



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Competência Intercultural:
Da Percepção das Famílias de Minorias Étnicas à dos Técnicos

Andreia Filipa Pinto Gonçalves

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores

Orientadora:
Doutora Carla Moleiro, Professora Auxiliar,
ISCTE-IUL

Junho, 2011

À minha mãe, avós e tio Filipe

Dedico-vos este trabalho, por serem os meus “tranquilizantes” neste caminho de letras.

**“Não tenho pressa. Pressa de quê?
Não têm pressa o sol e a lua: estão certos.
Ter pressa é crer que a gente passa adiante das pernas,
Ou que, dando um pulo, salta por cima da sombra.
Não; não sei ter pressa.
Se estendo o braço, chego exactamente aonde o meu braço chega -
Nem um centímetro mais longe.
Toco só onde toco, não aonde penso.
Só me posso sentar aonde estou.
E isto faz rir como todas as verdades absolutamente verdadeiras,
Mas o que faz rir a valer é que nós pensamos sempre noutra coisa,
E vivemos vadios da nossa realidade.
E estamos sempre fora dela porque estamos aqui. “
*(Alberto Caetano)***

Agradecimentos

Escrever uma tese de mestrado é metaforicamente semelhante à apresentação de uma peça de teatro. Aqui existe a escritora da peça, o encenador, as várias personagens e outros técnicos que são necessários e primordiais, para que o espectáculo seja um sucesso. Apesar de ter sido a escritora desta “minha peça” não posso deixar de assinalar a minha imensa gratidão para todos os que contribuíram para este trabalho final.

À **minha mãe** por ser o meu braço direito em tudo. Por apoiar-me e ajudar-me a erguer sempre a cabeça. Por ser a minha luz em todos os caminhos que vou percorrendo ao longo da vida.

À **Prof^a Carla Moleiro** por ser a “encenadora” desta peça. Por me orientar de forma transparente e concisa. Por mostrar sempre um caminho colorido, em momentos mais obscuros. Por tranquilizar, apoiar e incentivar positivamente o alcance do sucesso. Por demonstrar o profissionalismo que a caracteriza, em qualquer altura. E acima de tudo, pela total disponibilidade que teve para comigo.

À **Dr.^a Ana Ribeiro Cruz** por me ter recebido de braços abertos na associação SOS Racismo, onde realizei o estágio curricular. Por me ter apoiado e demonstrado um grande interesse na temática deste estudo. E sobretudo pelo incentivo e disponibilidade em contactar as várias instituições requeridas para este trabalho.

À **minha amiga e colega Raquel António** pela partilha de experiências e conhecimentos. Pela cooperação ao longo deste trabalho. Pela diversão patente nos momentos mais stressantes. E sobretudo pela amizade que nos acompanha já há alguns anos e que tem enriquecido a minha vida. Que este caminho que temos em comum, sorria para ti, pelo ser humano que és e pela profissional que serás.

Aos **meus amigos Sandro Sequeira, Rui Loureiro e Telma Carvalho** por se preocuparem comigo. Por oferecerem sempre o ombro amigo. Por me ajudarem a decidir caminhos. Por serem quem são, “meus irmãos”.

À **minha amiga e colega Neuza Janeiro** pelas sessões de raciocínio puro. Pelas gargalhadas. Pelos momentos mais sérios. Pela partilha. Pela opinião. Pela força em todas as fases deste trabalho. E sobretudo pelo contributo profissional que deste com a aplicação dos questionários.

À **minha madrinha e Paulo** pelos ótimos amigos que têm sido. Pelos conselhos que têm dado de uma forma divertida.

Aos meus amigos e meus colegas, especialmente **Tiago Pinto, Joana Aurélio, Catarina Pereira, Ana Duarte, Raquel Rodrigues, Ana Rosa e Rui Freixo**, pela partilha deste caminho e por proporcionarem momentos de pura diversão e descontração.

A **todos os participantes e instituições** por terem colaborado prontamente no estudo e por contribuírem para os resultados do mesmo.

MUITO OBRIGADA!

Resumo

O presente trabalho está inserido na temática da competência intercultural e a relação entre técnicos de intervenção social e comunitária e famílias de minorias étnicas. O objectivo geral deste estudo quantitativo foi analisar a percepção da competência intercultural dos técnicos e a das famílias de minorias étnicas em intervenção comunitária, visto existirem escassos estudos neste âmbito.

A amostra foi de 109 membros de famílias de minorias étnicas e 42 técnicos de intervenção social e comunitária. Aplicou-se a ambos os grupos questionários de avaliação de competências interculturais, adaptados da literatura internacional, possuindo duas versões: versão das famílias e versão dos técnicos. Aos primeiros aplicou-se o questionário através de uma entrevista individual para facilitar a compreensão dos itens por parte dos participantes, derivado à sua diversidade cultural/linguística. Ambas as versões dos questionários basearam-se no modelo de Sue et al. (1992), composto por três dimensões: consciência, conhecimento e competências práticas do profissional.

Os principais resultados demonstraram que existe correlação entre a escala total das duas versões (famílias de minorias étnicas e técnicos) com as respectivas subescalas. No entanto, não foi encontrada uma correlação entre a escala total das famílias com a escala total dos técnicos, com excepção do facto de que as famílias parecem avaliar melhor as estratégias de intervenção daqueles técnicos que têm mais conhecimento. Os profissionais deste estudo pareceram referir que se percebem como razoavelmente competentes neste domínio, apesar de indicarem não ter qualquer tipo de formação específica na área da diversidade cultural. As limitações encontradas ao longo do estudo foram discutidas e as possíveis sugestões para futuros trabalhos foram delineadas.

Palavras-chave: Competência intercultural, avaliação da competência intercultural, famílias de minorias étnicas, profissionais de intervenção social e comunitária.

PsycINFO Classification Categories and Codes da Associação Americana de Psicologia:

2930 Culture & Ethnology

3373 Community & Social Services

Abstract

The present study is framed within the theme of intercultural competence and the relation between community and social intervention professionals and ethnical minority families. Thus, the general goal of this quantitative study was to analyze the perception of the intercultural competence of community and social interventions professionals and its perception by ethnic minority families, as there are very few studies in this particular area.

