

Competência cultural do profissional de saúde sexual

Heloisa Junqueira Fleury¹, Carmita Helena Najjar Abdo^{II}

Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

RESUMO

Diferenças culturais impactam o relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente. A competência cultural caracteriza-se por autoconsciência, conhecimento e habilidades, o que aumenta a flexibilidade, capacidade de adaptação e disponibilidade do profissional para aquisição de novos conhecimentos sobre a população atendida e sobre si mesmo. Quando ela está comprometida, ocorre a opressão cultural, imposição de padrões próprios, sem considerar raça, cultura, gênero e orientação sexual do paciente, mesmo que não intencionalmente. Populações mais vulneráveis à opressão cultural sofrem o estresse de minorias e microagressões. A consciência da diversidade depende do desenvolvimento da consciência crítica sobre a própria condição privilegiada. O racismo, numa dimensão individual, pode ser explícito (intenção deliberada de tratar uma raça como superior) ou implícito (expressão sutil com viés discriminatório, consciente ou não). O esforço para melhorar os serviços de saúde para grupos com diferenças culturais e étnicas tem sido focado no treinamento da competência cultural e avaliado por mudanças em conhecimento, atitudes, habilidades e comportamentos. Profissionais de saúde frequentemente consideram-se aptos para atender às necessidades de uma população multicultural, mesmo sem capacitação na área. No entanto, poucos reconhecem o próprio racismo, desequilíbrio de poder, vieses culturais e a necessidade de autorreflexão. O desafio para eles, especialmente para o profissional de saúde sexual, é o desenvolvimento da própria competência cultural, considerando vieses inconscientes e com maior foco na dimensão implícita no treinamento antidiscriminatório e no aumento da autoreflexão crítica.

PALAVRAS-CHAVE: Competência cultural, grupos minoritários, relações interpessoais, saúde sexual, opressão social

INTRODUÇÃO

A competência cultural caracteriza-se por três elementos básicos: autoconsciência (identificação pelo profissional de sua própria herança cultural e de como ela afeta seus pacientes), conhecimento (reconhecimento da percepção de mundo própria de cada paciente) e habilidades (desenvolvimento de

estratégias de intervenção e destreza para o trabalho com o paciente culturalmente diverso).¹ A competência dos profissionais de saúde tem sido avaliada, tradicionalmente, pela aplicação de recursos técnicos e/ou pela utilização de instrumentos de intervenção. Porém, a Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca a influência de fatores subjetivos e relacionais, incluindo a violência nas relações interpessoais, ao apresentar

¹Psicóloga, mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

^{II}Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria

Editora responsável por esta seção:

Carmita Helena Najjar Abdo. Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria.

Endereço para correspondência:

Heloisa Junqueira Fleury

R. Sergipe, 401 — conjunto 309 — São Paulo (SP) — CEP 01243-001

Tel. (11) 3256-9928 — Cel. (11) 970707871 — E-mail: hjfleury@uol.com.br

Fonte de fomento: nenhuma declarada. Conflito de interesse: nenhum.

Entrada: 21 de março de 2019. Última modificação: 18 de junho de 2019. Aceite: 2 de julho de 2019.

as condições necessárias para a saúde sexual, propondo uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, livre de coerção, discriminação e violência.²

Pacientes precisam discutir dúvidas relativas à intimidade e à sexualidade com o profissional de saúde, porém há evidências de uma tendência a abordar esses temas de forma menos reflexiva e mais medicalizada, muito diferente da expectativa dos pacientes,³ perpetuando a não abordagem de questões mais subjetivas, com intensidade emocional.

Novos estudos^{4,5} vêm destacando o impacto da cultura, especialmente em populações identificadas como minorias, sobre o relacionamento do profissional de saúde com o paciente. Este artigo se propõe a apresentar algumas questões relevantes para a abordagem de temas sensíveis para essas populações como a competência cultural, definida como comportamentos, políticas e atitudes que facilitam o trabalho efetivo em grupos transculturais.⁶

COMPETÊNCIA CULTURAL

O conceito de competência cultural tornou-se popular na década de 1990. Caracterizou-se como uma nova concepção de prática profissional, em que o encontro entre o profissional de saúde e o paciente torna-se um espaço aberto, com flexibilidade, capacidade de adaptação e disponibilidade para a aquisição de novos conhecimentos sobre a população atendida e sobre o próprio profissional.⁷ Na ausência dessa competência, ocorre a opressão cultural, caracterizada pela imposição de padrões próprios por um profissional de saúde, sem considerar raça, cultura, gênero e orientação sexual do paciente, mesmo que isso não ocorra intencionalmente.¹ Em países nos quais há maior disparidade socioeconômica, podemos acrescentar a possibilidade de opressão quando diferenças socioeconômicas não são consideradas.

