davis, 2020; Hook et al., 2017; Leite et al., no prelo)

Estresse de Minoria e Resultados Terapêuticos

Há um consenso de que uma conduta terapêutica que desconsidere a competência cultural e a interseccionalidade estabelece como referência de cuidado aquele destinado aos que pertencem aos grupos dominantes. A vivência de um indivíduo pertencente a uma minoria, nesse contexto, é de um espaço terapêutico que o exclui, o que pode justificar a menor busca por serviços de saúde e o desfecho terapêutico menos favorável por algumas minorias sociais (Owen et al., 2014; Hook et al., 2016; Leite et al., no prelo).

As disparidades na saúde mental entre minorias étnicas e raciais e a efetividade das intervenções oferecidas para essa população foram documentadas em estudos, como citado por Hook e cols. 2017. Essas minorias tendem a buscar menos serviços terapêuticos do que pessoas brancas e,

quando procuram, apresentam maiores taxas de desistência e menor melhora nos sintomas em comparação aos clientes brancos (Hook et al., 2017). Por outro lado, minorias sexuais e de gênero enfrentam maiores riscos de transtornos depressivos, transtorno bipolar, transtornos de ansiedade, abuso de substâncias, tentativas de suicídio e comportamentos sexuais de risco para infecção pelo vírus HIV em comparação com a população heterossexual (Souza et al., 2022; Leite et al., no prelo). A discriminação vivida por muitos membros dessas minorias ao buscar serviços de saúde agrava essa situação (Souza et al., 2022; Leite et al., no prelo)

É necessário também dar atenção a outros dados relevantes, Indivíduos pertencentes a grupos privilegiados, incluindo muitos profissionais da psicologia, muitas vezes não reconhecem a importância das questões culturais (Hook et al., 2017). Como resultado, pesquisas indicam que de 53% a 81% das pessoas que fazem parte de grupos socialmente marginalizados relatam experiências de microagressões durante a psicoterapia (Owen et al., 2014; Hook, Farrell et al., 2016; Hook et al., 2017), o que frequentemente resulta em resultados negativos no processo terapêutico, como maior taxa de abandono (Hook et al., 2017; Leite et al., no prelo).

Nas sociedades ocidentais, é comum que homens brancos, cisgênero, heterossexuais e de maior poder aquisitivo ocupem o topo da hierarquia social. Isso resulta em menos acesso a recursos e menos poder político e social para aqueles que não se enquadram nesse padrão dominante. No Brasil, essa dinâmica também se reproduz, gerando desigualdades sociais, educacionais, econômicas e culturais. Por exemplo, apenas 1% da população brasileira concentra um terço da renda total do país (Rede Nossa, 2021). As minorias sociais, como mulheres, pessoas pretas, minorias sexuais e de gênero, pessoas com deficiência, enfrentam desafios como preconceito, exclusão social, dificuldade de acesso à saúde mental e experiência de violência física, verbal e psicológica. Essas populações encontram-se em uma condição de vulnerabilidade social, o que requer atenção por parte dos cientistas em diversas áreas da psicologia e do comportamento humano (Mizael et al., 2022).

Os efeitos dessa condição enfrentada pelos grupos minoritários têm sido estudados sob o conceito de estresse de minoria. Esse conceito refere-se à experiência de discriminação, estigmatização e exclusão vivenciada por indivíduos pertencentes a grupos minoritários, o que acarreta consequências negativas tanto no aspecto socioeconômico quanto na saúde física e mental (Mizael et al., 2022; Leite et al., no prelo)

O estresse enfrentado pelas minorias tem repercussões nos mais diversos âmbitos de suas vidas. As microagressões são uma forma insidiosa de estresse vivenciado por minorias, caracterizadas por atos ofensivos que são diluídos nas práticas cotidianas e não constituem atos explícitos de agressão (Silva, 2020), *“são ofensas verbais, comportamentais e ambientais comuns, sejam intencionais ou não intencionais, que comunicam desrespeito e insultos hostis, depreciativos ou negativos”* (Sue, 2010, p. 29, tradução nossa), aplicadas consciente e inconscientemente como , por exemplo, uma *“forma de racismo sistêmico e cotidiano usado para manter aqueles à margem racial em seus lugares”* (Huber & Solorzano, 2014, p.6).

Quando falamos de cultura e interseccionalidade o estresse de minorias está relacionado aos mais diversos processos que um indivíduo vivencia. Rostosky e Riggle (2017) analisam o estresse de minoria em diferentes níveis:

No nível cultural há referência às leis e normas que permeiam a existência de cada ser, estes processos governamentais afetam diretamente ou indiretamente as famílias, incluindo leis e políticas públicas que refletem o estigma imposto às famílias pertencentes a grupos minorizados, perpetuando sua condição de vulnerabilidade devido à falta de proteção (Rostosky e Riggle, 2017; Zamignani e Banaco, 2021).

No nível institucional refere-se ao papel que as instituições possuem e que podem estigmatizar e limitar oportunidade para pessoas com determinadas características ou pertencentes a grupos específicos (Rostosky e Riggle, 2017; Zamignani e Banaco, 2021).

No nível interpessoal descreve a relação direta com a família ampliada, colegas de trabalho e vizinhos. Neste âmbito diferentes formas de assédio, violência e preconceito, assim como a falta de apoio e suporte, podem gerar estresse e conflitos familiares, dificultando o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento no nível interpessoal (Rostosky e Riggle, 2017; Zamignani e Banaco, 2021; Leite et al., no prelo).

No âmbito intrapessoal, familiar e individual, o estresse das minorias pode se manifestar por meio de baixa autoestima ou autodesprezo, o que está associado a índices mais elevados de sofrimento psicológico. Outra manifestação desse estresse é a supercompensação, um padrão de autoexigência excessivamente elevado em busca de corresponder aos padrões estabelecidos pela cultura (Souza et al., 2022; Leite et al., no prelo). Como o próprio corpo e o *self* são objetos de rejeição ou repulsa, o indivíduo pode se comportar de maneira a compensar sua condição "inferior", seja buscando um desempenho impecável, seja adotando padrões extremamente exigentes de desempenho profissional ou beleza física ideal. Tais comportamentos podem ter uma dupla função: por um lado, permitem ao indivíduo produzir reforçadores sociais, como status e reconhecimento, e reforçadores tangíveis, como dinheiro e acesso a bens e serviços; por outro lado, quando o indivíduo é bem-sucedido, ele alcança um status social que o protege de ser alvo de preconceito e discriminação, funcionando como uma resposta ampla de esquiva da punição social. No entanto, a autocrítica e a autoexigência, ao estabelecerem padrões inatingíveis para as tarefas e metas, às vezes perpetuam a experiência de fracasso, produzindo um baixo senso de autoeficácia (Souza et al., 2022; Leite et al., no prelo). Além de que a autoexigência, tem sido associado a uma qualidade de relacionamento mais baixa para esses indivíduos.

Observa-se que os fatores em cada um dos níveis interagem, afetando cada um dos indivíduos e suas relações de uma forma geral. Os indivíduos pertencentes a grupos minoritários enfrentam

desafios intra e/ou interpessoais comuns em cada um desses níveis, entrando em contato com aspectos ambientais específicos (Souza et al., 2022; Leite et al., no prelo).

Os diversos âmbitos que permeiam a vida do sujeito afetam diretamente o seu comportamento, sendo assim, no contexto terapêutico, o estresse de minoria também é um fenômeno presente e de particular importância. Quando um (a) terapeuta não tem conhecimento das particularidades culturais de um determinado grupo minoritário, pode inadvertidamente cometer microagressões.

O conceito de microagressões surgiu inicialmente nos estudos sobre racismo, mas posteriormente foi aplicado para compreender a manifestação de preconceito direcionada a diversos grupos minoritários (Melo e Zarife, 2022). O trabalho de Sue (2010) expandiu a abordagem para incluir a discriminação baseada em raça, gênero e orientação sexual. De acordo com Sue (2010), as microagressões podem ocorrer em diversas formas, incluindo a comunicação verbal, não verbal e o ambiente, e podem ser classificadas como Microinsultos, Microinvalidações ou Microataques: Microinsultos referem-se a "mensagens que implicam grosseria e insensibilidade" (Sue, 2010, p.29); Microinvalidações são "mensagens que excluem, negam ou invalidam as percepções psicológicas, sentimentos ou experiências da realidade" (Sue, 2010, p.29); por fim, Microataques são "mensagens explícitas e degradantes caracterizadas por um ataque verbal, não verbal ou físico com a intenção de ferir a vítima através de xingamentos, evasão ou ações discriminatórias intencionais" (Sue, 2010 p.29).

Cultura, Interseccionalidade e Análise do Comportamento

Desconsiderar a interseccionalidade, as microagressões e o estresse de minoria vivido por populações minoritárias seria desconsiderar a cultura na qual este sujeito está inserido. A cultura é considerada uma dimensão fundamental do processo social e influencia a maneira como as pessoas

se comportam, pensam e interagem com outras pessoas (Hook, Davis, Owen, De Blaere, 2017; Santos, 2006). Desde as decisões cotidianas, como onde morar e como celebrar momentos importantes, até escolhas mais complexas, como casamento, filhos, valores políticos e crenças espirituais, a cultura molda nossas vidas. A correlação entre psicoterapia, cultura e sociedade é um tema que tem sido explorado pela psicologia e outras áreas das ciências humanas, uma vez que são fenômenos humanos inseparáveis (Passos et al, 2023). Os conceitos do multiculturalismo questionam a aplicação acrítica de intervenções padronizadas que se baseiam em manuais de diagnóstico psiquiátrico ou em suposições sobre grupos sociais específicos. Isso porque esses protocolos são rígidos e pouco responsivos às necessidades individuais e culturais (Brady & Davis, 2020; Hook et al., 2017).

Para analistas do comportamento a cultura pode ser definida como:

“(...) a cultura pode ser compreendida tanto quanto o contexto que influencia (*i.e.*, seleciona) comportamentos de indivíduos quanto o produto do próprio comportar--se de um grupo de indivíduos de acordo com as práticas e valores específicos daquele grupo. Mais próximo a este sentido, Skinner descreve culturas como “ambientes sociais” selecionadores que operam através do comportamento verbal, e que evoluem quando práticas sociais de seus membros contribuem para a sobrevivência do grupo (Skinner, 1981)” (Passos et al., 2023, pp.71)

As práticas sociais mencionadas na citação acima tornam a cultura um alvo de investigação e de intervenção para as ciências comportamentais. A Análise do Comportamento tem como objetivo o estudo do comportamento humano como uma interação entre organismo e ambiente, o que inclui as práticas culturais (Skinner, 1953/1985). O modelo de seleção pelas consequências, desenvolvido

por B. F. Skinner, descreve como o repertório comportamental humano é moldado a partir de três níveis de seleção: Filogênese, Ontogênese e Cultura (Micheletto, 1997). O primeiro nível de seleção, o *filogenético*, é constituído a partir das características biológicas e comportamentais selecionadas ao longo da história da espécie. A partir dessas características, se desenvolve o segundo nível, a *ontogênese*, na qual o repertório de comportamentos a história de aprendizagem do indivíduo por meio de contingências operantes e respondentes. O terceiro nível de seleção, a *cultura*, diz respeito à seleção e transmissão de práticas culturais. Esse nível é especialmente importante para entender as especificidades do comportamento humano complexo, que se desenvolve a partir do contato do indivíduo com práticas e valores das comunidades verbais com as quais ele interage. Os três níveis estão interligados e os contextos que os geram estão em constante interação e transformação. (Passos et al., 2023).

O repertório comportamental de um indivíduo é desenvolvido a partir do entrelaçamento de todas as contingências que o envolvem. Skinner (1953), em seu livro “Ciência e Comportamento Humano”, aponta o grupo social como uma importante fonte de controle sobre o comportar-se, apontando também a psicoterapia como uma agência social capaz de lidar com o sofrimento originado pelas deletérias influências coercitivas de determinadas práticas sociais e de agentes da sociedade. A cultura seria então, um ambiente que seleciona por reforçamento comportamentos de um determinado grupo social e que interage com outros níveis de seleção por consequências para formar o repertório de um grupo (Passos et al, 2023).

Essa intersecção entre histórias de seleção do comportamento afeta o comportamento de um indivíduo. A análise do comportamento desenvolve o conceito de contingências comportamentais entrelaçadas (Glenn, 2004, Andery et.al. 2005) para estudar esses processos. Estas descrevem como as alterações no comportamento dos indivíduos impactam nas contingências sociais e podem levar a

mudanças graduais em práticas culturais, que por sua vez conduzem a novas mudanças, em um processo de interações recíprocas e transformações contínuas (Leite et al., no prelo).

O conceito de práticas culturais é definido como a reprodução, entre indivíduos de determinado grupo, de comportamentos análogos, que são transmitidos intra e entre gerações (Glenn, 1991, 2004). A fim de controlar o comportamento de seus membros, a sociedade se organiza em torno de agências culturais de controle, estabelecendo regras e contingências de controle cultural que estabelecem padrões de convivência - as práticas culturais (Skinner, 1953).

As metacontingências, por sua vez, são contingências socialmente determinadas que unem comportamentos individuais por meio das consequências a longo prazo que afetam toda a sociedade (Todorov e Moreira, 2004, p. 26). Desenvolvido pelos teóricos da análise do comportamento para a análise do comportamento humano em nível social e da transmissão das práticas culturais, o conceito de metacontingências é uma unidade de análise importante para entender a relação entre as práticas culturais, o comportamento dos indivíduos e seus efeitos sobre a sociedade como um todo (Glenn, 2004; Andery et al., 2005). O conceito de metacontingências trata-se de uma unidade de análise:

“(...)que descreve as relações funcionais entre classes de operantes, cada classe associada a uma contingência tríplice diferente, e uma consequência comum a longo prazo, comum a todos os operantes na metacontingência. Os comportamentos operantes dos membros do grupo formam um conjunto de ações coordenadas, geralmente chamado de prática cultural, que se relaciona a um ambiente comum aos membros. Práticas culturais envolvem o comportamento operante de grupos de pessoas que compõem a sociedade.” (Todorov e Moreira, 2004, p. 26).

Os comportamentos entrelaçados dos indivíduos também se referem às Práticas Culturais. Estas, por sua vez, têm como resultado o Produto Agregado. Todos esses elementos compõem as

Metacontingências, que são transmitidas por meio de regras explícitas ou implícitas e que, como tal, podem promover a manutenção de determinadas práticas ou favorecer a inovação e a mudança (Todorov e Moreira, 2004; Leite et al., no prelo).

O estudo de competência Culturais engloba práticas culturais que oferecem uma perspectiva multidimensional para lidar com demandas terapêuticas que abarquem todas as populações. A análise do comportamento além de considerar a cultura como uma das dimensões que formam o sujeito, tem demonstrado cada vez mais interesse em compreender diversos fenômenos culturais que produzem estigma e efeitos deletérios para as pessoas e que acabam fazendo parte das queixas clínicas.

O estudo das Diretrizes Multiculturais de 2017 fornecem caminho para uma prática responsiva e socialmente relevante (Clauss-Ehlers et al., 2019). Nesse sentido, pretendem estudar as formulações de caso clínico considerando as múltiplas identidades dos indivíduos, sabendo que assim, podem obter resultados terapêuticos mais efetivos e maior envolvimento dos pacientes no processo (Soto et al., 2018). Preparar profissionais para se tornarem culturalmente competentes implica em promover um repertório clínico que permita uma atuação acolhedora diante da diversidade e que leve em conta as relações de poder presentes nas sessões de psicoterapia, favorecendo uma relação mais equitativa e capaz de abranger a complexidade das experiências das minorias sociais.

Treinos existentes e Resultados

As últimas duas décadas testemunharam um rápido aumento na investigação sobre o bem-estar e uma profusão de estudos empíricos (Hendriks et al., 2019). Assim como existem diversos constructos que tentam definir e resumir a Competência Cultural, o mesmo acontece com intervenções e treinamentos. Construídos através da diversidade de conceituações tendem a mostrar eficácia na promoção de habilidades relacionadas a competência cultural (Soto et al., 2018; Zhang & Zhou, 2019;), mesmo que estas tenham nomenclaturas distintas. Ademais, adaptações culturais em tratamentos de saúde mental têm se mostrado mais eficazes do que tratamentos tradicionais, especialmente ao lidar com clientes de diversas origens étnicas (Soto et al., 2018).

Algumas pesquisas dedicaram-se a analisar modalidades de treinamento, sua eficácia e resultados. Zhang e Zhou (2019) realizaram uma meta-análise que teve como objetivo examinar a eficácia de diferentes tipos de intervenções destinadas a melhorar a Competência Intercultural (CI) em estudantes. O maior efeito de treinamento foi observado naqueles destinados a imersão no exterior, esta seria eficaz por promover diferentes perspectivas, exposição direta a situações interculturais autênticas e proficiência da língua. Já intervenções pedagógicas tiveram uma eficácia reduzida se comparada a anterior, isso se justifica devido ao fato de serem mais desafiadoras e exigirem procedimentos de ensino específicos, mas no geral, as intervenções pedagógicas melhoraram a CI dos aprendizes, especialmente após a exposição a materiais de aprendizado com conteúdo autêntico da cultura-alvo, envolvimento em atividades de aprendizado experiencial prático, como simulações e entrevistas interculturais, e programas integrados de longo prazo que incluem treinamento especializado e cursos. Por fim, estudos “no local”, ou seja, aqueles que incluíam interações interculturais como atividades mostraram-se, também, eficazes.

Soto e colegas em 2018, realizaram duas revisões meta-analíticas de estudos sobre adaptações culturais e competência multicultural de terapeutas que praticam tratamentos de saúde mental, de início, os autores relatam que a incapacidade de localizar estudos não publicados pode resultar em viés de publicação. A primeira meta-análise analisa a eficácia das adaptações culturais, enquanto a segunda meta-análise examina a relação entre a competência cultural do terapeuta e os resultados do cliente. Os autores descrevem como as pesquisas selecionadas destacavam a importância de considerar as características dos clientes ao planejar tratamentos de saúde mental, entretanto a maior parte das pesquisas abrangia apenas raça, cultura e etnia, e não outras características como crenças religiosas e status socioeconômico. Ainda assim, os resultados concluem que adaptações culturais em tratamentos de saúde mental tendem a ser mais eficazes do que abordagens convencionais.