The sample consisted of 109 members of ethnical minority families and 42 community and social intervention professionals. To both groups were applied questionnaires based on the international literature, which has two versions: Family Version and Professional Version. Both versions of the questionnaires were based on the model of Sue et al. (1992), composed of three dimensions: awareness, knowledge and practical skills of the professional.

The main results showed a correlation between the total scale of the two versions (ethnic minorities families and technical) with their respective subscales. However, no correlation was found between the total scale of the families with the overall scale of technicians, with the exception that families appeared to better evaluate the intervention strategies of those professionals who have more knowledge. Professionals refer to this study seemed to perceive it as a reasonably competent in this field, although not indicate any specific training in cultural diversity. The limitations encountered during the study were discussed and possible suggestions for work future were outlined.

Keywords: Intercultural competence, intercultural competence assessment, ethnic minority families, professionals of community and social intervention

PsycINFO Classification Categories and Codes from the American Psychological Association:

2930 Culture & Ethnology

3373 Community & Social Services

Índice Geral

	Página
Resumo	i
Abstract	ii
1. Introdução	1
2. Revisão de Literatura	2
Definição de conceitos.....	4
<i>A Competência Intercultural</i>	6
<i>A avaliação da Competência Intercultural</i>	12
<i>A ética na Competência Intercultural</i>	19
A intervenção social e comunitária.....	21
Objectivos e problema do estudo	23
3. Método	24
Amostra	24
Instrumentos	28
Procedimento	32
4. Resultados	33
5. Discussão	39
6. Referências	44
7. Anexos	53

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Características demográficas dos membros de famílias de minorias étnicas	25
Tabela 2 - Características demográficas dos técnicos de intervenção comunitária	27
Tabela 3 - Valores de consistência interna, médias e desvio-padrão totais e dos factores referentes ao questionário das famílias de minorias étnicas	33
Tabela 4 - Valores de consistência interna, médias e desvio-padrão totais e dos factores referentes ao questionário dos técnicos de intervenção social e comunitária	34
Tabela 5 - Médias e desvio-padrão e significância para a escala total e subescalas das famílias de minorias étnicas e nacionalidades das famílias, agrupadas	35
Tabela 6 - Médias e desvio-padrão e significância para a escala total e subescalas dos técnicos e contextos de trabalho, agrupados.	36
Tabela 7 - Resultados das correlações dos factores referentes aos questionários das famílias de minorias étnicas e dos técnicos	38

1. Introdução

A presente dissertação de mestrado está inserida na temática da Competência Intercultural e a relação dos técnicos com as famílias de minorias étnicas, na área da intervenção social e comunitária.

Assim, o trabalho pretende rever e discutir os estudos que têm sido realizados neste domínio. A revisão de literatura desenvolvida aspira abordar os movimentos migratórios em Portugal; alguns estudos que apontam as consequências da desadequação dos serviços aos grupos de minorias étnicas; definir conceitos importantes; descrever o modelo da Competência Intercultural e outros modelos adjacentes a este; reunir estudos sobre a avaliação da Competência Intercultural por parte dos técnicos e pelos clientes, visto só existirem estudos na área da saúde mental; interligar a teoria do estudo com o grupo-alvo (famílias de minorias étnicas); desenvolver o processo de intervenção social e comunitária, e definir a problemática, objectivos gerais e específicos do estudo.

Após a exposição da teoria, é explicada a metodologia utilizada no trabalho empírico, caracterizando a amostra, explicitando o instrumento adoptado e descrevendo o procedimento da aplicação dos questionários. Recolhidos os dados, estes foram inseridos numa base de dados e tratados através do programa SPSS, sendo apresentados os resultados desta análise.

No final, após o tratamento dos dados obtidos, estes serão integrados com a revisão de literatura compilada de forma a discutir algumas conclusões.

2. Revisão da Literatura

A diversidade cultural constitui-se como um conceito cada vez mais vulgarizado e patente no dia-a-dia, não só do cidadão comum, como de profissionais que contactam diariamente com a população em geral.

Dado o actual quadro de globalização, os investigadores - especialmente na área da Saúde Pública e Ciências Sociais e Humanas - reconhecem a necessidade de compreensão do fenómeno da distribuição e movimentação da população entre regiões, da sua complexidade e do seu impacto, quer para os migrantes quer para os países de acolhimento. Reid (2002) afirma que os psicólogos destacam, nas suas investigações, a importância em analisar a forma como a cultura, família, género, religião, sexualidade e outros factores contextuais, influenciam o comportamento.

Apesar da migração não ser por si só um factor de risco para a saúde, existem autores (e.g. Jolly & Reeves, 2005) que referem que a sua associação a outros factores, como as questões de género, o tipo de migração, as condições a que o migrante é sujeito nos países de acolhimento, as políticas e atitudes destes países em relação à equidade e igualdade de oportunidades, o tipo de contacto mantido com o país de origem e a possibilidade de retorno e reintegração, determinam o impacto da migração nas populações.

Presentemente, diversas organizações internacionais, nomeadamente a Organização Internacional para a Migração (OIM) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) sublinham a relevância em reconhecer a migração internacional como um processo que envolve os países de origem, trânsito, destino e retorno (Dias et al., 2009). Assim, sabe-se que a população migrante mundial representa 3% da geral, verificando-se que desde 1975 o número de imigrantes do mundo inteiro duplicou. De acordo com Machado et al. (2010), em Portugal nos últimos 20 anos verificou-se um aumento de 200% da imigração, recebendo milhares de pessoas oriundas de diversos países, culturas, etnias, valores, crenças... Segundo o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF, 2010), a maioria desta comunidade imigrante tem origem no Brasil (25%), Ucrânia (12%), Cabo Verde (11%), Roménia (7%), Angola (6%), Guiné-Bissau (5%), Moldávia (5%), as quais conjuntamente representam cerca 71% da população estrangeira com permanência regular em território nacional.