Essas populações mais vulneráveis à opressão cultural, sujeitas à homofobia, estigma e preconceito, sofrem o que foi denominado estresse de minorias, um fenômeno crônico que amplifica estressores naturais produzidos pelo contexto social.⁸ Essas experiências têm sido associadas a diversos resultados negativos, inclusive sofrimento psicológico.⁹ Um outro aspecto importante dessa temática refere-se às microagressões raciais, caracterizadas por comentários breves e corriqueiros, atitudes e situações sociais, algumas vezes intencionais, mas também não intencionais, que expressam insultos raciais depreciativos de um indivíduo ou grupo.¹⁰

A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Um dos principais riscos para o profissional de saúde, especialmente quando atuante na área de saúde mental frente a

uma população mais oprimida, é ter bloqueada sua habilidade para ouvir situações relativas a essa opressão, na medida em que profundas emoções associadas a raça, cultura, gênero e outras diferenças sociodemográficas tendem a não ser abertamente discutidas. Supondo que esteja inserido no grupo predominante, pode ter mais dificuldade para reconhecer a angústia, dor e desconfiança, experiências características de grupos minoritários que vivenciam opressão de gênero, raça, cultura, orientação sexual etc. O profissional deve cuidar para que o espaço terapêutico valide as diferenças, diferenciando problemas intrapsíquicos e aqueles próprios da opressão.¹

A consciência da diversidade depende do desenvolvimento da consciência crítica sobre a própria condição privilegiada. O profissional com competência cultural é consciente de suas próprias suposições, preconceitos e valores, compreende a visão de mundo dos outros, é informado sobre vários grupos culturais e adquiriu habilidades para desenvolver estratégias e técnicas de intervenção apropriadas.¹¹

O racismo, numa dimensão individual, pode ser explícito ou implícito. É explícito quando se refere a uma intenção deliberada de tratar uma raça como superior. O implícito, por outro lado, se assume uma forma de expressão mais sutil, em que o indivíduo pode estar consciente de seu viés discriminatório. As microagressões raciais, por exemplo, são mensagens que visam denegrir populações discriminadas.¹¹ No contexto terapêutico, geralmente tais atitudes não estão conscientes, mas se caracterizam como uma forma de viés racial implícito.¹²

No entanto, na medida em que há componentes implícitos nessa experiência, pode ocorrer uma negação de estereótipos raciais e de *bias* da sociedade.¹³ Discute-se a responsabilidade individual sobre esses comportamentos tendenciosos, que manifestam a influência distorcida de associações implícitas.¹⁴ Mesmo se considerarmos o fato de que esses indivíduos não têm consciência de seu comportamento discriminatório, o impacto negativo dessa atitude torna necessária uma intervenção focada no desenvolvimento dessa maior sensibilidade aos aspectos culturais.

O esforço para melhorar os serviços de saúde para grupos com diferenças culturais e étnicas tem sido centrado no treinamento de competência cultural e avaliado por mudanças no conhecimento, atitudes, habilidades e comportamentos.⁴ O fortalecimento da competência cultural tem sido associado ao aumento da satisfação, adesão ao tratamento e busca de informação e compartilhamento pelo paciente.⁴

Na perspectiva dos profissionais de saúde, a maioria dos respondentes consideram-se aptos para atender as necessidades de uma população multicultural, apesar de quase a metade deles não ter tido capacitação na área. Identificam essa aptidão com conhecimento das normas e costumes de diferentes culturas e facilidade de comunicação. No entanto, poucos vão além dessas questões práticas, não considerando

reconhecimento de racismo, desequilíbrio de poder, vieses culturais e necessidade de autorreflexão, relativas aos seus próprios preconceitos.¹⁵