Em uma revisão recente de 2022, Chu e sua equipe caracterizaram treinamentos de competência cultural, analisando suas características, conteúdo, métodos e resultados. Eles descobriram que os currículos eficazes frequentemente abordavam informações socioculturais, identidade cultural, teoria e interações com o cliente, embora houvesse uma falta de diversidade na representação de identidades culturais nos currículos. A maioria dos currículos focava em raça, orientação sexual, gênero ou identidades multiculturais gerais, levantando preocupações sobre a preparação para atender a indivíduos de outras culturas não representadas. A revisão também indicou a necessidade de estratégias de aprendizado mais ativas, como simulações e feedback, e a importância de avaliar o impacto no envolvimento do cliente e nos resultados do tratamento, constatando que as estratégias de ensino tradicionais foram mais comuns. Em relação à duração dos treinamentos, houve uma grande variação, desde treinamento de um único dia até cursos de nove meses, todos demonstraram eficácia. Além disso, a revisão identificou que a autoavaliação foi o método mais comum de avaliação e ressalta a necessidade de avaliações mais precisas e treinamentos para profissionais que já exercem a longo tempo a profissão. Embora com limitações, essa revisão mostra

que os treinamentos em competência cultural são eficazes na mudança de atitudes e desenvolvimento de habilidades de profissionais de saúde mental.

Benuto e colegas (2019) investigaram os resultados dos treinamentos de Competência Cultural para psicólogos já graduados. Os participantes relataram que a competência cultural é alcançada por meio de experiências clínicas, treinamento didático, supervisão e aprendizado independente (Benuto Et al., 2019). A satisfação dos profissionais com os treinamentos foi alta e houve relatos significativos de cursos ofertados com maior frequência, nos EUA Aproximadamente 41% dos programas no final dos anos 1970 incluíram um curso relacionado à diversidade. O item com a maior concordância em relação ao que constitui um treinamento ideal foi a exploração de preconceitos pessoais e a supervisão. Diversos participantes expressaram o desejo de mais treinamento concreto e técnico, o que coincide com a preocupação de que a educação multicultural tenha se concentrado mais na aquisição de conhecimento sobre diferentes grupos do que na aquisição e desenvolvimento de habilidades para trabalhar com clientes diversos. Portanto, a incorporação de treinamento baseado em habilidades de competência cultural e interseccionalidade é necessária.

Uma das pesquisas levantadas foi construída por Davis e Colegas em 2018 e avalia a eficácia do "Multicultural Orientation Framework". Os resultados indicam evidências iniciais que ligam os construtos de orientação multicultural a resultados da terapia. Uma característica importante dos treinos de competência no modelo MCO é a inclusão de vídeos com depoimentos de atores representando clientes fictícios, trazendo relato de situações clínicas que implicam em questões culturais (treinamento ativo por videomodelagem). A partir desses vídeos, são discutidos aspectos referentes às questões culturais dos clientes. Esse parece ser um modelo promissor para o ensino de empatia dos terapeutas. A amostra estudada consistiu em nove artigos empíricos que incluíram uma medida de um dos três construtos dentro do framework MCO. A maioria dos estudos se concentrou

principalmente em terapeutas brancos e a revisão não forneceu informações sobre o método de treinamento usado nas amostras, apesar de indicar dados de eficácia.

Os estudos acima mencionados demonstram que embora tenham ocorrido progressos no campo de estudos sobre práticas culturalmente responsivas na psicoterapia, este também tem sido alvo de críticas em relação à confiabilidade e validade das medidas e dos constructos (Owen et al., 2014; Hook, Farrell et al., 2016; Zhang e Zhou, 2019; Furini et al., 2023; Passos et al., 2023). Em uma análise mais precisa, diversos estudos citam como treinamentos existentes e os dados provenientes apresentam limitações, como a predominância de autoavaliações na medição de Competência Cultural e a necessidade de mais pesquisas com amostras diversas, que considerem a interseccionalidade e métodos de pesquisa mais sólidos (Zhang & Zhou, 2019).

A pesquisa qualitativa e de autorrelato permite a coleta de dados ricos, mas assume que os participantes estão sendo honestos sobre suas experiências de treinamento, não estão envolvidos em desejabilidade social e são capazes de lembrar com precisão suas experiências. Dada a visão geralmente positiva dos participantes de nossa amostra, pode ter havido uma presença de desejabilidade social, além do viés de auto seleção, com aqueles que tiveram experiências de treinamento positivas sendo mais propensos a participar de estudos.

Além disso, a falta de consistência nas medidas e construtos, bem como a falta de pesquisas com amostras diversas e métodos sólidos, são preocupações significativas. Poucos estudos consideraram grupos diversos, focando mais em etnias do que em identidades culturais variadas, como religião e orientação sexual. O foco na literatura de pesquisa principalmente nas populações do Ocidente levanta a questão da generalização das descobertas para outros contextos culturais. A literatura é em grande parte ocidental, e a necessidade de adaptar abordagens a diferentes contextos culturais é evidente. Hendriks (2019) defende que há na tradição norte americana um 'individualismo positivo', e que algumas intervenções podem ser eficazes em países ocidentais, elas podem ser pouco

eficazes ou até prejudiciais em configurações culturais diferentes. Por exemplo, em algumas culturas, a revelação emocional pode aumentar a ansiedade e o estresse, levar a conflitos familiares ou à estigmatização.

Os resultados dos treinamentos podem variar significativamente dependendo se a competência cultural é avaliada pelo terapeuta ou pelo cliente, poucos estudos sobre a avaliação da experiência dos clientes na terapia têm sido conduzidos, faltando fundamentações empíricas sob a experiência do cliente. (Soto et al., 2018). Para os autores quanto mais um tratamento for adaptado para corresponder às características precisas de um cliente, maior a probabilidade de que o cliente se envolva no tratamento, permaneça no tratamento e experimente melhorias como resultado do tratamento. Embora os clínicos não possam considerar simultaneamente todas as características do cliente, eles podem estar cientes e tentar adaptar o tratamento para alinhar com identidades interseccionais valorizadas pelo cliente.

Outra limitação relevante é que muitos estudos forneceram descrições breves das adaptações implementadas. Isso impede que revisões sistemáticas avaliem com precisão a qualidade ou especificidade das adaptações realizadas. (Soto et al., 2018).

Em resumo, embora haja progressos na área de treinamento de competência cultural, a pesquisa destaca a necessidade de abordar várias limitações existentes, como a predominância de autoavaliações, falta de diversidade na representação de identidades culturais e a necessidade de pesquisas com dados mais fidedignos. Essas descobertas podem orientar o desenvolvimento futuro de treinamentos em competência cultural para melhor atender às necessidades de comunidades culturalmente diversas. A ênfase na cultura em práticas clínicas deve considerar a interseccionalidade e a diversidade de contextos culturais. Uma intervenção mais ativa, com feedbacks e técnicas de supervisão, além de destinada a diversidade de identidades culturais, poderia ser mais eficaz.

OBJETIVOS

Tendo em vista a importância da competência cultural dos(as) terapeutas e as dificuldades para demonstração da eficácia de treinamentos de competência cultural, o presente trabalho visou avaliar o efeito de um treino de competência cultural com dois componentes - um treinamento teórico e um treinamento ativo por videomodelagem, semelhante ao desenvolvido por Davis et al. (2018) – sobre o repertório de terapeutas. Além disso, as respostas discriminativas de contingências culturais dos terapeutas foram avaliadas por meio de dois instrumentos: (1) um instrumento de autorrelato e (2) a partir da formulação de casos clínicos fictícios e gravação das discussões propostas por duplas. Tais dados puderam contribuir para o aprimoramento de um treinamento para o desenvolvimento desta habilidade em contexto brasileiro e discriminação terapêutica.

MÉTODO

Participantes

Participaram do presente estudo:

A) **Atores:** Participaram da fase de construção de vídeos para videomodelagem 4 pessoas com vivências específicas relacionadas a populações culturalmente diversas. Foram convidados indivíduos com ou sem experiência de atuação profissional e do convívio pessoal dos pesquisadores.

B) **Terapeutas:** Dez participantes foram recrutados para participação na pesquisa, no entanto, 4 desistências ocorreram sem tempo hábil para substituição. Em função disso, participaram da fase de treinamento 06 psicólogos formados e com CRP ativo que se autodenominavam terapeutas analítico-comportamentais e faziam parte de um curso de especialização, qualificação ou aprimoramento em terapia analítico-comportamental. Foram excluídos da amostra terapeutas que já tinham sido submetidos a algum tipo de treino de competência cultural ou de algum de seus componentes. Além disso, no ato de sua candidatura a participar do treino, os candidatos responderam ao Questionário de Habilidades Culturais: Escala de Medição de Competência Cultural para Profissionais de Saúde (EMCC-14; Anexo 2).

Para a realização da Avaliação pré-treino e Avaliação Final por meio de estudos de casos clínicos, os participantes foram divididos em duplas, conforme consta na Tabela 1:

Tabela 1

Relação Duplas e Participantes

	Participantes
Dupla 1	P5 e P6
Dupla 2	P1 e P2
Dupla 3	P3 e P4

C) **Observadoras:** Duas observadoras conduziram a avaliação das formulações de caso elaboradas pelos participantes. Foram eles: a Pesquisadora 1, responsável por este projeto e que, na época, realizava um mestrado em Análise do Comportamento Aplicada, e a Pesquisadora 2, uma psicóloga com CRP ativo e 8 anos de atuação.

Aspectos éticos

Todos os atores e terapeutas assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), que consta no Apêndice 1, e o “Termo de Autorização para Distribuição Gratuita de Vídeo em Plataforma Online”, que consta no Apêndice 1.2. Os pesquisadores também assinaram um termo de responsabilidade e sigilo sobre os dados coletados, que consta no Apêndice 2.

Materiais e equipamentos

- Equipamentos eletrônicos como computador, notebook, smartphone;
- Materiais de treinamento teórico desenvolvidos no aplicativo PowerPoint®;
- 08 vídeos gravados por meio de aplicativo de vídeo, com vinhetas de queixas clínicas incluindo diferentes vivências relacionadas a populações culturalmente diversas; (<https://www.youtube.com/watch?v=b55BLKB8qrk&list=PLBFCfaYNXAAb5A56TI3XmZjr1bsn8ouab>).
- Ementa da programação de ensino para Competência Cultural em parte teórica (Apêndice 8);
- Modelo de Formulário de Caso (Apêndice 3);
- Modelo de Formulário de avaliação de repertório para avaliação de caso clínico (Apêndice 4);
- Modelos de questionário estruturado para Caracterização dos Participantes (Apêndice 5);
- Dois casos clínicos fictícios (Apêndice 6);
- Questionário de Habilidades Culturais: Escala de Medição de Competência Cultural para Profissionais de Saúde (EMCC-14; Anexo 2).

Ambiente

As sessões ocorreram em ambiente online através do aplicativo ZOOM.

Procedimento

I. Fase Pré-Treino – gravação de vídeos: Os atores foram convidados a participar do estudo, gravando vinhetas de queixas clínicas com temáticas relacionadas à interseccionalidade e vivências específicas de populações culturalmente diversas. Os atores assinaram o TCLE e o “Termo de Autorização para Distribuição Gratuita de Vídeo em Plataforma Online”. As vinhetas foram gravadas através de aplicativo de vídeo do aparelho eletrônico de preferência dos atores. O conteúdo de cada

vinheta foi decidido com o ator, para que suas vivências pessoais fossem incorporadas ao vídeo, buscando maior autenticidade. As vinhetas foram utilizadas no Treino Ativo, descrito na Etapa 02.

II. Fase Pré-Treino – formação de duplas de participantes: Os 6 terapeutas assinaram o TCLE e preencheram um questionário de caracterização dos participantes (Apêndice 5). Após isso, os terapeutas foram distribuídos em duplas por ordem de chegada, que foram mantidas até o fim da pesquisa. Cada dupla foi exposta a duas etapas de intervenção e três etapas de avaliação, ao longo de um dia de oficina, com duração de 08 horas, via aplicativo ZOOM para reuniões online. Os resultados de cada fase foram computados e os resultados das etapas 2 e 3 comparados com os resultados da etapa 01.

III. Linha de base - Avaliação pré-intervenção: Todas as duplas de terapeutas foram expostas a:

1. Um questionário de Habilidades Culturais: A avaliação realizada no momento do recrutamento dos participantes pela Escala de Medição de Competência Cultural para Profissionais de Saúde (EMCC-14; Anexo 2) foi considerada como medida de linha de base para esse instrumento.
2. Um caso clínico que foi apresentado via aplicativo ZOOM (Apêndice 6). A descrição do caso foi distribuída aos participantes também através do Google Forms, já contendo as perguntas para descrição das interpretações do caso. Os participantes foram divididos em salas com suas duplas e então delimitaram, via Google Forms, por meio do questionário de formulação de caso (Apêndice 3), a queixa principal, possíveis intervenções e pontos para análise do caso. O preenchimento do formulário pelos participantes não foi avaliado quantitativamente; foi utilizado pelas Observadoras visando comparar o conteúdo escrito pelos participantes com o conteúdo verbalizado na discussão das duplas.
3. As discussões das duplas foram gravadas em áudio e vídeo e analisadas pelas Observadoras por meio da Escala de Avaliação de Repertório (Apêndice 4). Para a atribuição de pontuação para cada item da Escala de Avaliação de Repertório (Apêndice 4) foi considerada a resposta escrita pela dupla no Questionário de formulação de caso (Apêndice 3) e o conteúdo verbalizado na discussão das duplas. A avaliação foi realizada por duas pesquisadoras e a concordância na avaliação de cada questão foi obtida por meio de consenso. O objetivo de utilizar ambas as fontes foi analisar diretamente o comportamento verbal vocal das participantes em vez de apenas o produto escrito desse comportamento verbal.

IV. Intervenção componente 01 - Treino teórico: Todas as duplas foram expostas a uma apresentação teórica acerca de Competências Multiculturais, incluindo descrição das diretrizes para atuação propostas, conteúdo teórico e delimitação das minorias sociais e suas particularidades (ementa de treinamento no Apêndice 8). O treino foi conduzido pela Pesquisadora 1, responsável por este projeto.

V. Avaliação intermediária: Após a realização do treino teórico, todas as duplas foram avaliadas por meio do Questionário de Habilidades Culturais: Escala de Medição de Competência Cultural para Profissionais de Saúde (EMCC-14; Anexo 2). O objetivo dessa avaliação intermediária foi verificar o efeito do treino teórico sobre o repertório de autorrelato dos participantes sobre suas habilidades multiculturais (ou seja, se o treino afeta a habilidade de falar sobre competências culturais). O treino foi conduzido pela Pesquisadora 1, responsável por este projeto.

VI. Intervenção componente 02 - Treino Ativo por videomodelação: Todas as duplas foram expostas a vídeos com as vinhetas contendo queixas de diferentes grupos culturais. A partir da exposição do vídeo, foi levantada uma discussão pelo Avaliador 1 com os terapeutas sobre as suas impressões e emoções despertadas pelo vídeo, as variáveis culturais envolvidas, questões relacionadas à interseccionalidade e possíveis atuações perante essas questões.

VII. Avaliação final: Após o treino ativo, todas as duplas foram expostas a um novo caso clínico, de modo a verificar o efeito do treino ativo sobre a habilidade dos terapeutas de aplicar o conhecimento adquirido na formulação de casos clínicos, considerando variáveis culturais e de interseccionalidade em sua análise. O caso clínico foi apresentado por meio de apresentação via aplicativo ZOOM. A descrição do caso foi distribuída aos participantes também através do Google Forms, já contendo as perguntas para descrição das interpretações dos terapeutas. Em dupla, delimitaram, via Google Forms, por meio do questionário de formulação de caso (Apêndice 3), a queixa principal, possíveis intervenções e pontos para análise do caso, que foi avaliado por meio do mesmo procedimento descrito na LINHA DE BASE. A avaliação foi realizada por duas pesquisadoras e a concordância na avaliação de cada questão foi obtida por meio de consenso.

Produto técnico esperado

O presente trabalho apresenta um treinamento teórico-prático para discriminação e desenvolvimento de habilidades relacionadas à competência multicultural em atendimento clínico. O estudo conduzido a partir dos dados provenientes do treinamento de terapeutas provê informações sobre os efeitos desse treinamento sobre o repertório de terapeutas em treinamento, ao analisar variáveis culturais e interseccionalidade em casos clínicos. Além disso, foi verificada a viabilidade de um modelo de avaliação de competências culturais alternativo às escalas de autorrelato, por meio de atividades de formulação de caso clínico. Tais dados podem contribuir para o planejamento e a replicação de estudos empíricos, treinos para ampliação de repertório de novos terapeutas e, por fim, a produção de pesquisa e tecnologia sobre esta competência terapêutica.

Análise de dados

O objetivo do presente estudo foi verificar o efeito de um treino de competência cultural teórico-prático sobre o repertório de terapeutas analítico-comportamentais. Para tanto, este estudo considerou como indicadores de competência cultural dos terapeutas o desempenho na elaboração de formulação de caso clínico de clientes fictícios, além de seu escore em um inventário de autorrelato que avalia competência cultural (EMCC-14; Anexo 2).

As diferenças observadas nos terapeutas em relação aos indicadores selecionados permitiram analisar o impacto dos diferentes componentes do treino, composto por um módulo teórico e um módulo de treino ativo, com atividades práticas e feedbacks, sobre as habilidades relacionadas à competência cultural.

Resultados

Participaram da pesquisa seis participantes, que compareceram no horário programado, em reunião organizada pelo aplicativo ZOOM®.

Dados demográficos dos participantes

A Tabela 2, a seguir, apresenta os dados demográficos dos participantes coletados através do questionário estruturado para Caracterização dos Participantes (anexo 05):

Tabela 2

Perfil dos Entrevistados

	P1	P2	P3	P4		P6
Idade em anos	23 anos	26 anos	26 anos	27 anos	27 anos	61 anos
Sexo asignado no nascimento	Feminino	Femini no	Femi nino	Femi nino	Femini no	Fe minino
Identidade de gênero	Mulher cisgênera	Mulher cisgênera	Mulher cisgênera	Mulher cisgênera	Mulhe r cisgênera	Mu lher cisgênera
Orientação sexual	Heterossexual	Heterossexual	Bisse xual	Homossexual	Outro	Het erossexual
Religião	Outra	Ateu	Ateu	Ateu	Agnóstico	Ateu
Raça/Cor de pele	Branca	Branca	Branca	Branca	Parda	Parda
Deficiência	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Renda familiar	\$6.000 - \$10.000	Mais de \$10.000	\$3.000 - \$6.000	\$3.000 - \$6.000	\$6.000 - \$10.000	Mais de \$10.000
Região de nascimento	Sudeste	Sudeste	Sul	Sudeste	Sudeste	Nordeste
Pertencente a alguma minoria social	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não

Atuação em anos 1 ano Recém formada 2 anos Recém formada 5 anos 35 anos

O grupo mostrou-se bastante homogêneo em algumas características, tais como “Sexo assignado no nascimento”, “identidade de Gênero” e “deficiência”. Já outras características apresentarem maior variabilidade. Nota-se que 50% se identificavam como pertencente a alguma minoria social. Conforme demonstrado, o grupo é composto exclusivamente por mulheres cisgêneras. Em termos de orientação sexual, 50% se identificam como heterossexuais, 17% como bissexuais, 17% como homossexuais e 17% como outra orientação. Racialmente, 67% do grupo se identifica como brancas e 33% como pardas. No aspecto religioso, 67% são ateias, 17% agnósticas e 17% seguem outra religião. Quanto à renda familiar, há uma distribuição igual entre três faixas: 33% possuem renda de \$3.000 a \$6.000, 33% de \$6.000 a \$10.000 e 33% mais de \$10.000. Todas as participantes declararam não possuir deficiência. A maioria, 67%, nasceu no Sudeste, enquanto 17% nasceram no Nordeste e 17% no Sul.