Face a este processo de migração para o país, verifica-se o aumento de factores de risco associados a perdas, mudanças, barreiras linguísticas, experiências de discriminação e preconceito (e.g. Zane et al., 2004). Autores mencionam que os grupos minoritários étnicos ou imigrantes têm maiores dificuldades em aceder aos serviços de saúde mental derivado às barreiras (e.g. Alegria et al., 2009), e que os membros destes grupos não possuem as mesmas oportunidades de acesso (Lago & Thompson, 2002). Estas barreiras incluem a falta de informação na língua de minorias étnicas, ou horários de funcionamento dos serviços não adaptados ao quotidiano (Carta et al., 2005; Nakash et al., 2009). Assim, os membros destes grupos estão expostos a um maior risco de ter problemas físicos, emocionais, e socioeconómicos, e a terem menos acesso a serviços de qualidade.

Ainda, os pacientes de minoria racial / étnica têm relatado experiências de discriminação na área da saúde que recebem (e.g. Chen et al, 2005; Stewart, et al, 1999, cit. por Tucker et al, 2007) acrescentando a forma desrespeitosa e a qualidade do tratamento insatisfatório que não está relacionado por sua vez com o seu estatuto socioeconómico, cobertura de seguro, estado da doença ou gravidade, acesso aos serviços saúde ou preferências de tratamento (Tucker et al., 2007). Kirmayer et al. (2006) acrescentam ainda a questão do impacto de mal-entendimentos culturais num serviço de saúde mental, como avaliações incompletas, diagnósticos incorrectos, tratamentos inadequados ou inapropriados e alianças de tratamento falhadas. Assim sendo, tem sido evidente que os serviços de aconselhamento psicológicos são subutilizados pelos grupos de minorias étnicas, por razões como a desconfiança, irrelevância percebida e insensibilidade para com as suas normas culturais e significados pessoais (Nelson-Jones, 2002).

Tucker et al., (2007) destacam o facto da promoção da competência e sensibilidade cultural requerer a mudanças não só nos profissionais como a nível do sistema organizacional. Visto que a falta de confiança no profissional de saúde, por parte dos grupos de minorias étnicas, se torna um obstáculo à participação de tratamentos ao nível da saúde, é necessário que estas minorias aprendam a confiar no sistema de saúde e assim participarem nas pesquisas desta área (Cook et al., 2005).

Já as novas tendências do fenómeno migratório e a diversidade de perfis das populações migrantes tornam pertinente o desenvolvimento de políticas efectivas de imigração e integração, adoptadas a nível internacional (IOM, 2005). Um exemplo de plano que implementa medidas e promove a integração das populações imigrantes é o

Plano para a Integração dos Imigrantes (PII) em Portugal, criado em 2007. Tal abrange as áreas do trabalho, habitação, saúde e educação e realça a necessidade de perspectivar as questões de discriminação, racismo, igualdade de género e cidadania.

Definição de conceitos

Antes de iniciar a discussão da literatura referente à competência intercultural, importa definir alguns conceitos.

A cultura pode ser definida como a soma total dos modos de vida construída por um determinado grupo de seres humanos e que é transmitida de uma geração para a seguinte (Murry, Smith & Hill, 2001). Existem outros autores (e.g. Serrat, 2008) que consideram este conceito, no sentido mais lato, como a totalidade de ideias distintas de uma sociedade com crenças, valores e conhecimentos. Já Kivel (2007) defende que a cultura forma-se em torno de identidades específicas, de crenças e práticas quotidianas. Stuart (2004) menciona que a família tem um papel fundamental como “árbitros” dominantes da cultura e que a família é considerada a criadora das suas próprias microculturas. Assim, a cultura é vista como fonte de laços que unem os membros das sociedades através de uma espécie de “constelação social composta por competências, ideias, esquemas, símbolos, valores, normas, instituições, objectivos, regras construtivas e modificações do ambiente” (Fiske, 2002, p.85).

A etnicidade é um termo mais amplo do que raça, no que se refere à nacionalidade partilhada, à língua, aos valores comuns, às crenças e aos costumes de um determinado grupo identificável de pessoas (Betancourt & López, 1993, cit. Por La Roche & Christopher, 2010). Segundo La Roche & Christopher (2010) a etnia, conota uma compreensão homogénea e estereotipada da experiência cultural de um indivíduo, que não pode captar a natureza da vitalidade, complexidade e diversidade de qualquer experiência. Outros autores (e.g. Cornell e Hartmann, 1998) defendem que etnicidade é essencialmente um sentimento de pertença a uma ancestralidade particular e de origem. Logo, ideias e crenças, de ascendência passada podem desempenhar um papel crucial na parte da identidade étnica (Vedder et al., 2006).

Vedder et al. (2006) acredita que a identidade étnica tem sido tratada como o componente étnico da identidade social, como a auto-identificação étnica, como os sentimentos de pertença e compromisso, como o sentido de valores partilhados ou então como as atitudes com o próprio grupo. Este conceito é constituído a partir de

processos de interação social que definem a percepção grupal que os nacionais têm de certos grupos que vêm como estrangeiros excessivamente “desidênticos” e mais “pobres” culturalmente (Bastos, 1999).

Autores acrescentam que um grupo étnico corresponde às pessoas que, pelo menos historicamente, compartilham uma região geográfica e desenvolvimento de uma identidade compartilhada (Dilworth et al., 1993, cit. por Roosa et al., 2002). Já os grupos étnicos minoritários (um dos grupos-alvo neste estudo) referem-se a um grupo étnico, que não é o grupo maioritário no contexto onde vive (Moleiro & Gonçalves, 2010), tendo em conta questões de poder e estatuto social num determinado contexto.