Uma revisão sistemática de avaliações de intervenções para promoção de competência cultural, envolvendo Canadá, Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia, identificou resultados positivos nas dimensões tradicionalmente focadas (conhecimento, atitudes, habilidades e comportamentos), porém poucas evidências de impactos positivos das intervenções.⁵

As revisões sistemáticas nessa área apontam ainda muita diversidade nos programas de capacitação, mas sugerem maior atenção no processo de desenvolvimento da competência cultural, com maior foco nos vieses inconscientes, no treinamento antiracismo e no aumento da autorreflexão crítica.⁵

CONCLUSÃO

Os processos migratórios e a visibilidade crescente de minorias têm imposto um importante desafio para os profissionais de saúde, relativo ao desenvolvimento da própria competência cultural. Até um passado recente, conhecimento, atitudes e habilidades empáticas para populações com diversidade cultural eram considerados elementos suficientes para garantir um bom atendimento de saúde. Na atualidade, novos estudos apontam a relevância de vieses inconscientes impactando a competência cultural do profissional de saúde. Novos elementos estão sendo identificados, sugerindo maior foco na dimensão implícita no treinamento antiracismo e no aumento da autorreflexão crítica. Para o profissional de saúde sexual este desafio é especialmente notório.

REFERÊNCIAS

1. Sue DW, Sue D. Counseling the culturally diverse: theory and practice. 5ª ed. Hoboken: John Wiley; 2008. ISBN-10: 0470086327; ISBN-13: 978-0470086322.
2. World Health Organization (WHO) 2006. Sexual and reproductive health. Defining sexual health. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
3. Stilos K, Doyle C, Daines P. Addressing the sexual health needs of patients with gynecologic cancers. Clin J Oncol Nurs. 2008;12(3):457-63. PMID: 18515244; doi: 10.1188/08.CJON.457-463.
4. Jongen C, McCalman J, Bainbridge R. Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):232. PMID: 29609614; doi: 10.1186/s12913-018-3001-5.
5. Watt K, Abbott P, Reath J. Developing cultural competence in general practitioners: an integrative review of the literature. BMC Fam Pract. 2016;17(1):158. PMID: 27846805; doi: 10.1186/s12875-016-0560-6.
6. Fleury HJ, Orozco MC. Competência cultural: um aspecto da clínica. In: Marra MM, Costa LF, organizadores. Temas da clínica do adolescente e da família. São Paulo: Ágora; 2010. p. 25-35. ISBN: 9788571830691.
7. Business Dictionary. Cultural competency. Disponível em <http://www.businessdictionary.com/definition/cultural-competency.html>. Acessado em 2019 (Jun 19).
8. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. Psychol Bull. 2003;129(5):674-97. PMID: 12956539; doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674.
9. Kelleher C. Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) young people. Counselling Psychology Quarterly. 2009;22(4):373-9. doi: 10.1080/09515070903334995.
10. Sue DW, Capodilupo CM, Torino GC, et al. Racial microaggressions in everyday life: implications for clinical practice. Am Psychol. 2007;62(4):271-86. PMID: 17516773; doi: 10.1037/0003-066X.62.4.271.
11. Sue DW, Lin AI, Torino GC, Capodilupo CM, Rivera DP. Racial microaggressions and difficult dialogues on race in the classroom. Cultur Divers Ethnic Minor Psychol. 2009;15(2):183-90. PMID: 19364205; doi: 10.1037/a0014191.
12. Stevens FL, Abernethy AD. Neuroscience and Racism: The Power of Groups for Overcoming Implicit Bias. International Journal of Group Psychotherapy. 2018;68(4):561-84. doi: 10.1080/00207284.2017.1315583.
13. Haen C, Thomas NK. Holding History: Undoing Racial Unconsciousness in Groups. International Journal of Group Psychotherapy. 2018;68(4):498-520. doi: 10.1080/00207284.2018.1475238.
14. Holroyd J. Implicit bias, awareness and imperfect cognitions. Conscious Cogn. 2015;33:511-23. PMID: 25467778; doi: 10.1016/j.concog.2014.08.024.
15. Shepherd SM, Willis-Esqueda C, Newton D, Sivasubramaniam D, Paradies Y. The challenge of cultural competence in the workplace: perspectives of healthcare providers. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):135. PMID: 30808355; doi: 10.1186/s12913-019-3959-7.