Medidas de autorrelato

A Figura 3 mostra os escores obtidos no instrumento EMCC em linha de base e na avaliação intermediária.

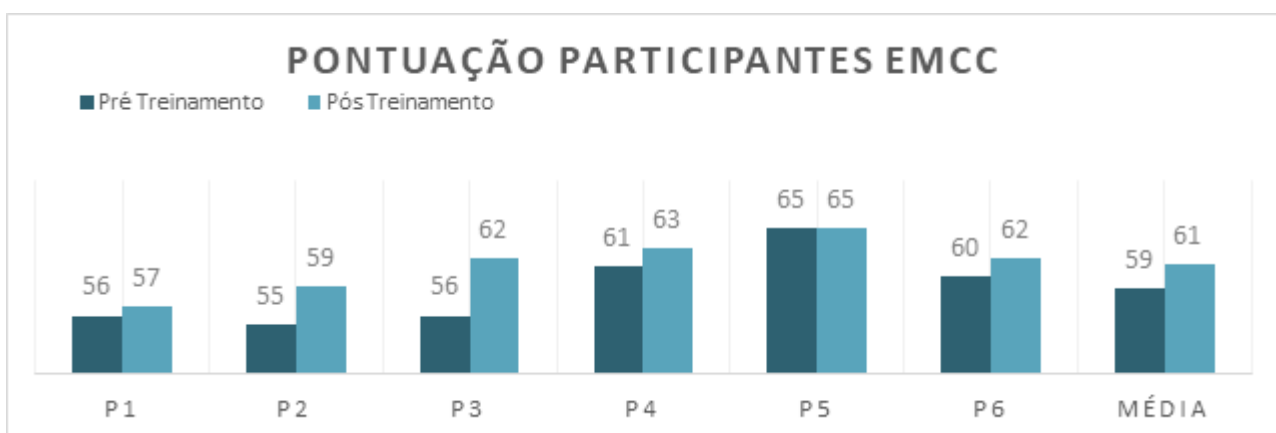


Figura 3: Escores dos participantes no instrumento EMCC em linha de base e na avaliação intermediária.

Na avaliação de linha de base, os escores dos participantes no instrumento EMCC-14 (Anexo 2) variaram de 55 a 65 pontos, sendo a média dos participantes de 59 pontos, situando-se na faixa média alta. Isso sugere que a percepção do próprio participante sobre suas habilidades de competência cultural é positiva, mesmo antes do treinamento.

Após o treinamento teórico (COMPONENTE 1), foi realizada nova aplicação do instrumento, representando a AVALIAÇÃO INTERMEDIÁRIA. Nota-se que, após o treinamento teórico, houve aumento nos escores de quase todos os participantes, com a média crescendo para 61 pontos.

Os participantes optaram por “concordo” ou “concordo totalmente” na maior parte das perguntas. Parece haver concordância quanto à importância de considerar as diferenças culturais nos cuidados de saúde, como indicado pelas médias altas nas respostas. Itens como "Acredito que pacientes com diferentes crenças e costumes têm diferentes expectativas e/ou necessidades nos cuidados de saúde", "As crenças, valores e costumes do paciente devem ser apreciados nos cuidados de saúde", e "Acredito que saber mais sobre as crenças e hábitos dos pacientes me ajuda a planejar um tratamento mais adequado" foram os itens com maiores pontuações.

Por outro lado, itens como "Estou ciente de que minhas crenças sobre os pacientes influenciam as recomendações terapêuticas que lhes faço", "Registro no prontuário clínico os dados sobre crenças e costumes coletados na avaliação do paciente", e "Sou capaz de estabelecer metas terapêuticas e/ou objetivos considerando o contexto cultural (crenças e costumes) de meus pacientes e suas necessidades" receberam pontuações médias (3 e 4). Tais dados sugerem que os participantes tenham menos habilidade ou menos confiança em sua habilidade de integrar seus conhecimentos na análise de caso clínico.

Quando comparadas a primeira avaliação e a medida de autorrelato EMMC-14, as participantes que declararam pertencer a uma minoria social (P3, P4, P5 e P6) tiveram pontuações mais altas, principalmente aquelas que pertenciam a mais de um grupo considerado socialmente minoritário (P4 e P5). Também é melhor a pontuação das participantes que já possuíam maior tempo de atuação clínica (P5 e P6). De forma geral, as pontuações foram acima da média, o que sugere familiaridade com a temática proposta. O aumento dos escores na avaliação intermediária sugere que o treinamento teórico tenha sido efetivo em desenvolver repertório de conhecimento sobre (de falar sobre) da temática de competência cultural.

A pontuação de cada item de cada participante no Questionário de Habilidades Culturais: Escala de Medição de Competência Cultural para Profissionais de Saúde (EMCC-14) encontra-se no Apêndice 8.

Medidas de observação direta

A Figura 4, a seguir, mostra os escores obtidos pelas duplas a partir do “Formulário de avaliação de repertório para avaliação de caso clínico (Apêndice 4)” antes e depois do treino ativo. O escore do instrumento de avaliação variava de 0 a 26 pontos.

Os dados coletados por meio de observação direta da discussão de casos entre as duplas indicam diferença significativa nas pontuações pré e pós-intervenção. No primeiro caso clínico avaliado em linha de base, o escore total varia bastante entre as duplas. As duplas 1 e 3 têm pontuações mais altas (8). Já a dupla 2 apresenta uma pontuação significativamente mais baixa (1).

Os dados obtidos na Avaliação Final demonstram uma pontuação total significativamente mais alta em comparação à Avaliação Pré-Treino (Linha de Base). Assim como observado em linha de base, as duplas 1 e 3 obtiveram pontuações mais altas (16 e 15 pontos, respectivamente) quando com paradas à dupla 2 (3 pontos).

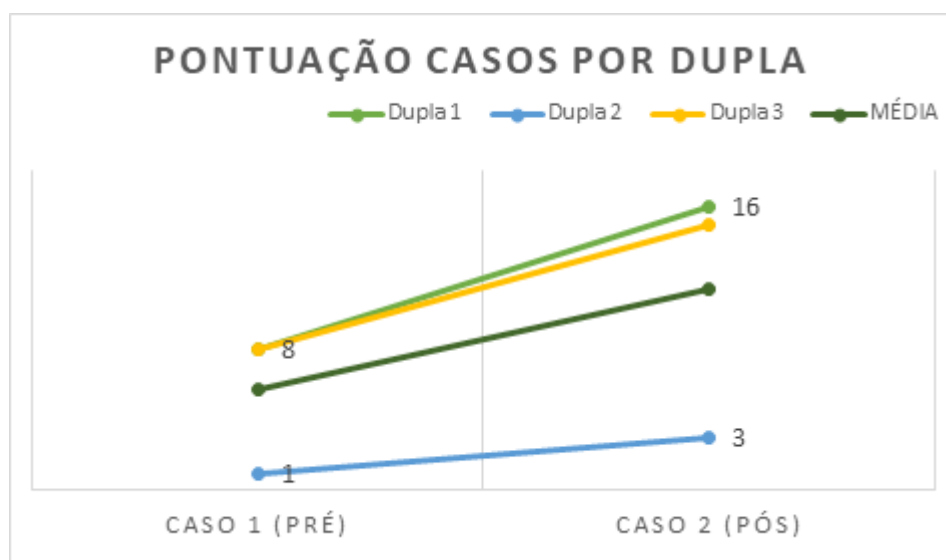


Figura 4: Escores obtidos pelas duplas no instrumento de observação direta, em Avaliação de Linha de Base (pré-treino) e Avaliação Final (pós-treino).

A Tabela 3, a seguir permite uma análise detalhada da pontuação das duplas:

Tabela 3

Escore de cada uma das duplas no Formulário de avaliação de repertório para avaliação de caso clínico em Linha de Base e Avaliação Final.

Item do instrumento	D1		D2		D3	
	C1	C2	C1	C2	C1	C2
Qual foi a queixa identificada como a principal do paciente?	1	2	0	1	1	2
Foi discutido o contexto social desse indivíduo? a) informações sobre o ambiente social em que o paciente está inserido, incluindo família, amigos, trabalho, comunidade etc.	1	2	0	1	1	2
Foi discutido as experiências de preconceito e estresse de minoria ele pode ter vivenciado? a) possíveis situações de discriminação, preconceito ou estresse relacionadas à sua identidade social, como etnia, gênero, orientação sexual, religião,	1	1	0	0	1	2

etc. Caso seja relevante, mencione as consequências dessas experiências.						
Foi discutido as possíveis interseccionalidades do caso? a) Considere a intersecção de diferentes dimensões de identidade, como raça, gênero, orientação sexual, classe social, entre outras, e como esses fatores podem influenciar a experiência do paciente.	1	2	1	0	1	2
Foi discutido quais atitudes e crenças afetam seu paciente?	0	2	0	0	0	2
Foi discutido quais atitudes e crenças do psicoterapeuta afetariam sua atuação?	0	0	0	0	0	0
Foi discutido como o ambiente social que o cliente vive o influencia? a) De que forma o ambiente social em que o paciente está inserido, incluindo	1	2	0	1	1	2

família, comunidade, cultura, afeta sua saúde mental e bem-estar.							
Foi discutido quais são as relações de poder e opressão no caso? a) As dinâmicas de poder, opressão ou privilégio presentes na vida do paciente e como elas podem afetar sua saúde mental e vivência.	0	1	0	0	0	1	
Foi discutido a maneira que o psicoterapeuta abordaria o cliente sobre sua identidade cultural? a) Como abordar o tema da identidade cultural com o paciente, levando em consideração sensibilidade cultural e a necessidade de compreender sua experiência.	1	0	0	0	2	1	
Foi discutido como a história social do psicoterapeuta se relaciona com a do cliente?	0	0	0	0	0	0	

Foi discutido como o atual estado do país que vivemos influencia este paciente? a) fatores políticos, sociais e econômicos do contexto atual podem impactar a vida e o bem-estar do paciente.	1	2	0	0	0	1
Foi discutido como o psicoterapeuta abordaria as implicações culturais das vivências do cliente: a) O terapeuta explora de forma sensível e respeitosa as implicações culturais das vivências relatadas pelo cliente, considerando fatores como sua identidade cultural, crenças e valores.	0	1	0	0	1	0
Foi discutido se há algum tema neste caso que o psicoterapeuta consideraria de difícil abordagem ou que o deixaria de alguma forma constrangido: a)	1	1	0	0	0	0

O terapeuta reconhece e reflete sobre temas sensíveis ou difíceis de abordar no caso, bem como sobre qualquer desconforto pessoal ou constrangimento o que possa surgir durante o atendimento.						
Pontuação total por dupla	8	6	1	3	8	5

Os dados obtidos por meio do instrumento de observação permitem inferir possíveis habilidades e dificuldades dos participantes ao formular um caso clínico. Nota-se que, mesmo na fase pré-treinamento, questões ligadas ao contexto social e às interseccionalidades dos pacientes foram as que receberam maiores pontuações. Os dados referentes a itens como “Qual foi a queixa identificada como principal?” e “Foi discutido o contexto social desse indivíduo?” indicam aspectos mais discutidos pelas duplas, refletindo a importância dada ao ambiente social e às identidades interseccionais, como raça, gênero e classe, na experiência do cliente.

Por outro lado, questões sobre as atitudes e crenças do psicoterapeuta, como “Foi discutido quais atitudes e crenças do psicoterapeuta afetariam sua atuação?”, receberam as menores pontuações, indicando que foram pouco ou nada abordadas. Aspectos como a relação entre a história social do terapeuta e a do cliente também não foram mencionados pelos participantes. Esses dados sugerem que áreas que envolvem a auto-observação e reflexão (especialmente com relação a dinâmicas de poder e opressão) merecem maior atenção em um futuro aprimoramento do treino.

Em relação às repostas fornecidas pelas duplas ao analisar o caso 01, todas as duplas mostraram-se capazes de identificar ansiedade, tristeza, inquietação, taquicardia e choro como principais sintomas da cliente. Além disso, a maioria das duplas mencionou a dificuldade financeira, a relação problemática com a família e a situação do ex-marido que não sai de casa como fatores influentes na situação da cliente. Foi também reconhecido por todos os participantes da pesquisa o impacto do bullying e das dificuldades socioeconômicas no desenvolvimento de seu quadro atual.

As duplas salientaram diferentes variáveis como relevantes para a compreensão do caso clínico. Para a Dupla 1, a venda do carro para pagar dívida com o irmão e o curso superior mal remunerado foram informações relevantes. Já a Dupla 2 destacou o controle rígido dos pais como um fator central. A Dupla 3, por sua vez, enfatizou as cobranças da família, a sobrecarga de jornada dupla e as variáveis ligadas ao racismo. Nota-se, portanto, que apenas a dupla 3 enfatiza questões relacionadas às interseccionalidades do caso (é importante notar que nos dados coletados no EMCC-14 as perguntas voltadas a esta temática também obtiveram menor pontuação em linha de base), ressaltando a importância de um treino voltado à competência cultural.

Já as repostas fornecidas pelas duplas ao analisar o caso 02 através do “Modelo de Formulário de Caso (Apêndice 3)” foram semelhantes na identificação da ansiedade, depressão, preocupação constante, insônia, taquicardia e uso abusivo de álcool e maconha como principais queixas. Também foi reconhecida por todas as duplas a queixa de não se sentir pertencente e merecedor de seu emprego atual. A dupla 2, por sua vez, destacou a valorização do estudo e ascensão socioeconômica como dados importante para avaliar a história do cliente e a dupla 3 enfatizou a baixa autoestima e supercompensação no trabalho como fatores relevantes. No entanto, a dupla 1 foi a única a levantar como discussão a influência de uma possível neurodivergência e apenas as duplas 1 e 3 mencionaram o histórico de abandono do pai, a situação socioeconômica difícil, e o impacto da orientação sexual e do preconceito – fatores importantes referentes à interseccionalidade.

As respostas completas do “Questionário de formulação de caso” (Apêndice 3) se encontram no apêndice 09. Os dados coletados sugerem que o treinamento tenha contribuído para um aprimoramento do repertório de análise de pelo menos duas duplas. Todas as duplas apresentaram escores maiores nas medidas após o treinamento. A dupla 2, no entanto, embora tenha alcançado na avaliação final do instrumento de observação um valor três vezes mais alto que o obtido em linha de base, este ainda representa um valor baixo, sugerindo que o treinamento não tenha sido suficiente para desenvolver um repertório abrangente de competência cultural para essa dupla.

É também digno de nota que, em todos os instrumentos de avaliação utilizados, os participantes obtiveram escores relativamente piores em questões que propõem a auto-observação do terapeuta e a percepção do impacto de questões e valores do terapeuta no atendimento clínico. Como discutido, a competência cultural é perpassada por um processo de autoanálise do terapeuta e de reconhecimento das próprias percepções, sentimentos e valores. Sendo assim, avaliações

insatisfatórias nesta temática indicam uma necessidade de aprimoramento da tecnologia para o desenvolvimento desse tipo de repertório.

Além da comparação entre as modalidades de avaliação que envolvem autorrelato e observação direta, podemos fazer algumas pontuações em relação ao desempenho individual de cada participante. Durante as atividades de avaliação e treino, foi possível notar (por ambas as pesquisadoras envolvidas diretamente no treinamento) um envolvimento ativo de todos os participantes. No entanto, nas discussões dos vídeos com vinhetas de situações clínicas, as participantes da dupla dois tiveram menos interações com o grupo. Elas fizeram menos comentários, compartilharam menos impressões e histórias pessoais e, em alguns momentos, mantiveram a câmera fechada. As demais participantes debateram intensamente, relatando situações próprias e como estas se relacionavam com as temáticas abordadas no treinamento.

As participantes da dupla 2 correspondem às participantes 1 e 2, e, como já mencionado, elas são as que não se identificam como pertencentes a grupos minorizados. Nota-se ainda que ambas têm menos de um ano de formação e atuação clínica. Conforme observado no apêndice 09, ao analisarmos as respostas da dupla às questões dissertativas, elas demonstram bom conhecimento teórico dos preceitos da análise do comportamento, com o uso correto da terminologia. No entanto, os aspectos culturais abordados no treinamento foram minimamente comentados por estas duas participantes na discussão de caso clínico. Elas também tiveram as menores pontuações na fase intermediária do treinamento, conforme a avaliação EMCC-14. Fatores como timidez, dificuldade de comunicação em público ou até mesmo cansaço pelas horas de treinamento podem ter influenciado os escores dessa dupla. Contudo, nota-se que, para elas, o treinamento pode não ter sido tão eficaz. Seria importante, em um estudo futuro, criar estratégias de investigação e de treino, que pudessem detectar em tempo hábil essas questões para dirigir o treino de modo sensível às necessidades de participantes específicos, de modo a garantir uma maior efetividade – e sensibilidade cultural - do próprio treino.

DISCUSSÃO

O presente estudo parte da premissa de que treinar habilidades de Competência Cultural em psicoterapeutas proporciona um atendimento mais efetivo e sensível às diferenças individuais e culturais. Os resultados obtidos revelam informações relevantes sobre diferentes modalidades de

treino voltadas para o desenvolvimento de Competência Cultural. Destacam ainda a diferença entre informações coletadas por meio de autorrelatos e aquelas observadas em discussões de casos clínicos.

Quando comparados os dados pré e pós-treino, é possível verificar o aumento do escore em todos os testes aplicados, sejam as medidas de autorrelato ou de observação. Esses dados sugerem que a associação entre o treino teórico e empático pode ser efetiva para desenvolver Competência Cultural nos participantes. Uma sugestão para estudos futuros seria a coleta de dados referentes aos atendimentos dos terapeutas que foram submetidos ao treino, pois poderia fornecer dados mais robustos sobre a sua efetividade.