Os imigrantes correspondem a um sub-grupo dos grupos étnicos minoritários de um país. Por exemplo, a comunidade cigana, espalhada por todo o território de Portugal, constitui a única minoria étnica que se assume como tal e simultaneamente, como portuguesa (Fonseca et al., 2005). Segundo Cabecinha (2003), os ciganos constituem então a minoria étnica mais antiga e mais significativa em Portugal. Ainda, as populações ciganas, alvos e actores de processos de aculturação e de marginalização, mantêm, no entanto, uma identidade própria, alicerçada num sistema de valores, crenças e normas culturais específicas (e.g. Liégeois, 1979, 1983, cit. por Fonseca et al., 2005). Esta população cigana tem estado igualmente conotada negativamente nos media, contribuindo, segundo Amaro e Marinho (2002), para a adopção de comportamentos defensivos de isolamento e desconfiança face à sociedade dominante (Ferin, 2002 e 2004b; Amaro e Marinho, 2003, cit. por Valdigem, 2006). Além disso, o grupo dos imigrantes migra para o novo país por motivos pessoais, políticos ou religiosos, mas na maioria das vezes dirigem-se para outros países com o intuito de encontrar uma posição económica melhor, ou para se encontrarem com os membros da família (Oudenhoven et al., 2006). No entanto, Stalker (2002) acrescenta que existem muitas excepções, como é ilustrado pelo fenómeno da “fuga de cérebros”, mas a maioria dos imigrantes vêm de classes mais baixas a nível sócio-económico. Cabecinha (2003) conclui nos seus estudos sobre a percepção do estatuto social de diferentes grupos de minorias étnicas em Portugal, que os brasileiros são o grupo estrangeiro de maior estatuto social percebido. Deste, seguem-se os grupos de origem asiática (ex: indianos...) e os cinco grupos oriundos dos países africanos (angolanos, moçambicanos, são-tomenses, cabo-verdianos e guineenses). A autora ainda conclui que os ciganos constituem o grupo de menor estatuto social percebido, confirmando a grande saliência que a etnia cigana tem na sociedade portuguesa.

A Competência Intercultural

A competência é geralmente definida como a capacidade de executar uma tarefa ou a qualidade de estar devidamente preparado ou qualificado (Sue et al., 2009). Pritchard (1999, cit. por Pedersen, 2004) afirma que competências são os conhecimentos, aptidões, capacidades, características pessoais, e outros factores de uma pessoa que a ajudam a distinguir entre o desempenho excelente e o rendimento médio. Serão os profissionais capazes de demonstrar as suas próprias competências, no trabalho com clientes de diversas culturas?

Em alguns países, as últimas décadas têm testemunhado um aumento de atenção na promoção de competências para a diversidade individual e cultural em profissionais, especialmente na saúde mental (Daniel, Roysircar, Abeles & Boyd, 2004). Greene (2007) acrescentou que a abordagem multicultural veio salientar o papel das diferenças entre os grupos minoritários e a cultural dominante no processo clínico, reforçando numa perspectiva afirmativa o papel não só da etnia, mas também do género, orientação sexual, idade, nível socioeconómico, etc. Já, Arredondo et al (1996) mencionam que as competências multiculturais possibilitam a interacção com indivíduos de diferentes culturas, sem ignorar a raça, etnia ou origem cultural.

Outros autores como Whaley & Davis (2007) referem que a competência cultural tem sido definida como um sistema que reconhece a importância e a incorporação da cultura, a avaliação das relações inter-culturais, a vigilância em relação à dinâmica que resulta de diferenças culturais, a ampliação do conhecimento cultural e adaptação das intervenções para atender às necessidades culturais. Assim, a competência cultural é a crença de que as pessoas não só apreciam e reconhecem outros grupos culturais, como também são capazes de trabalhar eficazmente com minorias étnicas (Sue, 1998).

Logo, a competência cultural possui os ingredientes necessários que incluem ter uma compreensão, valorização e respeito pelas diferenças e semelhanças culturais entre e dentro dos grupos culturalmente diversos. Além disso, existem autores (e.g. Lo & Fung, 2003; Chen, 2008; Sue, 1998; Torrino, 2005) que destacam a relevância da competência intercultural nestes profissionais que trabalham com clientes de minorias étnicas na medida em que esta se relaciona com a obtenção de resultados de intervenção positivos (efeitos como impactos positivos na relação terapeuta-cliente culturalmente diferente; a

realização de intervenções adaptadas a membros de minorias étnicas, e a satisfação dos clientes pertencentes a esse grupo minoritário).

Ainda, existem autores (nomeadamente, Pedersen, 1991; Sue, 1998) que referem que a competência cultural constituiu-se como um processo, orientação e abordagem que incorpora a sensibilidade à cultura nas intervenções com os clientes, denominado competência multicultural. É, portanto, uma forma de construção da relação de ajuda com o outro, que envolve o/a cliente, o/a profissional ou técnico/a e o contexto em que se insere a intervenção (Sue, 2003). Sue et al (1992; cit. Sue et al., 2009) argumentaram que um profissional culturalmente competente deve incidir em três aspectos: consciência, conhecimento e competências culturais. Ou seja, a competência cultural envolve uma constelação de características do direito pessoal.

Face a isto, Sue, Arredondo & McDavis (Sue et al., 1982; Sue et al., 1992) formulam um modelo com base nestas três dimensões, com o intuito de orientar os técnicos de aconselhamento e psicoterapia, a lidar com clientes culturalmente diferentes de si:

- (1) A *auto-consciência*, que consiste na forma como as atitudes dos técnicos influenciam o modo como estes interagem profissionalmente com as pessoas tendo em conta a etnia ou cultura. Mais concretamente, esta dimensão atenta o profissional para (com base em Sue, 2001):
 - Ser consciente e sensível à própria herança, respeitando as diferenças.
 - Estar consciente das suas próprias experiências e tendências e como elas influenciam os processos psicológicos.
 - Reconhecer os limites das suas competências e conhecimentos.
 - Não estar desconfortável com as diferenças que existem entre ele e os outros.
 - Estar em contacto com a reacção emocional negativa em relação a grupos étnicos / raciais, sem existir julgamento.
 - Ter noções conscientes dos seus estereótipos e preconceitos.
 - Respeitar os aspectos religiosos e crenças espirituais dos outros.
 - Considerar o bilinguismo.