As participantes que se declararam pertencentes a minorias, principalmente aquelas que declararam interseccionalidade, tiveram, em geral, pontuações mais altas em todos os instrumentos. Já as participantes 1 e 2 (dupla 2) tiveram pontuações mais baixas em todos os escores. Ambas são brancas, heterossexuais, vivem na região sudeste, têm menos de um ano de formadas e renda familiar acima de R\$ 6.000,00. Pode-se inferir que as vivências individuais destas participantes não tenham proporcionado suficientes referências para uma maior consciência sobre questões de identidade cultural e preconceito. Considerando-se esse repertório de entrada e os escores obtidos em ambos os instrumentos no pós-treino, pode-se concluir que o treino não foi suficiente para desenvolver nestas participantes o repertório necessário para uma intervenção culturalmente competente. Este dado permite levantar a hipótese de que a vivência enquanto membro de um grupo minorizado tenha proporcionado maior consciência sobre os contextos sociais, preconceitos e interseccionalidades existentes. Tal consciência, por sua vez, pode proporcionar análises mais profundas tanto sobre sua atuação quanto na formulação de um caso clínico. Esta hipótese implica a necessidade de individualização e de adaptações do treino, a depender do repertório de entrada dos participantes. Com isso, é possível responder às necessidades de terapeutas pertencentes a contextos culturais diversos.

Em relação aos dados coletados através da observação direta das duplas ao discutir um caso, embora haja variações notáveis nas observações do mesmo caso entre as diferentes duplas, é notável a diferença entre o total dos escores pré e pós-intervenção. Isso indica que o treinamento por videomodelação contribui para o desenvolvimento de respostas mais adequadas em relação às habilidades de Competência Cultural, resultando em avaliações mais detalhadas e abrangentes.

Para a análise dos dados de observação, foi importante o procedimento de coleta de dados por meio da filmagem da interação das duplas, além do questionário. Isso porque as discussões

desenvolvidas pelas duplas foram mais extensas e mais aprofundadas do que as respostas discursivas apresentadas no formulário (Apêndice 3).

A comparação entre as medidas de autorrelato e as medidas de observação, por sua vez, revelou algumas discrepâncias. Mesmo as duplas que pontuaram bem nas medidas de autorrelato, quando analisavam casos clínicos, deixaram de abarcar temáticas de auto-observação e consideração dos próprios valores ao tratar de uma atuação orientada pela competência cultural. Notou-se também que terminologias técnicas da área, tais como “estresse de minoria”, “interseccionalidade” e “dinâmicas de poder” raramente foram utilizadas nas discussões das duplas. Nos registros das interações entre as duplas, questões relacionadas à interseccionalidade foram discutidas mais pelo viés do sofrimento individual.

Tais limitações no repertório observado das terapeutas, em parte podem ser explicadas pelo tempo que foi disponibilizado para o preenchimento do formulário. Nas transcrições das interações entre as duplas, pode-se notar a pressão entre as participantes para apressar o debate, devido ao tempo e para escrever/relatar o caso. Uma sugestão para estudos futuros é ampliar o tempo disponível para a formulação de caso em duplas.

Nota-se ainda na avaliação de ambos os instrumentos, que todas as participantes apresentaram escores mais baixos em itens que diziam respeito à percepção do psicoterapeuta sobre suas atitudes, quando em comparação com outros itens. Além disso, nas discussões das duplas, esse tópico foi pouco mencionado, quando não inexistente. Vale notar, no entanto, que na medida de autorrelato (EMCC 14), os escores obtidos foram acima da média, o que sugere que as participantes saibam falar sobre o tema da interseccionalidade, mas nem sempre sabiam aplicar o conhecimento adquirido. Aparentemente, o repertório de competência cultural presumido pelas terapeutas (e medido pelo EMCC) não correspondeu ao demonstrado na aplicação prática da análise de um caso clínico, mesmo considerando as melhoras obtidas com o treinamento empático.

Comparar os dados de autorrelato com dados de observação sugere que apenas a medida de autorrelato, comumente utilizada, não é suficiente para coletar dados das habilidades treinadas. Alguns pontos poderiam ser levados em consideração para a melhoria do treinamento em estudos futuros. Discutir mais ativamente a percepção de si próprio ao formular um caso clínico pode ganhar mais destaque, assim como o aumento de tempo para treinamento.

Também seria interessante replicar o treinamento com grupos mais diversos e garantir que o treinamento seja contínuo e as habilidades continuem sendo discutidas mesmo após o fim imediato

do treino. Outras hipóteses envolvem o acréscimo de diferentes modalidades de treinamento e instrumentos variando de acordo com o repertório inicial demonstrado por cada participantes, além da inserção de critério de mudança de fase baseado em um padrão de notas em cada instrumento, sendo assim, o participante só iniciaria uma nova fase de treinamento quando alcançasse nota desejada pré estabelecida.

Uma limitação nessa área de estudos é a escassez de medidas padronizadas para análise das habilidades de competência cultural. O EMCC-14 não parece ser sensível a todas as variáveis que atuam em conjunto no atendimento clínico da psicologia.

Quanto aos instrumentos utilizados no presente trabalho, é possível que o tempo disponível para a discussão das duplas a partir dos vídeos gravados tenha sido curto e que o acréscimo do tempo de discussão e de análise das problemáticas levantadas pelos vídeos poderia levar a um melhor aproveitamento. Desse modo, as diretrizes mencionadas na parte teórica poderiam ser trabalhadas, tendo os vídeos como ponto de partida, sendo cada diretriz pontuada e avaliada. Os conceitos de poder/opressão e estresse de minoria também podiam ser mais extensamente trabalhados e literaturas sugeridas.

Os dados indicam que treinamento permitiu, ao menos em duas das duplas, o desenvolvimento de repertório de competência cultural. A inserção do treino ativo, por meio da discussão de vídeos com vinhetas de casos clínicos, parece ter sido importante para o desenvolvimento da empatia e da percepção de variáveis sutis relacionadas à competência cultural, especialmente considerando a melhora nos escores do instrumento de observação na Avaliação Final. Os dados, no entanto, apresentam elementos que contribuem para o aprimoramento do treino, especialmente em áreas relacionadas à autopercepção do psicoterapeuta e a integração do conhecimento sobre estresse de minoria, dinâmicas de poder e opressão na formulação de casos clínicos.

Conclui-se que o treinamento foi efetivo e que pode ser aperfeiçoado para um melhor aproveitamento no desenvolvimento de competências culturais. Os dados apresentados quanto às diferenças culturais das participantes e seu impacto na compreensão de casos clínicos evidencia a necessidade de atenção ao tema das competências culturais em diferentes âmbitos de formação do terapeuta, independentemente da abordagem, desde a graduação em psicologia até a formação em níveis mais avançados e a supervisão clínica.

REFERÊNCIAS

- American Psychological Association (2002). *Guidelines on Multicultural Education, Training, Research, Practice, and Organizational Change for Psychologists* American Psychological Association Approved as APA Policy by the APA Council of Representatives. Disponível online em <https://www.apa.org/about/policy/multicultural-guidelines-archived.pdf>. Recuperado em 07/02/2023
- American Psychological Association. 2017. *Multicultural Guidelines: An Ecological Approach to Context, Identity, and Intersectionality*. Disponível online em: <http://www.apa.org/about/policy/multicultural-guidelines.pdf>
- Andery, M.A.P.A.; Micheletto, N. & Sérgio, T.M.A.P. (2005). A análise dos fenômenos sociais: esboçando uma proposta para a identificação de contingências entrelaçadas e metacontingências. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 1 (2), 149-165.
- Anuniação, D.; Trad, L. A. B.; Ferreira, T. (2020). “Mão na cabeça!”: abordagem policial, racismo e violência estrutural entre jovens negros de três capitais do Nordeste. *Saude e Sociedade*, 29(1) doi <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190271>
- Araújo, L. B. S., Santos, K. M. A. & Bernardo, K. J. C. (2021). Oficinas terapêuticas com mulheres velhas: um recorte de gênero, raça e classe. *Revista Psicologia, Diversidade E Saúde*, 10(2), 282–295. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpd.v10i2.3592>
- Benuto, L. T., Singer, J., Newlands, R. T., & Casas, J. B. (2019). Training culturally competent psychologists: Where are we and where do we need to go? *Training and Education in Professional Psychology*, 13(1), 56–63. <https://doi.org/10.1037/tep0000214>

- Chu, J., Leino, A., Pflum, S., & Sue, S. (2016). A model for the theoretical basis of cultural competency to guide psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(1), 18–29. <https://doi.org/10.1037/pro0000055>
- Chu, W., Wippold, G., & Becker, K. D. (2022). A Systematic Review of Cultural Competence Trainings for Mental Health Providers. *Professional psychology, research and practice*, 53(4), 362–371. <https://doi.org/10.1037/pro0000469>
- Clauss-Ehlers, C. S., Chiriboga, D. A., Hunter, S. J., Roysircar, G., & Tummala-Narra, P. (2019). APA Multicultural Guidelines executive summary: Ecological approach to context, identity, and intersectionality. *American Psychologist*, 74(2), 232-244. <https://doi.org/10.1037/amp0000382>
- Conselho Federal de Psicologia (1999). *Resolução número 01, de 22 de março de 1999: estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual*. Disponível online: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf. Recuperado em 20/10/2022.
- Conselho Federal de Psicologia (2011). *Psicologia e diversidade sexual: desafios para uma sociedade de direitos*. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP. Disponível online: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/05/Diversidade_Sexual_-_Final.pdf. Recuperado em 20/10/2022.
- Conselho Federal de Psicologia (2021). *Nota Técnica sobre a Resolução número 01, de 22 de março de 1999*. Disponível online: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2021/06/Nota-T%C3%A9cnica-1-Resolu%C3%A7%C3%A3o-01.1999.pdf>. Recuperado em 20/10/2022.
- Constantine, M. G. (2007). Racial microaggressions against African American clients in cross-racial counseling relationships. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 1–16.

- Davis, D. E., DeBlaere, C., Owen, J., Hook, J. N., Rivera, D. P., Choe, E., Van Tongeren, D. R., Worthington, E. L., Jr., & Placeres, V. (2018). The multicultural orientation framework: A narrative review. *Psychotherapy, 55*(1), 89–100. <https://doi.org/10.1037/pst0000160>
- Faro, A., & Pereira, M. E.. (2011). Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. *Estudos De Psicologia (natal), 16*(3). <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2011000300009>
- Fazzano, L. H., Toledo, B. F., & Gallo, A. E. (2022). Uma interpretação comportamental sobre a LGBTfobia reproduzida no contexto psicoterapêutico. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento, 13*(1), 183–196. <https://doi.org/10.18761.DH10410.ago21>
- Freitas, J. C. C., & Morais, A. O. (2019). Cultura do estupro: considerações sobre violência sexual, feminismo e Análise do Comportamento. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento, 27*(1), 109-126.
- Furini, L. G., Henzel, G. A. ., Müller, S. A. Ávila S. ., & Passos, J. A. F. . (2023). Multiculturalidade e interseccionalidade nas terapias comportamentais contextuais. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento, 14*(2), 138–153. <https://doi.org/10.18761/vecc291122>
- Glenn, S. S. (1991). Contingences and metacontingencies in correctional settings. Em P. A. Lamal, (Ed.). *Behavioral analysis of societies and cultural practices*. New York, NY: Hemisphere.
- Glenn, S.S. (2004). Individual Behavior, Culture, and Social Change. *The Behavior Analyst, 27*, 133-151.
- Hays, P. A. (2009). Integrating evidence-based practice, cognitive–behavior therapy, and multicultural therapy: Ten steps for culturally competent practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(4), 354–360. <https://doi.org/10.1037/a0016250>
- Hendriks, T., Warren, M. A., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., Graafsma, T., Bohlmeijer, E., & de Jong, J. (2019). How WEIRD are positive psychology interventions? A bibliometric

analysis of randomized controlled trials on the science of well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 14(4), 489–501. <https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1484941>

Hook, J. N., Davis, D. E., Owen, J., Worthington, E. L., Jr., & Utsey, S. O. (2013). Cultural humility: Measuring openness to culturally diverse clients. *Journal of Counseling Psychology*, 60, 353–366.

Hook, J. N., Farrell, J. E., Davis, D. E., DeBlaere, C., Van Tongeren, D. R., & Utsey, S. O. (2016). Cultural humility and racial microaggressions in counseling. *Journal of counseling psychology*, 63(3), 269–277. <https://doi.org/10.1037/cou0000114>

Hook, J N; Davis, D; Owen, J; DeBlaere, C (2017). Cultural Humility (Engaging Diverse Identities in Therapy) (p. iv). American Psychological Association. Edição do Kindle. Huber, L. & Solorzano, D. G. (2014). Racial microaggressions as a tool for critical race research. *Race Ethnicity and Education*, 18(3), p. 297-320.

Jaramillo, C., Nohelty, K. Guidance for Behavior Analysts in Addressing Racial Implicit Bias. *Behav Analysis Practice*, 15, 1170–1183 (2022). <https://doi.org/10.1007/s40617-021-00631-2>

Liddle, B. (1996). Therapist sexual orientation, gender, and counseling practices as they relate to ratings of helpfulness by gay and lesbian clients. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 394–401.

Melo, R. A.; Zarife, P. S. (2022). Escala de microagressões de gênero no trabalho: construção e evidências de validade de conteúdo. *Revista de Administração Unimep*, 19(10), 1-19. Disponível online: <http://www.raunimep.com.br/ojs/index.php/rau/article/view/1867/959>. Recuperado em 20/12/2022.

Micheletto N. (1997) Bases filosóficas do behaviorismo radical. Em R. A. Bana

Micheletto N. (1997) Bases filosóficas do behaviorismo radical. Em R. A. Banaco (Org.). *Sobre Comportamento e cognição. Vol. 1*. Santo André: ARBytes. Capítulo 5

- Miranda, K. (2013). *Racial microaggressions and the therapeutic encounter: a qualitative study on the exploration of the intersection in a cross-racial dyad with white clinicians and clients who are second generation asian and latina american women of color*. Tese de doutorado, University of Pennsylvania. Scholarly Commons. Philadelphia.
- Mizael, T. M. ., Dahás, L. ., & Zamignani, D. R. (2022). Análise do comportamento e direitos das populações socialmente vulneráveis: Em direção a uma prática culturalmente sensível. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 13(1), 1-6. doi <https://doi.org/10.18761/VEEMed45614>
- Mizael, T. M., Barrozo, S. C. V., & Hunziker, M. H. L. (2021). Solidão da mulher negra: uma revisão da literatura. *Revista da ABPN*, 38, 212-239. Recuperado de <https://abpnrevista.org.br/index.php/site/article/view/1270>
- Monteiro, A. D. (2022). *Competência Multicultural e a Experiência de Clientes Racializados: uma Revisão Sistemática*. Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona do Porto. Porto, Portugal.
- Mourão, D. & Zamignani, D. (2018). *Direito ao nome e direito à vida*. Disponível online: https://www.researchgate.net/publication/325921285_Direito_ao_nome_e_direito_a_vida. Recuperado em 20/10/2022.
- Nascimento, B. (2006). O conceito de quilombo e a resistência cultural negra. In: RATTIS, Alex. *Eu sou atlântica: sobre a trajetória de vida de Beatriz Nascimento*. SP: Instituto Kuanza, p. 117-125.
- Nascimento, G. C. M. & Scorsolini-Comin, F. (2018). A Revelação da homossexualidade na família: revisão integrativa da literatura científica. *Temas em Psicologia*, 26(3), 1527-1541. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2018.3-14Pt>

- Naves, A., & Vasconcelos, L. (2008). O estudo da família: contingências e metacontingências. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 4(1), 13-25. doi <http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v4i1.841>
- NEVES, A. B. V. S.; AMORIM, V. C.; BORBA, A. .; SOUZA, F. de .; SILVEIRA, J. M. da; PASSOS, J. A. F.; NICOLDI, L.; CIHON, T. Manifesto por uma Prática Clínica Socialmente Comprometida nas Ciências do Comportamento. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 053–058, 2023. DOI: 10.18761/vecc117122022. Disponível em: <https://www.revistaperspectivas.org/perspectivas/article/view/973>. Acesso em: 3 jul. 2023.
- Okosi, M.J. (2018) *The impact of racial microaggressions on therapeutic relationships with people of color*. Tese de doutorado, Rutgers University; Graduate School of Applied and Professional Psychology, State University of New Jersey, New Brunswick, New Jersey, United States of America.
- Owen, J., Tao, K. W., Imel, Z. E., Wampold, B. E., & Rodolfa, E. (2014). Addressing racial and ethnic microaggressions in therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(4), 283–290. <https://doi.org/10.1037/a0037420>
- Oliveira, J.; Mendonça, H. & Betim, F. (2019). Racismo acontece de uma forma não dita. Aí reside a sordidez”. A dor do preconceito em primeira pessoa. *El País*, 27 nov 2019. Disponível online em <https://brasil.elpais.com/politica/2019-11-27/racismo-acontece-de-uma-forma-nao-dita-ai-reside-a-sordidez-a-dor-do-preconceito-em-primeira-pessoa.html>. Recuperado em 07/02/2023.
- Passos, J. A. F., Weydmann, G. ., Motta, P. ., & Dias, A. C. G. (2023). Interfaces entre as psicoterapias comportamentais e a cultura. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 14(2), 065–087. <https://doi.org/10.18761/vecc21112022>

- Pedrero, V., Bernales, 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>
- Pierce, C. M. (1969). *Is bigotry the basis of the medical problems of the ghetto?*. Print Book, English.
- Pierce, C. (1970). Offensive mechanisms. In: F. Barbour. (org.) *The black seventies*. Porter Sargent Pub, p. 265-282.
- Presta, G. A.; Casagrande, M. L. (2021). O ato de vestir: o negro entre a moda e a sobrevivência. *Revista Cartema*, 9, 14-44. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/CARTEMA/>
- Rede Nossa São Paulo (2021). *Mapa da desigualdade 2021*. Disponível online em <https://centrodametropole.fflch.usp.br/pt-br/noticia/mapa-da-desigualdade-2021-traz-indicado-res-sobre-mobilidade-produzidos-pelo-cem>. Recuperado em 25/04/2022.
- Rostosky, S. S., & Riggle, E. D. (2017). Same-sex relationships and minority stress. *Current Opinion in Psychology*, 13, 29–38. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.011>
- Santos, J. L. (2006). *O que é cultura* (Coleção primeiros passos ; 110). São Paulo : Brasiliense. 12ª reimpr. Da 16ª. Ed. De 1996.
- Sheridan, S. M. (2000). Considerations of Multiculturalism and Diversity in Behavioral Consultation with Parents and Teachers, *School Psychology Review*, 29(3), 344-353. Doi: <https://doi.org/10.1080/02796015.2000.12086019>
- Silva, T. (2020). Racismo Algorítmico em Plataformas Digitais: microagressões e discriminação em código. Em: T. Silva (org): *Comunidades, algoritmos e ativismos digitais: Olhares afrodiaspóricos*. LiteraRUA – São Paulo. Disponível online: <https://www.researchgate.net/publication/341767578> Racismo e sexismo em bancos de i

magens digitais análise de resultados de busca e atribuição de relevância na dimensão financeira profissional. Recuperado em 20/12/2022.

Skinner, B. F. (1953) *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes.

Skinta, M. D. (2020). *Contextual Behavior Therapy for Sexual and Gender Minority Clients: A Practical Guide to Treatment*. New York: Routledge. DOI <https://doi.org/10.4324/9780429030307>

Soto A.; Smith, T.B.; Griner, D.; Domenech Rodríguez, M.; Bernal, G. (2018). Cultural adaptations and therapist multicultural competence: Two meta-analytic reviews. *J Clin Psychol*, 74(11), 1907-1923. doi: 10.1002/jclp.22679.

Souza, J. dos S., Marques, J. M., Scanavino, M. de T., Zamignani, D. R., & Costa, A. B. (2022). Desfechos negativos em saúde mental de minorias de sexo e de gênero: uma análise comportamental a partir da teoria do estresse de minorias. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 13(1), 069–085. <https://doi.org/10.18761/DH027.mart22>

Sue, D. W. (2010). *Microaggressions in everyday life: Race, gender, and sexual orientation*. John Wiley & Sons.

Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavis, R. J. (1992). Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 20(2), 64–88. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.1992.tb00563.x>

Sue, D. W., Bernier, J. E., Durrant, A., Feinberg, L., Pedersen, P., Smith, E. J., & Vasquez-Nuttall, E. (1982). Position paper: Cross-cultural counseling competencies. *The Counseling Psychologist*, 10, 45–52. doi <http://dx.doi.org/10.1177/0011000082102008>

- Tao, K. W., Owen, J., Pace, B. T., & Imel, Z. E. (2015). A meta-analysis of multicultural competencies and psychotherapy process and outcome. *Journal of counseling psychology*, 62(3), 337–350.
- Todorov, J. C. & Moreira, M. (2004). Análise Experimental do Comportamento e Sociedade: Um Novo Foco de Estudo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2004, 17(1), pp. 25-29.
<https://doi.org/10.1590/S0102-79722004000100005>
- Zamignani, D. R. e Banaco, R. A. (2020). Família homoparental e identidade. Em: C. Brandão. *Família e Identidade*. Curitiba-PR. Editora Apris. (pp. 175-203).
- Zamignani, D. R. & Banaco, R. A. (2021). Atendimento de casais homoafetivos masculinos pela psicoterapia analítico-comportamental. In Sociedade Brasileira de Psicologia, R. Gorayeb, M. C. Miyazaki & M. Teodoro (orgs.), *PROPSICO Programa de atualização em Psicologia Clínica e da Saúde: Ciclo 5* (pp. 65-110). Porto Alegre: Artmed Panamericana (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 2).
<https://doi.org/10/5935/978-65-5848-254-3.C0001>
- Zhang, X., & Zhou, M. (2019). Interventions to promote learners' intercultural competence: A meta-analysis. *International Journal of Intercultural Relations*, 71, 31–47.
doi:10.1016/j.ijintrel.2019.04.00

Anexo 1**Diretrizes e sugestões de atuação APA****1. Diretrizes:**

Diretriz 1. Reconhecer e compreender que a identidade e a autodefinição são fluidas e complexas e que a interação entre ambas é dinâmica. Para este fim, devem considerar que a interseccionalidade é moldada pela multiplicidade dos contextos sociais do indivíduo.

Diretriz 2. Reconhecer e entender que, como seres culturais, as pessoas possuem atitudes e crenças que podem influenciar suas percepções e interações com outros, bem como suas conceituações clínicas e empíricas. Assim, os psicólogos devem se esforçar para ir além de conceituações enraizadas em suposições categóricas, vieses, e/ou formulações baseadas em conhecimento limitado sobre indivíduos e comunidades.

Diretriz 3. Reconhecer e compreender o papel da linguagem e comunicação através do engajamento - que é sensível à experiência vivida do indivíduo, casal, família, grupo, comunidade e/ou organizações com quem interagir. Os psicólogos também buscam entender como eles trazem sua própria linguagem e comunicação a essas interações.

Diretriz 4. Estar cientes do ambiente social e físico na vida de clientes, estudantes, participantes de pesquisas e/ou consultados.

Diretriz 5. Reconhecer e compreender em âmbito histórico e contemporâneo, as experiências relacionadas a poder, privilégio e opressão. Assim, buscam abordar barreiras institucionais e desigualdades relacionadas, desproporcionalidades e disparidades da lei, da aplicação da lei, administração da justiça criminal, educação, saúde mental e outros sistemas, na medida em que procuram promover a justiça, os direitos humanos e o acesso a qualidade e igualdade nos serviços de saúde mental e comportamental.

Diretriz 6. Promover intervenções culturalmente adaptáveis e defendê-las, dentro e entre os sistemas, incluindo prevenção, intervenção precoce e recuperação.

Diretriz 7. Examinar os pressupostos e práticas da profissão dentro de um contexto internacional - seja em âmbito de atuação doméstico ou internacional - e considerar como essa globalização tem um impacto na autodefinição, propósito, papel e função de sua prática psicológica.

Diretriz 8. Ter consciência e compreender como os estágios de desenvolvimento e as transições da vida se cruzam com o contexto biossociocultural mais amplo, como a identidade

evolui em função dessas interseções, e como essas diferentes experiências de socialização e amadurecimento influenciam a visão de mundo e a identidade da pessoa.

Diretriz 9. Conduzir pesquisas informadas e culturalmente apropriadas, ensino, supervisão, consulta, avaliação, interpretação, diagnóstico, divulgação, e avaliação de eficácia ao abordarem os primeiros quatro níveis do Modelo Ecológico em Camadas das Diretrizes Multiculturais (*Layered Ecological Model of the Multicultural Guidelines*).

Diretriz 10. Adotar uma abordagem baseada em pontos fortes ao trabalhar com indivíduos, famílias, grupos, comunidades e organizações que buscam construir resiliência e diminuir traumas dentro do contexto sociocultural.

2. Sugestões de Atuação:

1. Psicólogos são encorajados a se esforçar para estar em sintonia com experiências de vida e identidades culturais de cada grupo e, também, como a experiência de identidade pode mudar ao longo do tempo e contexto (Hays, 2016; Tummala-Narra, 2016). Em relação à avaliação e psicoterapia, os profissionais podem propor que seus clientes descrevam suas identidades culturais, ao invés de utilizar conceituações preconcebidas. Podem também atentar-se às maneiras de expressão e linguagem pertencentes a cada indivíduo ou grupo, além de reconhecer que essa linguagem pode mudar ao longo do tempo (APA, 2015b).

2. Psicólogos são encorajados a considerar o papel de suas visões de mundo e histórias socioculturais em suas práticas clínicas. Propõe uma atuação ciente de que o pensamento preconcebido e a generalização podem levar a uma atuação imprecisa com diagnóstico errado, tratamento inadequado e micro agressões em psicoterapia.

3. Psicólogos são encorajados a usar comunicação adequada através do exemplo da identificação do cliente e sua comunidade. Os psicólogos se esforçam para estar cientes do uso da linguagem escolhida pelo cliente e faz uso de intérpretes quando necessário, reconhecendo que a língua e a cultura podem ser experimentadas de forma diferente, mesmo quando existe uma linguagem compartilhada.

4. Psicólogos são encorajados a entender que clientes de baixa renda podem apresentar problemas exacerbados por viver em bairros caracterizados pela pobreza, cuidados de saúde precários, falta de acesso a cuidados de saúde e serviços para deficientes, altas taxas de criminalidade que levam a temores crônicos de segurança pessoal, poucos espaços públicos e

peçoais e recursos inadequados nas escolas. Indivíduos que vivem em ambientes de poucos recursos, incluindo aqueles de grupos historicamente discriminados, podem ter maior probabilidade de receber atendimento de qualidade inferior dos serviços de saúde e enfrentar mais barreiras no acesso aos cuidados.

5. Psicólogos são encorajados a fazer diagnósticos e conduzir avaliações que sejam culturalmente adaptadas.

6. Psicólogos são encorajados a estar cientes das diferenças culturais nas percepções de saúde mental e sua importância e consultar a ciência da prevenção e intervenção, especialmente no que diz respeito ao suporte baseado em evidências para intervenções centradas na cultura (Zane, Bernal, & Leong, 2016). A intervenção centrada no relacionamento enfatiza desenvolver um relacionamento mutuamente colaborativo baseado em um quadro de justiça social. Por meio de esforços de defesa, os psicólogos participam de uma “comunidade cooperativa” (Gee et al., 2015, p. 2) que busca melhorar a vida de seus clientes;

7. Psicólogos são encorajados a usar dos preceitos da empatia cultural. Parcerias entre a saúde primária, sistemas de cuidados de saúde de outras nações e saúde comportamental são necessárias para um tratamento integrado e aumento de intervenção multiculturais. Os psicólogos, em ambientes variados de atenção primária podem abordar amplamente uma série de problemas (ou seja, síndromes médicas, psicossomáticas, relacionais e ligadas à cultura).

8. Os psicólogos cuidam do impacto que as intervenções podem ter na identidade e compreensão da comunidade. Por exemplo, a maioria das crianças com perda auditiva nascem de pais sem perda auditiva (Instituto Nacional de Surdez e Outros Distúrbios da Comunicação, 2016) e quase 60.000 crianças nos Estados Unidos receberam implantes cocleares até 2012. Tais implantes têm sido um ponto de controvérsia na comunidade surda, porque muitos ativistas acham que uma “deficiência” auditiva não é uma deficiência nem uma deficiência e parece desfavoravelmente sobre implantes (Sparrow, 2005) Eles buscam uma consideração mais ampla por parte dos profissionais sobre opção de permitir que uma criança cresça como surda e não estigmatizar essa opção.

9. Os psicólogos são encorajados a estar cientes de que as taxas de abandono entre pessoas pretas são geralmente mais altas do que aquelas encontradas em pesquisa com participantes latina/hispânica/latina, branca/branca (Zane et al., 2016). Entre as razões encontradas para o abandono estão os problemas com o desenvolvimento aliança, desconfiança ou sentimento

de que a intervenção ou pesquisa carece de relevância para a vida do indivíduo. Outros podem ser relutantes em participar de pesquisas ou terapias devido à sua status legal (como residência ilegal em um país), estigma associado a transtornos de saúde mental, identidade de gênero e falta de familiaridade com a pesquisa ou com o sistema de saúde. Os psicólogos devem reconhecer essas barreiras e procurar melhorar a aliança terapêutica.

10. Os psicólogos são encorajados a estar cientes de que intervenções clínicas e comunitárias culturalmente competentes consideram o papel da história e experiências de trauma e injustiça social, tal como vivenciadas e narrado por sobreviventes (Brown, 2010). Atendimento a traumas e intervenções que promovam resiliência na prática psicológica, abarcam uma consideração de exposição traumática que não é atualmente reconhecida como um precipitante para TEPT em diagnósticos psiquiátricos e nos manuais existentes. Especificamente, o estresse traumático enraizado na exposição a violência baseada em sexismo, racismo, xenofobia, deportação políticas, discriminação religiosa, pobreza, heterossexismo, homofobia, transfobia, discriminação de classe social e Capacitação é um problema-chave que afeta negativamente os indivíduos e o bem-estar psicológico das comunidades. Psicólogos em sua prática podem indagar sobre as experiências de indivíduos e comunidades com injustiça social e política e trauma e seu impacto na saúde psicológica e no acesso a cuidados e recursos adequados

Anexo 2

Escala de medição de competência cultural para profissionais de saúde (emcc-14)

Pensando na sua prática clínica habitual, para cada pergunta, indique o quanto você concorda ou discorda.

		Nem		
Discordo		concordo	nem	Concord
totalmente	Discordo	discordo		o
()	()	()		o totalmente
				()

1. Acredito que pacientes com diferentes crenças e costumes têm diferentes expectativas e/ou necessidades nos cuidados de saúde

[Discordo totalmente 1 2 3 4 5 concordo totalmente]

2. Acredito que as crenças, valores e costumes dos pacientes afetam sua saúde

[Discordo totalmente 1 2 3 4 5 concordo totalmente]

3. Acredito que meu contexto cultural influencia minhas atitudes e crenças sobre outros grupos culturais

[Discordo totalmente 1 2 3 4 5 concordo totalmente]

4. Estou ciente de que minhas crenças sobre os pacientes influenciam as recomendações terapêuticas que lhes faço.

[Discordo totalmente 1 2 3 4 5 concordo totalmente]

5. As crenças, valores e costumes do paciente devem ser apreciados nos cuidados de saúde.

[Discordo totalmente 1 2 3 4 5 concordo totalmente]

6. Acredito que saber mais sobre as crenças e hábitos dos pacientes me ajuda a planejar um tratamento mais adequado.

[Discordo totalmente 1 2 3 4 5 concordo totalmente]

7. Creio que cada pessoa doente tem o seu próprio conceito de saúde e doença.

[Discordo totalmente 1 2 3 4 5 concordo totalmente]

8. Acredito que os problemas de saúde do paciente devem ser compreendidos dentro de seu contexto cultural (crenças, valores e costumes)

[Discordo totalmente 1 2 3 4 5 concordo totalmente]

9. Peço ao paciente e sua família que expressem suas expectativas em relação aos cuidados de saúde

[Discordo totalmente 1 2 3 4 5 concordo totalmente]

10. Sou capaz de reconhecer as barreiras potenciais que diferentes pacientes podem enfrentar para acessar os serviços de saúde

[Discordo totalmente 1 2 3 4 5 concordo totalmente]

11. Sou capaz de estabelecer metas terapêuticas e/ou objetivos considerando o contexto cultural (crenças e costumes) de meus pacientes e suas necessidades

[Discordo totalmente 1 2 3 4 5 concordo totalmente]

12. Registro no prontuário clínico os dados sobre crenças e costumes coletados na avaliação do paciente.

[Discordo totalmente 1 2 3 4 5 concordo totalmente]

13. Faço um esforço para explicar ao paciente o seu tratamento de saúde, mesmo que ele acredite que a causa de sua doença é sobrenatural.

[Discordo totalmente 1 2 3 4 5 concordo totalmente]

14. Estou ciente de possíveis dificuldades que podem surgir durante a assistência à saúde devido às diferenças culturais entre o paciente e eu.

[Discordo totalmente 1 2 3 4 5 concordo totalmente]

Referências:

Pedrero, V., Bernales, 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>

Apêndice 1:**Termo de consentimento livre e esclarecido (tcle)- psicoterapeuta**

Título da pesquisa: COMPETÊNCIA CULTURAL EM PSICOTERAPIA: AVALIAÇÃO DE UM TREINO

Você está sendo convidado(a) para participar voluntariamente do estudo **COMPETÊNCIA CULTURAL EM PSICOTERAPIA: AVALIAÇÃO DE UM TREINO**, que tem como objetivo comparar o efeito de dois métodos para o treinamento de habilidade de competência multicultural. Este estudo tem como pesquisadora a psicóloga Natália Sasdelli Abrahão Leite (CRP 06/137995) sob orientação do Dr. Denis Roberto Zamignani, e é parte dos requisitos para o título de Mestre no Programa de Mestrado Profissional em Análise do Comportamento Aplicada no Instituto Par – Ciências do Comportamento

O participante da pesquisa fica ciente que:

1. Participação no estudo: consistirá na participação em uma oficina ministrada pela pesquisadora Natália Sasdelli Abrahão Leite com duração de um dia e no preenchimento de escalas que nos ajudarão a mensurar as mudanças na habilidade avaliada. Questões sociodemográficas, clínicas e ocupacionais genéricas serão também apresentadas.

2. Riscos: Algumas perguntas podem causar algum desconforto ao responder os formulários, por serem relativas às suas vivências profissionais e pessoais. De qualquer forma, você poderá interromper sua participação no estudo em qualquer momento, como explicado em mais detalhes adiante, sem que isso cause qualquer tipo de prejuízo.

3. Benefícios: ao participar deste estudo, você contribuirá para produção de dados importantes sobre o processo psicoterápico e suas relações com o resultado do tratamento. Além disso, o estudo permitirá planejamentos mais eficazes de psicoterapia.

4. Sigilo e privacidade: Seu nome e dados pessoais serão mantidos em sigilo e nenhuma referência que possa ser usada para identificá-lo será apresentada, assegurando assim a sua privacidade. Algumas passagens desse material serão analisadas por pesquisadores, mas ninguém diretamente relacionado a você terá acesso a esses dados e ele não poderá ser usado para qualquer outro fim que não o desta pesquisa. Além disso, todos os dados serão divulgados apenas de forma anonimizada e em conjunto, excluindo a possibilidade de relacionamento entre os dados obtidos das

imagens e a identificação do indivíduo. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo digital, por pelo menos 5 anos, e com o fim deste prazo, será deletado integralmente e nenhuma cópia será mantida. Mesmo assim, reiteramos que você pode recusar sua participação nessa pesquisa sem que isso cause nenhum dano de nenhuma natureza ao seu tratamento ou atritos com a equipe de psicoterapia envolvida. Entendemos completamente que isso pode ser desconfortável para algumas pessoas. Ainda, caso decida participar, você não é obrigado a ir até o final do estudo.

5. Remuneração e custos: Você não terá nenhuma despesa nem remuneração ao participar da pesquisa. Não está excluída a possibilidade de indenização, conforme determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, caso haja dano causado pela pesquisa.

A qualquer momento você poderá entrar em contato com os pesquisadores, ou pelos telefones (011) 3672-2200, (11) 96302-8605 ou pelo e-mail secretaria@institutopar.org, para solicitar esclarecimentos, ou por qualquer outro motivo. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética que será definido pela Plataforma Brasil.

Ao assinar este documento você concorda, voluntariamente, com a participação no estudo e com os termos acima descrito. Afirma que entendeu os objetivos, procedimentos, potenciais desconfortos e riscos e as garantias ao ler ou discutir eventuais dúvidas com os pesquisadores ou pessoa delegada por eles (contatos descritos acima). Caso aceite, uma cópia do presente termo será fornecida para você.