- (2) O *conhecimento*, que corresponde à informação, compreensão das outras culturas, dos processos migratórios, identidade cultural e aculturação como por exemplo (Sue, 2001)

- Ter conhecimento da sua própria origem racial / cultural e como ela afecta as suas percepções.
- Possuir conhecimento sobre o desenvolvimento da identidade racial.
- Ser capaz de reconhecer as próprias atitudes racistas, crenças e sentimentos.
- Ter conhecimento sobre o impacto social e os próprios estilos de comunicação.
- Ter conhecimento sobre os grupos com quem trabalha e interage.
- Entender como a raça / etnia afecta a formação da personalidade, escolhas vocacionais, perturbações psicológicas.
- Ter conhecimento sobre as influências sociopolíticas, a pobreza, imigração...
- Entender as características de uma determinada cultura e a língua utilizada no processo terapêutico.
- Reconhecer os efeitos das barreiras institucionais.
- Reconhecer os erros da avaliação.
- Conhecer as estruturas familiares do grupo minoritário e a sua comunidade.
- Reconhecer como as práticas da discriminação operam ao nível da comunidade.

(3) Por fim as *competências práticas*, que reflectem a capacidade de pôr em prática as dimensões anteriores, através de técnicas e estratégias de intervenção (Sue, 2001):

- Procurar ter experiências de formação, educação e consulta multicultural.
- Auto familiarizar-se com a pesquisa relevante sobre grupos raciais / étnicos.
- Envolver-se com grupos minoritários fora do papel de trabalho: eventos da comunidade, celebrações, vizinhos...
- Capaz de se envolver numa variedade de estilos de personalidade verbal / não verbal.
- Poder exercer competências de intervenção institucional.
- Poder assumir a responsabilidade de oferecer competência linguística aos clientes.
- Ter experiência em aspectos de avaliação intercultural.
- Trabalhar para eliminar o preconceito e discriminação.
- "Educar" os clientes na natureza da sua própria prática.

Após, a iniciativa deste modelo, outro igualmente marcante foi o Modelo das Dimensões de Identidade Pessoal (Arredondo et al., 1996) que traduz basicamente a operacionalização das três dimensões mencionadas anteriormente. O propósito deste modelo foi demonstrar a complexidade e holismo dos indivíduos, apresentando assim as variadas maneiras em que clientes, profissionais, técnicos se podem auto-definir. Arredondo et al., (1996) salienta ainda que quando se realiza aconselhamento psicológico a clientes diferentes dos profissionais em termos de cultura ou etnia, incidindo apenas nas primeiras dimensões (consciência e conhecimento) sem ter em conta a terceira dimensão referente às competências práticas. Tal, provavelmente conduzirá a falhas de comunicação, colocando em risco a relação terapêutica.

Recentemente, Sue (2001, cit. Mollen et al., 2003) sugeriu o Modelo das Múltiplas Dimensões da Competência Intercultural que defende que a competência intercultural consiste na combinação e interação multifactorial das três dimensões: consciência, conhecimento e competências práticas. Além disso, Sue (2001) considera que a competência intercultural é a capacidade de criar condições que maximizem o desenvolvimento otimizados dos clientes e dos seus sistemas. Os autores (Sue, 2001, cit. Mollen et al., 2003) mencionam ainda que este modelo é composto por três dimensões: a primeira, relativa aos componentes da competência intercultural (consciência, conhecimento e competências); a segunda referente aos focos da competência intercultural, que incluem os níveis individuais, profissionais, organizacionais e sociais de intervenção. Por fim, a terceira dimensão constituída pelos atributos de etnias e culturas específicas da competência intercultural é baseada em cinco grupos-alvo de intervenção: Afro-americanos, Asiático-americanos, Latino-americanos, Nativo-americanos e Europeus-americanos.

Posteriormente vários modelos foram introduzidos para serem utilizados pelos profissionais, com o intuito de se tornarem interculturalmente competentes.

O modelo do Desenvolvimento do Terapeuta de Carney e Kahn's (1984, cit. Mollen et al., 2003) possui três fases com um padrão de crescimento nas áreas do conhecimento de grupos culturais, na consciencialização de atitudes e sensibilidade transcultural, e das competências específicas da terapia transcultural. Os autores relatam ainda que cada etapa é dividida pelas características do terapeuta e pelo ambiente de terapia adequado. Já o Modelo da Competência Cultural de Cross (1988, cit. Mollen et al., 2003) foi originalmente desenvolvido para uso das organizações, apesar de ser adoptado para os indivíduos. Este modelo é composto por seis fases: “destruição cultural”, incapacidade

cultural, cegueira cultural, competência pré-cultural, competência cultural de base e competência cultural avançada. No entanto, Bennett (1993, cit. Mollen et al., 2003) propôs o Modelo do Desenvolvimento que se baseia em seis etapas que se movem do etnocentrismo e etnorelativismo. As três fases que compõem a primeira dimensão são a defesa do etnocentrismo, a negação e minimização. Já na segunda dimensão, as etapas são aceitação, adopção e integração.

Na área dos cuidados de saúde, Campenha-Bacote (1994, cit. Mollen et al., 2003) sugeriu o Modelo dos Cuidados de Saúde Culturalmente Competente, considerando a competência intercultural como um processo que consiste em avaliações culturalmente sensíveis e relevantes para a intervenção em saúde. Este modelo é composto por quatro componentes: consciência cultural, o conhecimento cultural, competências culturais e “encontros” culturais. O modelo de Processo de Comunicação Multicultural de Beckett et al. (1997, cit. Mollen et al., 2003) é mais específico, na medida em que define um processo de duas etapas para a intervenção com clientes Afro-americanos. Na primeira etapa, os utilizadores deste modelo usam-no para se orientarem em estudos individuais e conhecimento multicultural. Já na segunda recorrem ao modelo para intervir directa e indirectamente, através da supervisão.