Eu, _____, RG _____, declaro ter recebido todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente a minha participação no projeto de **COMPETÊNCIA CULTURAL EM PSICOTERAPIA: AVALIAÇÃO DE UM TREINO** e concordo participar voluntariamente da mesma.

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante

Pesquisadora: Natália Sasdelli Abrahão Leite (CRP 06/137995)

Prof. Dr. Denis Roberto Zamignani

APÊNDICE 1.1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)- ATORES

Título da pesquisa: **COMPETÊNCIA CULTURAL EM PSICOTERAPIA: AVALIAÇÃO DE UM TREINO**

Você está sendo convidado(a) para participar voluntariamente do estudo **COMPETÊNCIA CULTURAL EM PSICOTERAPIA: AVALIAÇÃO DE UM TREINO**, que tem como objetivo comparar o efeito de dois métodos para o treinamento de habilidade de competência multicultural. Este estudo tem como pesquisadora a psicóloga Natália Sasdelli Abrahão Leite (CRP 06/137995) sob orientação do Dr. Denis Roberto Zamignani, e é parte dos requisitos para o título de Mestre no Programa de Mestrado Profissional em Análise do Comportamento Aplicada no Instituto Par – Ciências do Comportamento

O participante da pesquisa fica ciente que:

1. Participação no estudo: consistirá na gravação de vinhetas roteirizadas que terão como conteúdo queixas clínicas com demandas sociais. Serão gravadas por videoconferência via aplicativo ZOOM.

2. Riscos: Este estudo envolverá a gravação de vinhetas de queixas clínicas simuladas. Algumas das demandas gravadas podem envolver questões que gerem constrangimento além do risco de exposição dos vídeos. De qualquer forma, você poderá interromper sua participação no estudo em qualquer momento, como explicado em mais detalhes adiante, sem que isso cause qualquer tipo de prejuízo.

3. Benefícios: ao participar deste estudo, você contribuirá para produção de dados importantes sobre o processo psicoterápico e suas relações com o resultado do tratamento. Além disso, o estudo permitirá planejamentos mais eficazes de psicoterapia.

4. Sigilo e privacidade: Seu nome e dados pessoais serão mantidos em sigilo absoluto, garantindo sua privacidade. As vinhetas serão divulgadas em oficina ministrada pela pesquisadora e poderão ser compartilhadas para estudo da temática da pesquisa. Reconhecemos que essa experiência pode ser desconfortável para algumas pessoas. Além disso, os participantes podem interromper as gravações a seu critério, autorizar o uso do material até o ponto da interrupção ou solicitar a não

utilização de segmentos específicos dos vídeos. Em qualquer circunstância, os participantes podem requerer a destruição dos materiais de áudio e vídeo, impedindo sua utilização na pesquisa.

6. Remuneração e custos: Você não terá nenhuma despesa nem remuneração ao participar da pesquisa. Não está excluída a possibilidade de indenização, conforme determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, caso haja dano causado pela pesquisa.

A qualquer momento você poderá entrar em contato com os pesquisadores, ou pelos telefones (011) 3672-2200, (11) 96302-8605 ou pelo e-mail secretaria@institutopar.org para solicitar esclarecimentos, ou por qualquer outro motivo. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética que será definido pela Plataforma Brasil.

Ao assinar este documento você concorda, voluntariamente, com a participação no estudo e com os termos acima descrito. Afirma que entendeu os objetivos, procedimentos, potenciais desconfortos e riscos e as garantias ao ler ou discutir eventuais dúvidas com os pesquisadores ou pessoa delegada por eles (contatos descritos acima). Caso aceite, uma cópia do presente termo será fornecida para você.

Eu, _____, RG _____, declaro ter recebido todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente a minha participação no projeto de **COMPETÊNCIA CULTURAL EM PSICOTERAPIA: AVALIAÇÃO DE UM TREINO** e concordo participar voluntariamente da mesma.

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante

Pesquisadora: Natália Sasdelli Abrahão Leite (CRP 06/137995)

Prof. Dr. Denis Roberto Zamignani

APÊNDICE 2**Termo de Autorização para Distribuição Gratuita de Vídeo em Plataforma Online**

Por meio deste termo, os atores concordam em autorizar a distribuição gratuita do vídeo no qual atuam, em plataformas de vídeo, como Youtube.com, sem a expectativa de compensação financeira.

Os atores reconhecem e concordam que o vídeo em questão será disponibilizado ao público de forma gratuita e acessível, com o objetivo de promover o trabalho científico a divulgação do conteúdo.

Esta autorização é concedida de forma voluntária e sem restrições quanto à duração ou ao território de distribuição.

Os atores declaram que possuem os direitos necessários para conceder esta autorização e liberar o vídeo para distribuição gratuita, isentando qualquer pessoa ou entidade envolvida na produção e distribuição do vídeo de quaisquer responsabilidades.

[Local] [Data]

[Assinaturas dos Atores]

APNDICE 2 -TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____, portador do RG _____ e CPF _____ realizando a atividade de _____, para o projeto “COMPETÊNCIA CULTURAL EM PSICOTERAPIA: AVALIAÇÃO DE UM TREINO”, comprometo-me a respeitar as seguintes condições: apenas eu poderei ter acesso ao conteúdo dos registros; guardá-los e manejá-los apenas em local seguro, protegido da observação de terceiros; manter sigilo absoluto sobre toda e qualquer informação mantida nos registros a mim confiados. Também me comprometo a não efetuar nenhum tipo de cópia ou duplicação e não realizar qualquer tipo de violação do material original e não fazer uso do material, enquanto tiver acesso ao mesmo, para qualquer outro fim que não os solicitados pelo pesquisador responsável.

_____, _____ de _____ de _____
(cidade) (dia) (mês) (ano)

assinatura do participante da pesquisa

assinatura do pesquisado

Apêndice 3

Formulário de Caso

Queixas e dados

Queixa inicial (Descrever o que a pessoa faz, pensa e/ou sente):

Histórico relacionado ao desenvolvimento da queixa:

O que a pessoa já tentou fazer? Tratamentos anteriores, medicação, outros recursos

Informações relevantes da história do cliente que possam influenciar o quadro atual

Informações do contexto atual que possam ser relevantes para o entendimento do quadro do cliente

Para Avaliação Comportamental

Quais as hipóteses iniciais levantadas acerca da queixa apresentada pelo cliente?

Considerando a queixa inicial e sua avaliação, quais os objetivos que você está considerando para este caso?

Intervenções que você realizaria e temáticas que abordaria (descreva brevemente as intervenções que você realizaria e como as abordaria.):

Sobre o terapeuta:

Como você se sente com este cliente?

Apêndice 4

Escala de Avaliação do Repertório

Tem-se como critérios de competência cultural que os seguintes objetivos específicos sejam abordados pela dupla em sua formulação de caso e discussões gravadas em áudio:

- Contexto social do indivíduo: Informações sobre o ambiente social em que o paciente está inserido, incluindo família, amigos, trabalho, comunidade, etc.
- Experiências de preconceito e estresse de minoria: Possíveis situações de discriminação, preconceito ou estresse relacionadas à identidade social do paciente, como etnia, gênero, orientação sexual, religião, etc. Também as consequências dessas experiências para o paciente.
- Interseccionalidades do caso: Intersecção de diferentes dimensões de identidade, como raça, gênero, orientação sexual, classe social, entre outras. Como esses fatores podem influenciar a experiência do paciente.
- Atitudes e crenças que afetam o paciente: Identificação das atitudes e crenças que têm impacto sobre o paciente e sua saúde mental.
- Atitudes e crenças do psicoterapeuta que afetariam sua atuação: Reflexão sobre as atitudes e crenças do psicoterapeuta que podem influenciar sua forma de trabalhar com o paciente.
- Influência do ambiente social no paciente: Como o ambiente social em que o paciente está inserido, incluindo família, comunidade, cultura, afeta sua saúde mental e bem-estar.
- Relações de poder e opressão no caso: Dinâmicas de poder, opressão ou privilégio presentes na vida do paciente e como elas podem afetar sua saúde mental e vivência.
- Abordagem do psicoterapeuta em relação à identidade cultural do cliente: Como o psicoterapeuta aborda o tema da identidade cultural com o paciente, considerando sensibilidade cultural e a necessidade de compreender sua experiência.
- Relação entre a história social do psicoterapeuta e a do cliente: Exploração da relação entre a história social do terapeuta e a do cliente, buscando compreender possíveis pontos de conexão ou diferenças significativas.
- Influência do atual estado do país no paciente: Análise dos fatores políticos, sociais e econômicos do contexto atual e como eles podem impactar a vida e o bem-estar do paciente.

- Abordagem das implicações culturais das vivências do cliente: Como o psicoterapeuta explora de forma sensível e respeitosa as implicações culturais das vivências relatadas pelo cliente, considerando fatores como sua identidade cultural, crenças e valores.
- Temas sensíveis ou de difícil abordagem no caso: Reconhecimento e reflexão sobre temas sensíveis ou difíceis de abordar no caso, bem como sobre qualquer desconforto pessoal ou constrangimento que possa surgir durante o atendimento.

Para tanto, os seguintes itens serão pontuados pelos juízes em uma escala de 0 a 2, sendo (0) totalmente insatisfatório; (1) Insuficiente; (2) Satisfatório. Considerando que a Escala tem 14 itens, a pontuação dos participantes deverá somar entre 0 e 28 pontos.

1. Qual foi a queixa identificada como a principal do paciente?
2. Quais os dados chamaram a atenção no caso do paciente?
3. Foi discutido o contexto social desse indivíduo? a) informações sobre o ambiente social em que o paciente está inserido, incluindo família, amigos, trabalho, comunidade, etc.
4. Foi discutido as experiências de preconceito e estresse de minoria ele pode ter vivenciado? a) possíveis situações de discriminação, preconceito ou estresse relacionadas à sua identidade social, como etnia, gênero, orientação sexual, religião, etc. Caso seja relevante, mencione as consequências dessas experiências.
5. Foi discutido as possíveis interseccionalidades do caso? a) Considere a intersecção de diferentes dimensões de identidade, como raça, gênero, orientação sexual, classe social, entre outras, e como esses fatores podem influenciar a experiência do paciente.
6. Foi discutido quais atitudes e crenças afetam seu paciente?
7. Foi discutido quais atitudes e crenças do psicoterapeuta afetariam sua atuação?
8. Foi discutido como o ambiente social que o cliente vive o influencia? a) De que forma o ambiente social em que o paciente está inserido, incluindo família, comunidade, cultura, afeta sua saúde mental e bem-estar.
9. Foi discutido quais são as relações de poder e opressão no caso? a) As dinâmicas de poder, opressão ou privilégio presentes na vida do paciente e como elas podem afetar sua saúde mental e vivência.
10. Foi discutido a maneira que o psicoterapeuta abordaria o cliente sobre sua identidade cultural? a) Como abordar o tema da identidade cultural com o paciente, levando em consideração sensibilidade cultural e a necessidade de compreender sua experiência.
11. Foi discutido como a história social do psicoterapeuta se relaciona com a do cliente?

12. Foi discutido como o atual estado do país que vivemos influencia este paciente? a) fatores políticos, sociais e econômicos do contexto atual podem impactar a vida e o bem-estar do paciente.

13. Foi discutido como o psicoterapeuta abordaria as implicações culturais das vivências do cliente: a) O terapeuta explora de forma sensível e respeitosa as implicações culturais das vivências relatadas pelo cliente, considerando fatores como sua identidade cultural, crenças e valores.

14. Foi discutido se há algum tema neste caso que o psicoterapeuta consideraria de difícil abordagem ou que o deixaria de alguma forma constrangido: a) O terapeuta reconhece e reflete sobre temas sensíveis ou difíceis de abordar no caso, bem como sobre qualquer desconforto pessoal ou constrangimento que possa surgir durante o atendimento.

Apêndice 5

Questionário de Caracterização dos Participantes

Esse breve questionário busca informações que nos ajudam a entender melhor as relações entre as atitudes dos indivíduos e a história de vida destes. Por favor, responda com sinceridade às questões.

1. Qual sua idade em anos? _____
2. Sexo assignado no nascimento: () Masculino () Feminino
3. Identidade de gênero: () Mulher cisgênera (1) Homem cisgênero (1) Mulher transexual/transgênera (2) Homem transexual/transgênero (2) Não binário (3) Outro (por favor, especifique): _____ () Prefiro não me classificar () Prefiro não responder
4. Orientação Sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual () Assexual () Outra. Qual? _____
5. Religião: () Católica () Protestante? Qual? _____ () Espírita (Kardecismo) () Testemunha de Jeová () Umbanda/Candomblé () Judeu () Ateu () Agnóstico () Outra? Qual? _____
6. Raça/Cor de pele: () Branca () Negra () Parda () Amarela () Indígena () Outra (por favor, especifique): _____
7. Possui deficiência? () Não () Baixa visão ou visão subnormal () Cegueira () Surdez () Física () Intelectual () Transtorno global do desenvolvimento () Outra(por favor, especifique): _____
8. Renda familiar: () Menos de \$1.000 () \$1.000 - \$2.000 () \$2.001 - \$3.000 () \$3.001 - \$4.000 () Mais de \$4.000
9. Região de nascimento: () Sudeste () Sul () Centro-oeste () Nordeste () Norte
10. Se considera pertencente a alguma minoria social: () Não () Sim (por favor, especifique): _____

Apêndice 6:

Estudo de Casos

Caso 1: Gabriela (28a). Busca terapia por demandas de ansiedade.

1) Queixa:

Queixa: Gabriela descreve sentir-se ansiosa e triste a maior parte do tempo. Sente-se inquieta e com taquicardia, além de chorosa. Não consegue organizar sua vida financeira e perdeu a vontade de sair com colegas.

2) A cliente:

Gabriela, de 28 anos, é uma mulher preta e heterossexual. Ela é a mais nova de três irmãos, sendo filha única por parte de pai. Morou com seus pais até os 26 anos e, em seguida, passou dois anos morando com seu ex-marido, que trabalha como motorista de aplicativo. Recentemente, eles se divorciaram. Gabriela se formou em odontologia há dois anos e está se especializando na área estética. Atualmente, mora em um apartamento fornecido por seu pai em uma área periférica da cidade. Antes de se mudar, ela reformou o local com um valor emprestado por seu irmão mais velho.

Gabriela se descreve como alegre, mas "esquentada". Ela costuma brigar quando considera alguma situação injusta. É uma frequentadora assídua do centro espírita desde os 15 anos de idade. Aos 19 anos, engravidou e teve dificuldade para contar para a família. Ela manteve-se no relacionamento com o pai da criança até o último ano. Estudou em escolas públicas até a universidade, que foi realizada em uma faculdade particular da cidade onde reside. Formou-se em 6 anos, após reprovar em algumas matérias. Trabalhou como assistente de dentista ao lado de seu irmão durante sua graduação. Gabriela gosta de sair com amigos e possui vizinhos desde a infância que continuam fazendo parte de sua vida. Seus hobbies incluem dançar e cozinhar.

3) A Família:

Gabriela é a mais nova de três irmãos, sendo filha única por parte de pai. Morou até os seus 26 anos com sua mãe e pai, ainda casados. Sua mãe, uma mulher branca de 59 anos, dona de casa e viúva do primeiro casamento, é descrita como controladora e estressada, sempre vigiou os comportamentos de Gabriela e ameaçava contar situações problemas para seu pai. Seu pai é um homem negro e ex-policial, é descrito como rígido e impaciente. Possui um bom salário e atualmente, aposentadoria, mas sempre gostou de viver a vida de maneira simples.

Sua família por parte de mãe é bem presente, possui duas tias mais novas que sua mãe, ambas casadas com filhos. Seus primos têm idades próximas e todos são moradores de uma área nobre da cidade. Seus pais, apesar de casados, não possuem um bom relacionamento. Brigam constantemente e

evitam dialogar. Sua mãe é quem mais a ajuda a cuidar de seu filho, ficando com a criança metade do dia enquanto Gabriela trabalha. Seus irmãos são ambos formados em odontologia, são solteiros e possuem boa condição financeira. São próximos e costumam se ver aos finais de semana para confraternizar.

Passou dois anos morando com seu ex-marido, que trabalha como motorista de aplicativo, recentemente divorciou-se. Segundo relata, ele é uma ótima pessoa, mas desde sua formatura, não ajudava mais com as despesas de casa.

4) História de vida:

A mãe de Gabriela engravidou quando namorava com seu pai, logo foram morar juntos, mas a relação dele com os filhos da esposa nunca foi próxima. Seu pai tinha regras estritas sobre gastos financeiros, como por exemplo, um valor específico para ser gasto com supermercado. As irmãs da mãe de Gabriela nunca concordaram com o casamento, mas a convivência era amena.

Gabriela teve uma boa infância, tinha amigos no bairro e na escola. Descreve que conviver com seus primos também a divertia muito, mas sempre se sentiu inferior a eles e não sabe descrever o porquê. Estudou em escola pública e sofreu bullying durante dois anos, sendo chamada de "cabelo de miojo". Foi uma aluna mediana.

Na adolescência, duas de suas melhores amigas engravidaram, ambas com idade de 14 e 15 anos. Gabriela tinha medo que o mesmo acontecesse e passou a fazer uso de pílula anticoncepcional. Aos 19 anos, teve hemorragias pelo uso do remédio e, em sua pausa, engravidou de seu namorado, na época se relacionavam há 3 meses.

O namorado foi presente em toda a gravidez e, após, por ser jovem, começou a trabalhar como motorista de aplicativo enquanto cursava contabilidade em uma faculdade da região. Sua mãe criticou muito a gravidez e chamou Gabriela de irresponsável, também convenceu a jovem a contar para o pai, coisa que ela gostaria de adiar. Seus irmãos, tios e primos apoiaram a gravidez e sempre foram presentes. A mãe de Gabriela, apesar de brigar, apoiou a filha e sempre ajudou com os cuidados da criança. Seu pai também apoiou financeiramente.

Quando engravidou, Gabriela cursava Direito e precisou trancar a faculdade por um ano. Nessa época, pediu para trocar de curso, o que não teve o apoio de seus pais, que diziam que ela "desperdiçou dinheiro". Nessa época, seu pai já possuía alguns terrenos e propriedades, apesar de ainda morar na mesma casa de sua infância, a família possuía um bom patrimônio.

Gabriela convenceu a família a trocar de curso e, ao iniciar Odontologia, passou a trabalhar com seu irmão mais velho como assistente. Ambos têm uma relação próxima, apesar de, quando estressados, brigarem aos gritos. Gabriela relata que essas brigas nunca duram mais de 24 horas.