Por fim, Toporek e Reza (2001, cit. Mollen et al., 2003) desenvolveram o Modelo da Avaliação da Competência Multicultural na Psicoterapia e o modelo de planeamento. Este modelo prende-se com um complemento do modelo de Sue et al. (1992) acrescentando três dimensões: contextos, modos de mudança e, por fim, processos de avaliação e planeamento das várias dimensões do modelo de Sue et al. (1992). No modelo de Toporek e Reza (2001) são identificados nove competências categorizadas em três áreas: ter consciência de suposições próprias, compreensão da visão do mundo dos clientes e por último o desenvolvimento de intervenções adequadas à diversidade cultural. Além disso, este modelo descreve igualmente três contextos da competência intercultural: contexto profissional, pessoal e institucional. Ainda refere três modos de mudança, nomeadamente o modo cognitivo, afectivo e comportamental. Por fim o modelo descreve as três áreas de planeamento e avaliação: (1) o objectivo da avaliação que consiste em obter uma perspectiva abrangente de competência multicultural do profissional; (2) as necessidades constam das áreas da consciência, conhecimento e competências que exigem um maior desenvolvimento e aprendizagem para o profissional e por fim, (3) as actividades e objectivos que ajudam a estabelecer um plano estratégico para o desenvolvimento profissional.

Deste modo, conclui-se que o conceito de competência intercultural tem sido alvo de atenção crescente nas últimas décadas e diversos modelos foram já propostos para a sua conceptualização. Todos eles partiram, de alguma forma, do modelo inicial tri-dimensional de Sue et al. (1982), existindo algumas diferenças ao nível da sua aplicação, contexto e formulação por diversos autores. Segundo Ridley & Shaw-Ridley (2011) educadores, pesquisadores, estudantes, terapeutas e outros profissionais adoptaram o modelo tripartido dimensional nas suas práticas para compreenderem exactamente o que é necessário para trabalhar com clientes de várias origens culturais

É importante ressaltar que ao longo do presente trabalho será utilizado o termo “competência intercultural” (em vez da nomenclatura inicialmente proposta de “competências multiculturais”), visto que este pressupõe que o profissional tenha consciência, conhecimento e competências técnicas que lhe permitam compreender o outro e fazer-se compreender em termos comunicacionais e relacionais, numa situação que é interactiva e de influência mútua (Moleiro et al., 2010).

Avaliação da “Competência Intercultural”

Desta forma, existem autores que procuram compreender como a competência intercultural tem sido avaliada e que métodos são utilizados para a avaliação da mesma (Ridley & Kleiner, 2003).

Actualmente, tem existido um aumento no enfoque da competência intercultural em programas de aconselhamento psicológico e um crescimento profundo em questões multiculturais nas áreas da formação, aconselhamento e supervisão.

No entanto, os verdadeiros potenciais desafios estão associados aos métodos utilizados para medir o constructo da avaliação da competência intercultural. Vários métodos têm sido aplicados e investigados em diversas áreas, como educação, aconselhamento psicológico, psicoterapia e saúde mental, sendo os psicoterapeutas, professores, supervisores e outros técnicos a utilizá-los. O objectivo incide na análise da eficácia dos diversos métodos nas respectivas áreas e contextos.

Os tipos de instrumentos utilizados têm sido essencialmente de três naturezas: auto-relato, portefólio e escalas de observação (e.g. Ridley & Kleiner, 2003). Todos os instrumentos relacionados com a competência intercultural possuem como objectivo comum avaliar a percepção da competência intercultural e estas medidas tendem apenas a variar no número de factores que compõem o pensamento global de construção (Constantine & Landany, 2001).

Sue (2001) utilizou instrumentos de auto-relato, nomeadamente Multicultural Awareness/Knowledge/Skills Survey (MAKSS; D’Andrea, Daniels & Heck, 1991); Multicultural Counseling Inventory (MCI; Sadowsky, Taffe, Gutkin & Wise, 1994) e Multicultural Counseling Knowledge and Awareness Scale (MCKAS; Ponterotto, Gretchen, Utsey, Rieger & Austin, 2000). As escalas de auto-relato foram o primeiro passo importante na avaliação da competência intercultural. Contudo, críticas têm sido apresentadas, nomeadamente por Pope-Davis & Dings (1995), que mencionam que as escalas de auto-relato destacam uma medida antecipada, em vez de comportamentos reais ou atitudes correlacionadas com a competência intercultural. Por sua vez, Constantine e Landany (2000) não encontraram uma correlação significativa entre as escalas de auto-relato e uma das dimensões da competência intercultural. Além disso, vários investigadores destacaram a necessidade de identificar a validade deste género de

escalas, reconhecendo a falta de uniformidade em relação ao que as escalas de auto-relato pretendem realmente avaliar.

O segundo método bastante utilizado na avaliação da competência intercultural é o portfólio, que corresponde a um conjunto de trabalhos que replicam o esforço, progresso e conquistas que indivíduos têm numa determinada área (Arter & Spandel, 1992). Coleman (1996) indica que o portfólio reflecte a competência do profissional com base nas três dimensões (consciência, conhecimento e competências práticas) com as quatro modalidades de tratamento do contexto académico e programas de treino (individual, grupo, família e consulta), isto é, as interações entre as três dimensões da competência intercultural e as modalidades terapêuticas. A principal vantagem que Constantine e Landany (2001) referem é que este método funciona como um estímulo para a discussão de questões multiculturais e pode ainda demonstrar que um indivíduo tenha dominado os conceitos específicos. Coleman (1996) acrescenta ainda que os portfólios podem servir como uma forma de integrar as informações dos diferentes domínios terapêuticos ou ainda demonstram como os processos educativos são eficazes no desenvolvimento de competências. Contudo, este tipo de método apresenta algumas dificuldades, nomeadamente, leva muito tempo para desenvolver e analisar ao contrário de outros instrumentos, e não possui métodos confiáveis para avaliação e classificação.

Por fim, e relativamente às escalas de índice de observação, consistem maioritariamente numa avaliação dos “recém-profissionais” (como futuros professores ou estagiários) por parte dos profissionais mais “experientes”, através de observação estruturada por categorias com conteúdo pré-determinado e quantificado (Ponterotto et al., 2003). Estas escalas possuem apenas uma única limitação em que os supervisores têm que ser à partida multiculturalmente competentes, o que por vezes pode não existir em certos programas de formação (Constantine, 1997). Constantine e Ladany (2000) definem este método como a capacidade dos profissionais em conceptualizar as preocupações dos clientes através da diferenciação e integração do conhecimento multicultural, referente aos seus problemas.