Morou com seus pais até sua formatura, continuou o namoro e, nessa época, seu filho já tinha 6 anos. Nesse período, descreve brigas constantes com sua mãe, que sempre ditava o que ela deveria fazer. Com seu pai, possuía uma relação distante e só solicitava ajuda quando era financeiramente necessário para seu filho. A família sempre a criticava quando ela saía, bebia e diziam estar exaustos de cuidar da criança. Gabriela relata que sempre se sentiu "culpada e julgada".

5) História atual:

Quando saiu da casa de seus pais, decidiu casar com seu então namorado. Foi uma pequena cerimônia dentro do centro espírita que frequentava. Seu pai "emprestou" um de seus apartamentos para a filha, que reformou com um valor emprestado por seu irmão.

Gabriela foi a 5ª pessoa da família a se formar em Odontologia, mas, diferente dos primos, não conseguiu emprego rápido. Até hoje trabalha em uma clínica popular em uma pequena cidade próxima à sua, recebendo pouco mais que três salários mínimos.

Seu marido, durante o primeiro ano de casamento, conseguiu emprego em uma empresa, mas a relação com a chefia era complicada e ele decidiu retornar ao emprego anterior. Gabriela relata que, nesse momento, ele parou de ajudar com as despesas da casa e, apesar de ser um ótimo pai, não cumpria com as obrigações domésticas.

Gabriela vendeu seu carro para pagar o irmão e não pediu ajuda, passando a ir de ônibus para o trabalho, em um trajeto que dura 1 hora. Sua mãe sempre diz que a filha precisa ser mais responsável e que os irmãos já conseguiram se organizar.

Após dois anos de casamento, Gabriela pede o divórcio, mas o marido, com o apoio de sua sogra, recusa-se a sair de casa. Gabriela então insiste e ambos têm uma briga na qual ele a critica e diz que ela é impulsiva e deslumbrada.

Desde então, Gabriela relata sentir-se sozinha, triste e sem apoio.

Caso 2: Joaquim (32a). Busca terapia por demandas de ansiedade.

1) Queixa:

Joaquim descreve sentir-se ansioso e deprimido. Ele está sempre preocupado e com insônia, tem taquicardia e relata uso abusivo de álcool e maconha.

2) O Cliente:

Joaquim, um homem branco de 32 anos, homossexual, nasceu e foi criado na Bahia. Aos 20 anos, ele decidiu mudar-se para São Paulo para cursar uma universidade federal. Sendo filho único de um casal divorciado, Joaquim conviveu com seu pai apenas até os 2 anos de idade e, desde então, não o viu mais. Atualmente, ele é solteiro e mora com dois colegas na capital paulista. Recentemente, Joaquim trocou de emprego, buscando novos desafios e oportunidades.

Joaquim se descreve como uma pessoa quieta e tímida. Raramente se envolve em brigas ou conflitos com as pessoas ao seu redor. Ele se considera ateu e adotou o vegetarianismo como estilo de vida.

Em sua vida amorosa, Joaquim teve um relacionamento anterior que durou 4 anos, mas desde o término, ele tem estado solteiro, focado em seu crescimento pessoal e profissional.

Apesar de ter deixado sua terra natal, Joaquim mantém um carinho especial pela Bahia e visita sua família sempre que possível. Ele valoriza as raízes culturais e as tradições de sua terra, mantendo uma conexão com suas origens.

3) A família:

Joaquim teve uma infância marcada por desafios. Quando ele tinha apenas dois anos, seu pai, tomou a decisão de abandonar a família, deixando Joaquim e sua mãe, sozinhos. Essa situação trouxe muitas dificuldades para sua mãe, que trabalhava como secretária em uma empresa multinacional, recebendo apenas um salário mínimo. que precisou conciliar o trabalho como professora com a responsabilidade de criar Joaquim.

Sem ter irmãos ou parentes próximos, Joaquim passou a viver na casa de sua avó, uma mulher rígida e pouco carinhosa. Viveu com a família que sempre o incentivou a estudar e ser o melhor até os 19 anos, quando se mudou para São Paulo para estudar.

4) História de vida:

Joaquim nasceu em uma pequena cidade do interior da Bahia, seus pais se casaram com 20 anos e o tiveram alguns meses depois. Seu pai, abandonou-os quando Joaquim tinha apenas dois anos de idade.

Desde cedo, Joaquim era uma criança tímida e reservada. Tinha preferência por atividades solitárias, como a leitura e os computadores. Ele sempre gostou de tecnologia e desenvolveu habilidades autodidatas na área, utilizando-se do computador da vizinha.

Joaquim era um garoto magro e com pouco apetite, sua mãe avó o forçavam a comer, já que o jovem evitava a maior parte dos alimentos.

Ao completar 16 anos, Joaquim conseguiu um trabalho como aprendiz em uma empresa local. Relata sempre ter sido cobrado por sua família e por si mesmo, não possuía muitos amigos, nem gostava de sair. Passava a maior parte do tempo estudando. Também, já juntava dinheiro para conseguir comprar itens pessoais.

Aos 19 anos, Joaquim mudou-se São Paulo para cursar ciências da computação. Morou em uma república, onde conheceu pessoas de diferentes classes sociais. Seus amigos muitas vezes podiam fazer programas que o jovem não conseguia. Nesta época começou a beber e fumar maconha com os colegas.

Foi também nesta época que o jovem se assumiu homossexual. Ele se sentia confuso e com medo de ser julgado ou rejeitado pela família e pelos amigos, principalmente por sua avó que por ser muito religiosa tinha falas preconceituosas. Ao contar para os amigos foi acolhido e desde então fala com todos abertamente sobre sua orientação sexual.

Durante seu primeiro ano de faculdade, Joaquim conseguiu um estágio em uma empresa de tecnologia. Não possuía fluência em inglês como a maior parte de seus colegas, desejava trabalhar em uma empresa multinacional.

Após concluir sua graduação em Ciências da Computação, Joaquim permaneceu na mesma empresa por mais alguns anos.

Namorou por 4 anos um jovem que fazia uso abusivo de álcool e foi diagnosticado com bipolaridade, relata que se sentia suporta e pouco cuidado.

5) História atual:

Joaquim trocou de emprego há 01 ano, neste período procurou por terapia. Encontrava-se em um momento de sua carreira onde tinha conquistado um emprego que parecia estar acima de suas expectativas. Ele era reconhecido e possuía um ótimo salário. Descreve que nesta época começou a sentir muita ansiedade. Relata se sentir pressionado o tempo todo, mesmo que não haja cobranças diretas. Também acredita que o salário que estava recebendo era alto demais para sua capacidade. Ele se comparava constantemente a seus colegas de trabalho, sentindo-se inferior e inseguro sobre suas próprias habilidades. Ele se preocupava constantemente com a possibilidade de cometer erros.

Joaquim também gastava pouco do seu dinheiro, diz que é importante guardar caso tenha um imprevisto. Acorda cedo para ir para o trabalho de ônibus e não se permite viajar, também evita sair com os colegas.

Em relação a vida amorosa, diz estar com “preguiça” de conhecer pessoas e prefere ficar em casa estudando para obter certificados.

CASO 03

Caso 3: Marina (16a). Busca terapia por demandas de ansiedade.

Queixa: Marina descreve sentir-se ansiosa com raiva, seus pais se queixam de seus comportamentos e dizem ser difícil lidar com a adolescente, que não interage mais e se rebela.

O Cliente: Marina, uma adolescente, mulher cis, preta, nasceu e foi criada na capital paulista. Na apresentação da queixa, os pais descrevem que a jovem não está mais estudando com o mesmo empenho de antes, deixou a equipe de Handball de seu colégio e passa a tarde no computador, conversando nas redes sociais. Marina é descrita como desorganizada com seus itens pessoais e da

família, além de não auxiliar nas tarefas de casa. Marina é estudante do 2º ano do ensino médio em um colégio de elite, onde estuda com bolsa parcial devido a contatos dos familiares. Marina nunca namorou. O casal relata que ela é bastante popular, sempre sai com amigos e é convidada para muitas festas do colégio; descrita como simpática e agradável por todos que convivem com ela. Sempre teve ótimas notas e participava de um grupo no colégio para alunos com notas superiores a 80%. Seus pais descrevem que esta é uma obrigação da jovem, que deve ter um desempenho excelente em tudo o que faz para ser alguém na vida.

A Família:

Emerson e Bete se conheceram em uma campanha política no final da década de 80, ambos são filiados a um partido de “esquerda”, possuem diversos hobbies, principalmente relacionados à leitura e música. Se casaram jovens e Bete teve a Marina aos 33 anos. 7 anos depois, nasceu o segundo filho, Bento. Emerson possui duas faculdades na área de humanas e trabalha como concursado, Bete é diretora de uma escola infantil. São católicos não praticantes. Aos finais de semana a família costuma se reunir com colegas e familiares. Os pais são bem preocupados com vivências de ambos os filhos, relatam que quando jovens sofreram violência policial e constantemente eram abordados pela polícia. Hoje, descrevem que aprenderam a “se comportar” para evitar tais constrangimentos, ambos estão sempre extremamente arrumados. Na carreira, Emerson lamenta o fato de que, apesar de sua competência – sempre foi reconhecido como um excelente profissional, nunca foi indicado para um cargo de gestão, e vê colegas muito menos competentes sendo indicados para esses cargo.

História de vida: Marina nasceu na capital paulista, sendo a primeira filha de seus pais. Desde o início, Marina se destacou por sua personalidade extrovertida e falante. Era uma criança que adorava socializar e fazer amizades com facilidade.

Desde os primeiros anos de vida, Marina era uma criança agitada, ela passava horas brincando com seus colegas de escola e vizinhança, Seus pais a incentivavam a estudar e se dedicar aos estudos, e ela sempre tinha bons resultados assim como nos esportes. Se destacou como a atleta mais alta de sua turma, tendo grande sucesso em competições esportivas escolares.

Quando criança dizia querer ser modelo e cantora, as colegas riam de sua aspiração, mas sempre brincavam criando apresentações caseiras, muitas vezes realizadas no quintal de sua casa.

História Atual: Os problemas em casa começaram quando as notas de Marina passaram a baixar, embora continuem dentro da média escolar. Os pais se preocupam com a possibilidade de ela perder a bolsa de estudos. No início do ano, pais foram chamados na escola para discutir excesso de conversa em sala, o que os preocupou. Também relatam no final do ano anterior, as melhores amigas de Marina foram para Disney comemorar os 15 anos e, por questões financeiras, a jovem não pôde ir. Além disso, Marina parece estar namorando um rapaz de sua turma. Segundo os pais, as amigas de

Marina dizem que o namorado é “inferior a ela: mais feio, menos inteligente e sem graça”. Não entendem o motivo da adolescente gostar dele. A garota, até o início do ano, relatava aspiração em ser promotora de justiça e atualmente tem questionado essa escolha. Além disso, Marina não quer mais ir em aulas de inglês, diz que o caminho possui muitos homens que a assediam e geram medo. Os pais não acreditam em sua justificativa e acreditam que a jovem só quer mais tempo livre. Bete também descreve “desleixo” de Marina com sua aparência: a adolescente foi ensinada a ter uma rotina de cuidado com cabelo e roupas e atualmente os pais estão incomodados com algumas escolhas da menina; no último mês ela solicitou que os pais a deixassem alisar o cabelo.

APÊNDICE 7

Ementa de Treinamento sobre Competência Cultural para Psicoterapeutas Analistas do Comportamento

Objetivo:

Este treinamento tem como objetivo capacitar psicoterapeutas analistas do comportamento a compreender e integrar a competência cultural em suas práticas clínicas. Os participantes irão adquirir as habilidades necessárias para atender clientes de diferentes culturas eficaz, sensível e ética, aplicando os princípios da análise do comportamento.

Módulo 1: Cultura, Interseccionalidade e Análise do Comportamento

- Duração: 2 horas
- A Influência da Cultura na Terapia:
 - Definição de Interseccionalidade.
 - Cultura é uma dimensão crucial que molda comportamentos e escolhas individuais.
 - A correlação entre psicoterapia, cultura e sociedade é amplamente estudada.
 - O multiculturalismo questiona a aplicação acrítica de intervenções padronizadas.
- A Definição de Cultura:
 - Cultura é tanto o contexto que influencia o comportamento quanto o resultado das práticas de um grupo.
- Níveis de Seleção do Comportamento:
 - O repertório comportamental humano é moldado pela filogênese, ontogênese e cultura.
- Práticas Culturais e Metacontingências:
 - As práticas culturais são comportamentos análogos transmitidos entre gerações.
 - Metacontingências unem comportamentos individuais com consequências a longo prazo.
- Competência Cultural na Terapia:
 - A análise do comportamento busca compreender práticas culturais que causam estigma e efeitos negativos.
 - Diretrizes multiculturais promovem uma prática responsiva e socialmente relevante.
 - Profissionais devem se tornar culturalmente competentes para atender a diversidade e abordar relações de poder nas sessões de terapia.

Parte superior do formulário

Módulo 2: Competência Culturais e Orientação Multicultural

- Duração: 2 horas
- Evolução da Competência Cultural

- o Desenvolvimento de estratégias clínicas desde a década de 1970
- o Inicial foco em raça e etnia em países com alta imigração
- o Expansão para incluir outras identidades culturais
- Reconhecimento e Regulamentação
 - o Regulamentação pela APA com diretrizes para prática clínica
 - o Diversos modelos conceituais.
- Modelo Tripartite de Derald Wing Sue
 - o Importância e reconhecimento desse modelo até 2017
 - o Melhoria na qualidade do atendimento
- Modelo de Orientação Multicultural (MCO)
 - o Ênfase na Humildade Cultural
 - o Abertura à diversidade e aprendizado contínuo
- Modelo ADDRESSING de Pamela Hays
 - o Dez possíveis variáveis de identidade
 - o Adaptação conforme o contexto
- Pontos Convergentes nas Competências Culturais
 - o Compreensão interseccional da identidade cultural
 - o Análise do poder e privilégios nas relações terapeuta-cliente
- Modelo Ecológico em Camadas das Diretrizes Multiculturais
 - o Revisão do modelo anterior pela APA em 2017
 - o Incorporação de fatores contextuais e interseccionais
 - o Cinco camadas de sistemas culturais
 - o Modelo Ecológico em Camadas
 - o Processos dinâmicos: poder/privilégio, tensões e fluidez
 - o Objetivo de aumentar a resiliência e diminuir o trauma
- Diretrizes Multiculturais e Aplicação Prática
 - o Dez diretrizes indicativas
 - o Sugestões para aplicação prática
 - o Multiculturalidade como concepção transteórica

Módulo 3: Estresse de Minoria e Resultados Terapêuticos

- Duração: 2 horas
- Impacto da Falta de Consideração da Multiculturalidade:

- o Terapias que ignoram a multiculturalidade prejudicam minorias.
- o Menos busca por serviços de saúde e resultados terapêuticos desfavoráveis para minorias.
- o Disparidades na saúde mental entre minorias étnicas e raciais.
- Microagressões e Abandono Terapêutico:
 - o Pessoas de grupos marginalizados frequentemente relatam experiências de microagressões na terapia.
 - o Microagressões levam a resultados terapêuticos negativos, incluindo maior taxa de abandono.
- Estresse de Minorias e Desigualdades Sociais:
 - o Grupos minoritários enfrentam estresse de minoria devido à discriminação e exclusão.
 - o Desigualdades sociais, educacionais e econômicas persistem em sociedades ocidentais.
- Categorias do Estresse de Minorias:
 - o Cultural: Leis e normas afetam grupos minoritários.
 - o Institucional: Instituições podem estigmatizar e limitar oportunidades.
 - o Interpessoal: Relações familiares e com colegas afetadas por assédio e preconceito.
 - o Intrapessoal: Baixa autoestima, supercompensação e autocrítica afetam o indivíduo.
- Microagressões e Discriminação:
 - o Microagressões ocorrem de diversas formas, incluindo comunicação verbal e não verbal.
 - o Podem ser classificadas como Microinsultos, Microinvalidações e Microataques.
 - o Afetam diversos grupos minoritários, não apenas relacionados à raça, mas também ao gênero e orientação sexual.

Resultados do instrumento do Questionário de Habilidades Culturais: Escala de Medição de Competência Cultural para Profissionais de Saúde (EMCC-14; Anexo 2):

Tabela 4

EMCC (Pré-Treinamento)

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Acredito que pacientes com diferentes crenças e costumes têm diferentes expectativas e/ou necessidades nos cuidados de saúde	5	5	5	5	5	5
Acredito que as crenças, valores e costumes dos pacientes afetam sua saúde	4	5	5	5	5	5
Acredito que meu contexto cultural influencia minhas atitudes e crenças sobre outros grupos culturais	4	5	5	5	5	5
Estou ciente de que minhas crenças sobre os pacientes influenciam as recomendações terapêuticas que lhes faço	3	5	5	4	5	5
As crenças, valores e costumes do paciente devem ser apreciados nos cuidados de saúde	5	4	5	4	5	5
Acredito que saber mais sobre as crenças e hábitos dos pacientes me	5	5	5	5	5	5

ajuda a planejar um tratamento mais adequado						
Creio que cada pessoa doente tem o seu próprio conceito de saúde e doença	5	5	4	5	5	5
Acredito que os problemas de saúde do paciente devem ser compreendidos dentro de seu contexto cultural (crenças, valores e costumes)	5	5	5	5	5	5
Peço ao paciente e sua família que expressem suas expectativas em relação aos cuidados de saúde	4	3	3	5	5	4
Sou capaz de reconhecer as barreiras potenciais que diferentes pacientes podem enfrentar para acessar os serviços de saúde	5	4	4	4	5	4
Sou capaz de estabelecer metas terapêuticas e/ou objetivos considerando o contexto cultural (crenças e costumes) de meus pacientes e suas necessidades	4	2	3	4	5	4
Registro no prontuário clínico os dados sobre crenças e costumes coletados na avaliação do paciente	3	4	2	5	5	4

Estou ciente de possíveis dificuldades que podem surgir durante a assistência à saúde devido às diferenças culturais entre o paciente e eu	4	3	5	5	5	4
TOTAL (por participante)	56	55	56	61	65	60

Tabela 5

EMC (Pós-Treinamento)

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Acredito que pacientes com diferentes crenças e costumes têm diferentes expectativas e/ou necessidades nos cuidados de saúde	5	5	5	5	5	5
Acredito que as crenças, valores e costumes dos pacientes afetam sua saúde	5	5	5	5	5	5
Acredito que meu contexto cultural influencia minhas atitudes e crenças sobre outros grupos culturais	2	5	5	5	5	5
Estou ciente de que minhas crenças sobre os pacientes influenciam as recomendações terapêuticas que lhes faço	5	5	5	5	5	5

As crenças, valores e costumes do paciente devem ser apreciados nos cuidados de saúde	5	5	5	5	5	5
Acredito que saber mais sobre as crenças e hábitos dos pacientes me ajuda a planejar um tratamento mais adequado	5	5	5	5	5	5
Creio que cada pessoa doente tem o seu próprio conceito de saúde e doença	5	5	4	5	5	5
Acredito que os problemas de saúde do paciente devem ser compreendidos dentro de seu contexto cultural (crenças, valores e costumes)	5	5	5	5	5	5
Peço ao paciente e sua família que expressem suas expectativas em relação aos cuidados de saúde	4	4	5	5	5	4
Sou capaz de reconhecer as barreiras potenciais que diferentes pacientes podem enfrentar para acessar os serviços de saúde	4	5	4	4	5	5
Sou capaz de estabelecer metas terapêuticas e/ou objetivos considerando o contexto cultural (crenças e costumes)	4	3	4	4	5	4

de meus pacientes e suas
necessidades

Registro no prontuário clínico os dados sobre crenças e costumes coletados na avaliação do paciente	4	3	5	5	5	4
Estou ciente de possíveis dificuldades que podem surgir durante a assistência à saúde devido às diferenças culturais entre o paciente e eu	4	4	5	5	5	5
TOTAL (por participante)	57	59	62	63	65	62

APÊNDICE 9

Respostas aos “Modelo de Formulário de Caso (Apêndice 3)”

Tabela 6

Avaliação Participantes (Caso 1)

	Dupla 1	Dupla 2	Dupla 3
Queixa inicial (Descrever o que a pessoa faz, pensa e/ou sente)	Gabriela descreve sentir-se ansiosa e triste a maior parte do tempo. Sente- se inquieta e com taquicardia, além de chorosa. Não consegue organizar sua vida financeira e perdeu a vontade de sair com colegas. Sente-se sozinha e sem apoio.	Gabriela traz queixas relacionadas a ansiedade e sentimentos de solidão. Como sintomas físicos ela descreve inquietação, taquicardia e choros frequentes. Observa que os impactos em sua vida são perda de vontade de ver os amigos, dificuldades financeiras e sentimentos de solidão, tristeza e falta de apoio.	Gabriela sente- se ansiosa e triste a maior parte do tempo. Sente-se inquieta e com taquicardia, além de chorosa. Não consegue organizar sua vida financeira e perdeu a vontade de sair com colegas.
Histórico relacionado ao desenvolvimento da queixa	Bullying na época da escola, gravidez no início do relacionamento anterior, mãe solteira, mora no apartamento emprestado do pai, vendeu o carro para pagar dívida com o irmão, apesar de possuir um curso superior é mal	Os pais de Gabriela tinham um padrão de cuidado controlador e rígido, por um lado havia uma mãe que como forma de controle ameaçava contar para o pai os comportamentos de Gabriela e por outro lado havia um pai distante afetivamente,	Apesar de ter uma família em que os entes são próximos, é possível perceber que há atritos relevantes, os quais reforçam o sentimento de inferioridade de Gabriela e comportamentos ansiosos, por se sentir comparada aos irmãos,

remunerada (ganha 3 salários mínimos), o ex-marido não ajuda financeiramente e não sai da casa deles, diferença socioeconômica diferente dos irmãos e recebe críticas da família.

mas com bastante controle financeiro sobre a sua vida, esse padrão se estendeu até a história de vida atual, pois Gabriela continua dependendo financeiramente do pai e suas outras relações são permeadas pela dificuldade financeiras. Além disso, Gabriela teve um histórico de bullying e de gravidez na adolescência, em relação a gestação Gabriela foi muito criticada apesar de posteriormente receber apoio dos familiares e sempre se sentiu muito julgada e culpada.

que são homens (provavelmente brancos) bem sucedidos. Além disso, Gabriela apresenta um histórico de sofrimento no período da escolar, por sofrer bullying, racismo por características afrodescentes em que se sentia inferior aos colegas Apesar de contar com ajuda familiar passa por muitas dificuldades financeiras. Gabriela não consegue, através de seu trabalho, uma renda satisfatória para suas necessidades e do filho, seu ex-marido nunca a ajudou em casa. É divorciada mas ainda reside com o ex-marido que recusa-se a sair de casa. Gabriela não tem muitos amigos e conta com a família para cuidar de seu filho quando necessário.

O que a pessoa já tentou fazer? (Tratamentos anteriores, medicação, outros recursos)

Pedi ajuda financeira à família e ajuda para cuidar do filho.

A partir do relato, não houve tratamento prévio.

No relato não há indícios de que Gabriela tenha realizado tratamentos anteriores e nem uso de medicação. Para lidar com a atual queixa procura ajuda da família e tentou se separar do marido.

Informações relevantes da história do cliente que possam influenciar o quadro atual

Bullyng na época da escola, gravidez no inicio do relacionamento anterior, mãe solteira, mora no apartamento emprestado do pai, vendeu o carro para pagar divida com o irmão, apesar de possuir um curso superior é mal remunerada (ganha 3 salários mínimos), o ex-marido não ajuda financeiramente e não sai da casa deles, diferença socioeconimica diferente dos irmãos e recebe críticas da família.

Gravidez na adolescência e padrão de parentalidade. Os dois elementos parecem estar permeados por questões raciais e de classe.

Relação com o marido; cobranças da família; dificuldades na formação acadêmica; sobrecarga de jornada dupla (emprego e atividades domésticas/ cuidados do filho); variáveis ligadas ao racismo.

<p>Informações do contexto atual que possam ser relevantes para o entendimento do quadro do cliente</p>	<p>Divorciada do ex-marido mas ele não sai de casa, leva 1 para chegar no trabalho, ganha tres salarios minimos, mãe solteira e mora no apartamento emprestado pelo pai. / Sem ajuda financeira do ex marido, que não sai da casa mesmo separados. Usa transporte público e tem salário incompatível c sua formação.</p>	<p>O divórcio do marido e o pouco apoio da família em relação a isso o que resulta nos sentimentos que Gabriela relata como se sentir julgada e culpada.</p>	<p>Ex-marido permenece na casa; Emprego com renda insatisfatória; Sobrecarga de trabalho (sobrecarga tripla de trabalho); Local de residência que limita o acesso (periférico); Racismo; Responsabilidades com o filho.</p>
<p>Quais as hipóteses iniciais levantadas acerca da queixa apresentada pelo cliente?</p>	<p>Está em um contexto muito aversivo em casa e no trabalho e tais situações deixam ela insensível a possíveis reforçadores (amigos e família).</p>	<p>A hipótese sobre a queixa de ansiedade é marcada por um ambiente invalidante e controlador e por constantes dificuldades financeiras.</p>	<p>Variáveis de estresse permanentes na vida da cliente. Gabriela sempre teve um nível de suporte e sempre conseguiu fazer as coisas (se formar, emprego, casa), mas com dificuldades muito presentes, como atritos familiares, dificuldades para se formar, casamento com falta de suporte, sub-emprego, etc.</p>
<p>Considerando a queixa inicial e sua</p>	<p>Encaminhamen to para psiquiatra,</p>	<p>O primeiro objetivo seria ajudar</p>	<p>Diante do histórico de vida de</p>

avaliação, quais os objetivos que você está considerando para este caso?	ativação comportamental (fazer coisa que ela gosta), pensar em mudança de trabalho a médio e longo prazo.	Gabriela a enxergar como sua ansiedade e seus sentimentos advém de uma história de vida de invalidação. Posteriormente, seria trabalhado com Gabriela a ampliação de sua rede de apoio, considerando que suas relações atuais (família) são em grande parte punitivas.	Gabriela até os dias atuais, é possível perceber que muitas variáveis controladoras são macroestruturais, ou seja, culturais, logo, com menor possibilidade de controle. Portanto, o objetivo com Gabriela é levar ela para um entendimento de que existem essas variáveis e livrá-la da culpa que aparentemente carrega em diversos contextos da sua vida.
Intervenções que você realizaria e temáticas que abordaria (descreva brevemente as intervenções que você realizaria e como as abordaria.)	Validação do sofrimento, acolhimento, perguntas reflexivas sobre como ela se vê nesse contexto cultural (abordar racismo, seximos, gênero).	Construção de vínculo, estabelecimento de um ambiente terapeutico de validação e realização de análises funcionais sobre sua história de vida e sobre o momento atual.	Temáticas raciais e de gênero; Maternidade; Desenvolvimento de autonomia; Trabalhar autoestima (autoconceito, autoeficácia, autoconfiança)
Como você se sente com este cliente?	Me sinto triste e impotente (com limites sobre o que fazer). / Angustiada , c medo de n ser empatica o suficiente	Sinto bastante empatia e vontade de ajuda-la a entender a historia dela e que ela talvez não tenha tido muitas oportunidades	Angústia por ter limitações sociais que são difíceis de transpor, mas ao mesmo tempo motivada a ajudar

ou, ao contrário,
resignar-se

de seguir por outros
caminhos. / Empatia e
desejo de ver Gabriela
relativizando a culpa
que sente.

Gabriela a entender
tais variáveis e
planejar como
controlá-las e transpô-
las. / Frustrada por
existir muitas variáveis
culturais que impedem
um controle direto,
mas ao mesmo tempo
fazer com que ela
entenda essas
variáveis, na
contramão desse
sentimento de culpa
que ela carrega.
Assim, planejar como
transpô-las

Tabela 7

Avaliação Participantes (Caso 2)

	Dupla 1	Dupla 2	Dupla 3
Queixa inicial (Descrever o que a pessoa faz, pensa e/ou sente)	Joaquim descreve sentir-se ansioso e deprimido. Ele está sempre preocupado e com insônia, tem taquicardia e relata uso abusivo de álcool e maconha. Em relação a vida amorosa, diz estar com “preguiça” de conhecer pessoas e prefere ficar em	Joaquim relata ansiedade e depressão, com preocupação constante, insônia e taquicardia. Relata também uso abusivo de álcool e maconha. Também relata ter um medo constante de cometer erros no trabalho e não se sente merecedor do salário que recebe. Sente-se	Joaquim relata ansiedade e depressão, com preocupação constante, insônia e taquicardia. Relata também uso abusivo de álcool e maconha. Também relata ter um medo constante de cometer erros no trabalho e não se sente merecedor do salário que recebe. Sente-se

	<p>casa estudando para obter certificados</p>	<p>inferior em relação aos colegas e inseguro sobre suas próprias habilidades</p>	<p>inferior em relação aos colegas e inseguro sobre suas próprias habilidades</p>
<p>Histórico relacionado ao desenvolvimento da queixa</p>	<p>Abandono do pai, situação socioeconômica, avó católica e com falas preconceituosas e pouco carinhosa, um homem do nordeste que vai para uma cidade grande no sudeste, descoberta da homossexualidade, uso abusivo de álcool e drogas, troca de emprego, não fala inglês, contato com pessoas de classes sociais diferentes</p>	<p>Joaquim vem de origem humilde, tendo sido criado majoritariamente por sua mãe e sua avó. A mãe trabalhava grande parte do tempo para bancar a casa e Joaquim ficou aos cuidados da avó, uma mulher rígida e pouco carinhosa, que tinha falas preconceituosas. Joaquim se reconhece como uma pessoa mais tímida e reservada desde pequeno, tendo sempre buscado mais atividades individuais, tendo desenvolvido habilidades autodidata na área de tecnologia. Sempre foi muito cobrado pela sua família e por si mesmo, tendo poucos amigos e não gostava muito de sair. Aos 16 anos conseguiu seu primeiro emprego e</p>	<p>Joaquim vem de origem humilde, tendo sido criado majoritariamente por sua mãe e sua avó. A mãe trabalhava grande parte do tempo para bancar a casa e Joaquim ficou aos cuidados da avó, uma mulher rígida e pouco carinhosa, que tinha falas preconceituosas. Joaquim se reconhece como uma pessoa mais tímida e reservada desde pequeno, tendo sempre buscado mais atividades individuais, tendo desenvolvido habilidades autodidata na área de tecnologia. Sempre foi muito cobrado pela sua família e por si mesmo, tendo poucos amigos e não gostava muito de sair. Aos 16 anos conseguiu seu primeiro emprego e sempre se</p>

sempre se preocupou em gerir seu dinheiro, sendo um comportamento que se mantém até os dias atuais. Aos 19 anos foi para São Paulo para estudar, conheceu pessoas de várias classes sociais diferentes e não conseguia acompanhar muitos dos programas de seus amigos. Neste período, Joaquim passou a beber e fumar maconha com os amigos. Se descobriu homossexual e foi acolhido pelos colegas. Após se formar, começou a trabalhar em um lugar onde era reconhecido e ganhava um bom salário. Nesse momento, passou a sentir muita ansiedade.

O que a pessoa já tentou fazer? (Tratamentos anteriores, medicação, outros recursos)

Nada

Hipótese: uso de álcool e maconha

No relato de caso de Joaquim não especifica se ele já fez algum acompanhamento profissional, porém o

Informações relevantes da história do cliente que possam influenciar o quadro atual

Abandono do pai, situação socioeconômica, avó católica e com falas preconceituosas e pouco carinhosa, um homem do nordeste que vai para uma cidade grande no sudeste, descoberta da homossexualidade, uso abusivo de álcool e drogas, troca de emprego, não fala inglês, contato com pessoas de classes sociais diferentes

Joaquim vem de uma origem humilde, na qual o estudo e a asceção socioeconômica são valorizados. Em contrapartida, o contato social e desenvolvimento de vínculos sólidos não foi tão estimulado. Desde seu primeiro emprego, ficou muito preocupado com a questão financeira e guarda todo seu dinheiro desde então, demonstrando grande preocupação e medo cometer erros. Em relação a sua orientação sexual, Joaquim teve muito medo da reação das pessoas em seu entorno, principalmente da família

abuso de substância pode estar relacionado a uma tentativa de amenizar os comportamentos trazidos na queixa. Joaquim relata um histórico de abandono do pai aos dois anos, dificuldades financeiras relacionadas com sua classe social econômica desde à infância; orientação sexual; local de origem. Tais fatores podem estar ligados com sua baixa autoestima e supercompensação no trabalho, os quais se relacionam aos comportamentos ansiosos/ depressivos e o abuso de substâncias mencionados

<p>Informações do contexto atual que possam ser relevantes para o entendimento do quadro do cliente</p>	<p>Está num emprego no qual ele não se sente pertencente e merecedor. Esquiva de contato social seja para fazer/manter amizades seja para desenvolver relacionamentos afetivos</p>	<p>Joaquim está em uma posição de prestígio onde é reconhecido e tem um bom salário, esse cenário gera uma sensação de não pertencimento, inferioridade e os sintomas de ansiedade relatados</p>	<p>Apesar de estar em um emprego com melhor remuneração, Joaquim relata insegurança frente às demandas existentes no trabalho e falta de capacidade para executá-las, o que pode estar relacionado com seu repertório desenvolvido em sua história de vida (descrita na resposta anterior)</p>
<p>Quais as hipóteses iniciais levantadas acerca da queixa apresentada pelo cliente?</p>	<p>Um possível quadro do espectro do Nair autismo não diagnosticado, controle demasiado por autoregras</p>	<p>Vindo de um contexto onde havia uma falta de recursos e uma valorização da ascensão profissional e econômica, Joaquim desenvolveu uma grande preocupação e ansiedade relacionadas a esses temas. Em decorrência de um perfil mais tímido e introspectivo, relacionados ao seu contexto de origem, Joaquim recorre ao uso de maconha e álcool para alívio de ansiedade</p>	<p>As hipóteses iniciais levantadas acerca da queixa trazida pelo cliente relacionam-se com seu histórico de vida e fatores culturais que reforçam sua construção de self e os sofrimentos vivenciados diariamente. O fato de ter sido criado por mulheres e as dificuldades sociais enfrentadas por essas, as quais refletiram em Joaquim; o preconceito existente em seu local</p>

<p>Considerando a queixa inicial e sua avaliação, quais os objetivos que você está considerando para este caso?</p>	<p>Aumentar a discriminação do contexto socio economico e social, maior controle pelas contingências</p>	<p>Auxiliar Joaquim a observar e descrever as mudanças nas contingências, visto que o ambiente dele mudou desde que veio para São Paulo. Além disso, ajudá-lo a enxergar que hoje, devido a sua ascensão economica, estratégias de esquiva e preocupação excessiva não são mais necessárias. Além disso, desenvolver repertório de produzir alívio que não através do uso de álcool e maconha</p>	<p>de origem; sua orientação sexual</p> <p>Os objetivos considerados para este caso é o acolhimento e validação dos sentimentos de Joaquim frente às situações descritas, além disso, a exposição de fatores culturais interseccionais relacionados a suas vivências, a fim de desconstruir a culpa existente no relato dele, fazendo com que ele entre progressivamente em contato com seus sentimentos de maneira tolerável</p>
<p>Intervenções que você realizaria e temáticas que abordaria (descreva brevemente as intervenções que você realizaria e como as abordaria.)</p>	<p>Exposição à situações sociais e resolução de problemas para que ele conseguir sair e gastar um dinheiro que o permita acessar reforçadores</p>	<p>Análise de contingências com Joaquim. Temáticas relacionadas: como sua orientação sexual afeta sua vida hoje, sua condição socioeconomica, entender melhor em relação a que ele sente essa culpa</p>	<p>Acolhimento e validação dos sentimentos de Joaquim; Exposição de fatores interculturais vivenciadas a fim de desconstruir a culpa ou desconexão com as situações vivenciadas; Fazer ele entrar em contato com os sentimentos advindos</p>

das experiências de preconceito e discriminação de maneira programada, progressivamente tolerável; Trabalhar sobre estresse minoritário sobre pessoas LGBT relacionando com a questão do abuso de substância

Como você se sente com este cliente?	Cautelosa por medo de ser insensível às dificuldades dele. / Confortável, me identifico com a história de certa forma mas posso ser prática demais e ser insensível às suas dificuldades	Sinto bastante empatia por ver o quanto ele lutou e se superou para mudar de condição socioeconômica. E tenho vontade de fazê-lo enxergar que os sentimentos que ele tem hoje vem muito do contexto social que ele viveu e vive. / Vontade de ajudá-lo a contextualizar que seus sentimentos derivam de sua história de vida e que hoje ela é diferente, podendo também produzir sentimentos diferentes. Sinto um pouco de	Acho que o sentimento é de estar junto, de muito trabalho mas de querer construir algo junto, principalmente porque ele tem uma rede de suporte distante e fragilizada. / Desafiada pelo caso, por existir fatores macroestruturais, mas disposta a estar junto com o cliente no reconhecimento de tais fatores e os impactos destes na vida dele
--------------------------------------	--	--	---

receio em lidar com
questões relacionadas
à abuso de substâncias