Segundo Constantine e Ladany (2001), as diversas abordagens para avaliar a competência intercultural aparentam estar enraizadas na suposição de que essa competência é somente demonstrada principalmente em situações de aconselhamento individual. Assim, os autores aconselham como futuras acções neste campo incluir

procedimentos que avaliam essas competências no contexto de sistemas maiores, como famílias, grupos ou mesmo organizações.

A maioria dos estudos neste domínio da avaliação das competências interculturais faz referência à avaliação da competência intercultural pelos próprios técnicos.

Como os profissionais prestam constantemente serviços às populações mais culturalmente diversificadas, torna-se importante que os técnicos praticantes e estagiários na área do aconselhamento psicológico desenvolvam competências multiculturais (e.g. Hill, 2003). Assim, com a orientação multicultural, os terapeutas demonstram uma consciência de mudanças na sociedade e uma maior disposição para responder às novas exigências dos seus clientes, culturalmente diferentes de si (Hill, 2003).

No entanto, a maioria dos profissionais reconhecem não ter experiência e formação suficientes relativamente às minorias étnicas (Sue, 1992). Mesmo assim, Sue (2003) refere que estes técnicos pretendem responder às necessidades em lidar com os grupos de minorias étnicas e em apreciar as respectivas influências culturais. Logo, através do feedback que os profissionais têm das famílias de minorias étnicas, estes poderão construir os recursos necessários para adaptarem a sua intervenção à diversidade multicultural. Face a isto, Toporek e Pope-Davis (2005) reforçam o facto de existir um aumento da necessidade por parte dos psicólogos em reconhecer as forças externas que poderão influenciar a vida dos seus clientes (discriminação, pobreza...), ajudando os técnicos a elaborar planos de intervenção adaptados aos grupos de minorias étnicas.

Para os profissionais serem capazes de realizar planos de intervenção e lidarem com esta população multiculturalmente diferente, necessitam de recorrer a formações neste âmbito. Spanierman et al. (2008) descobriram que maiores níveis de formação multicultural estão associados a menores níveis de ansiedade por parte dos estagiários de grupos majoritários e que, por sua vez, prevêm-se níveis mais elevados de conhecimento multicultural. Apesar deste efeito directo ser evidente, a formação também, indirectamente, leva a um maior conhecimento sobre as diferentes etnias (Spanierman et al., 2008). Existem autores que encorajam os formadores de cursos de educação multicultural para avaliarem os seus formandos com base em padrões da competência cultural (e.g. Smith et al., 2006)

Tucker et al. (2007) destaca a importância de formar administradores, profissionais e estudantes na área da saúde para promover a sensibilidade cultural, no trabalho com clientes culturalmente diferentes. Para isso, a supervisão tem um papel importante uma

vez que pode ajudar os formandos a pensar em como o racismo ou discriminação podem potencialmente influenciar no processo terapêutico (Neville et al., 2006). Com a colaboração da supervisão, poderá combater-se, segundo Neville et al. (2006), o risco dos terapeutas negarem a influência potencial de factores como raça, racismo ou socioculturais, na compreensão da etiologia dos problemas dos seus clientes e o possível desenvolvimento de planos de tratamento adequados. Alguns terapeutas não compreendem o stress crónico que os clientes têm por estarem inseridos num grupo étnico minoritário. Assim, não entendem o impacto negativo que o racismo tem sobre os clientes negros com quem trabalham (Mohammed, 2000, cit. por Nelson-Jones, 2002). Além disso, Nelson-Jones (2002) menciona que os terapeutas concentram-se mais em lidar com indivíduos em vez de lidar com os clientes no contexto das suas famílias e redes comunitárias. Existem ainda resultados que indicaram que os serviços, que vão desde aqueles que estão no nível organizacional para aqueles que estão ao nível individual ou clínico, muitas vezes reflectem o preconceito e o racismo da sociedade mais ampla (Sue et al., 2003).

Outros estudos que se focam igualmente nos técnicos, sugerem que os terapeutas de minorias étnicas percebem, e são percebidos por observadores externos, como mais culturalmente competentes a trabalharem com clientes de grupos étnicos do que os terapeutas que pertencem ao grupo dos caucasianos (e.g., Constantino, 2001). As diferenças étnicas e raciais entre o cliente e o terapeuta afectam os processos de tratamento e os resultados, mas pouco se sabe sobre até que ponto é que os terapeutas têm diálogos sobre a sua relação terapêutica (Maxie et al., 2006). Os resultados referem que as diferenças culturais podem ter tantos efeitos negativos como positivos, mas que ambos apontam para a importância de uma melhor compreensão associada aos processos terapêuticos. A maioria dos terapeutas relata ter discussões sobre as diferenças culturais com seus clientes. Estes últimos dados não foram inesperados, dada a importância da raça, etnia e cultura na nossa sociedade e sua influência em qualquer relação interpessoal. Terapeutas relataram, nos estudos de Knox et al. (2003) um nível elevado de conforto para enfrentar as diferenças culturais. Os terapeutas sentem-se mais confortáveis e capazes de enfrentar a diversidade cultural, nos últimos anos do seu trabalho profissional em comparação com o início de sua carreira (Knox et al., 2003). Assim, terapeutas mais velhos eram mais propensos a envolverem-se em diálogos com clientes diferentes etnicamente, e sentem-se mais confortáveis, percebendo-se como mais qualificados a lidar com diferenças culturais (Maxie et al., 2006).

Contudo, outros autores (e.g. Cooper-Patrick et al., 2003, cit. por Thom et al., 2010) referem que a inexistência da diferença da competência intercultural nos médicos, que contactam com pacientes de minorias étnicas, tendo como factor moderador o estatuto socioeconómico dos pacientes. No entanto, Cooper-Patrick et al. (2003) relatam que existe uma melhor qualidade de comunicação quando existe concordância no nível socioeconómico entre o médico e paciente.

Reconhece-se que a etnia parece ser responsável por parte da variação na competência multicultural entre os terapeutas (Holcom-McCoy, 2002, cit. por Neufeldt et al., 2006). Neufeldt et al. (2006) destaca ainda que os seus estudos sobre competência multicultural revelam que os terapeutas de minorias étnicas têm níveis mais elevados de auto-percepção de competência multicultural, em comparação com os terapeutas de descendência europeia. Nestas circunstâncias e contrariando os resultados de Cooper-Patrick (2003), Neufeldt et al. (2006) referem que os profissionais têm tendência a superestimar as suas próprias competências, resultando numa baixa consistência entre o auto-relato e a capacidade do técnico de relacionar questões culturais em estratégias e aspectos relacionais, reforçando a ideia de que as medidas de auto-relato poderão ser menos indicadas para a avaliação das competências interculturais para profissionais que têm baixa consciência neste domínio (Moleiro, Marques & Pacheco, 2011).

Existem investigadores que destacam o facto de muitos terapeutas considerarem o contexto cultural e social como factores importantes na avaliação dos problemas dos seus clientes (por exemplo, Whaley, 1997; Sue & Sue, 1999). Segundo Constantine et al. (2004), a experiência ao nível da sensibilização para questões étnicas ou raciais, por parte de profissionais, desempenha um papel fundamental na competência multicultural, ao nível do aconselhamento psicológico. No entanto, os técnicos que não trabalham muito com populações multiculturalmente diferentes, necessitam de participar e imergir em experiências culturais de forma a potenciar a sua consciência e valorização das semelhanças e diferenças entre as pessoas (Constantine et al., 2004).

Relativamente aos clientes, existem poucos estudos que abordem a questão da forma como os utentes de minorias étnicas percebem a competência intercultural dos técnicos. No entanto foram realizados estudos (nomeadamente de Atkinson et al, 1998) que indicam que os clientes de minorias étnicas preferem profissionais racial e etnicamente semelhantes, enquanto outros preferem apenas os que têm valores similares. Também Lopez et al (1991) mencionam que os utentes consideram os profissionais como culturalmente competentes os que são etnicamente semelhantes

entre si. Contudo, Goldberg e Twidwell (1990) concluem que clientes não preferem necessariamente trabalhar com técnicos semelhantes a si, etnicamente. Os estudos de Atkinson et al (1989) reforçam a ideia de que a etnia de um indivíduo desempenha um papel muito pequeno nas preferências dos clientes em relação às características do terapeuta (ex: sexo, idade, nível sócio-económico), pelo menos para os grupos étnicos pesquisados neste estudo. Neste mesmo estudo os clientes também expressaram uma maior preferência por um terapeuta do mesmo sexo, e alguns grupos étnicos expressaram uma maior preferência por técnicos com um *background* socioeconómico similar ao seu.

Um estudo igualmente importante é de Wong et al (2007) que chega à conclusão que as expectativas dos clientes e a credibilidade dos terapeutas percebida pelos clientes são importantes variáveis moderadoras da vontade de início e continuação da terapia, especialmente em clientes de minorias étnicas.

Thom et al. (2006) indicam que não foram encontrados estudos onde se usaram relatos dos pacientes em relação aos comportamentos dos médicos ou que avaliassem o impacto da formação na saúde, no tratamento dos pacientes culturalmente diferentes. Assim é importante identificar os domínios de competência crítica cultural a partir da perspectiva dos doentes com o intuito de orientar o desenvolvimento de intervenções a nível clínico (e.g. Nápoles-Springer et al., 2005). Por sua vez, Cook et al. (2005) encontraram dados que indicam que os membros minorias étnicas não estão satisfeitos com sua saúde e que estes membros sentem dificuldades acrescidas em comunicar com os profissionais de saúde. Ainda os autores concluíram que os membros de minorias étnicas consideram que os profissionais de saúde não estão adequadamente informados sobre sua etnia e cultura, e que preferem os profissionais de saúde que são da mesma origem étnica, racial ou cultural. Por fim, os autores ainda acrescentam o facto dos membros de minorias étnicas não quererem participar em pesquisas de saúde devido à desconfiança que sentem do profissional nesta área.

Os resultados de Johnson et al. (2004) destacaram a evidência de os clientes de minorias raciais e étnicas são mais propensos em relação aos clientes pertencentes a grupos majoritários, a perceber o preconceito e a falta de competência cultural quando procuram tratamento no sistema de cuidados de saúde. Estas percepções são reduzidas, mas persistem, mesmo quando se controlam os factores demográficos, a alfabetização de saúde, auto-avaliação de estado de saúde, fonte de cuidados e repostas médicas.

É provável que alguns pacientes que possuem características específicas ou que vivem em situações particulares possam beneficiar de correspondência étnica (Karlson, 2005). Além disso, existe uma preocupação especial sobre as populações que têm sido menos focadas na literatura do aconselhamento psicológico multicultural, como é o caso das crianças e suas famílias (Lynch & Hanson, 2004; Obegi & Ritblatt, 2005, cit. por Moleiro et al., 2011). Ainda, uma implicação dos estudos de Tucker et al. (2007) é que pacientes - especialmente aqueles que são pacientes etnicamente minoritários - devem ser incluídos na determinação de indicadores de saúde, centrado no paciente e culturalmente sensíveis, no desenvolvimento de avaliações com o intuito de se verificarem os níveis de sensibilidade cultural na área da saúde.

Por último, salienta-se o facto a importância de os instrumentos conterem medidas ou hipóteses específicas da cultura em que estão a ser utilizados, para destacar as diferenças culturais existentes e, assim, a pesquisa não se tornar numa perspectiva universalista (e.g. Betancout & Lopez, 1993; Hall, 2001).

A ética na Competência Intercultural

A sociedade tem sofrido mudanças visíveis ao nível social, político, demográfico e económico. Durante estas transformações ao nível não só do nosso país como ao nível mundial, os códigos de ética, normas éticas e directrizes têm fornecido às mais diversas profissões a orientação necessária para poderem trabalhar em contextos caracterizados por esta diversidade.

A psicologia é uma das áreas que se guia por princípios éticos, sendo os quatro principais e gerais: (1) o respeito à autonomia, que implica o reconhecimento e permite o direito de outra pessoa agir de acordo com os seus desejos; (2) a não-maleficiência, que envolve a obrigação de não causar dano a outrem; (3) a beneficência, que implica a obrigação de ajudar os outros e (4) por fim, a justiça, que envolve a distribuição igualitária de benefícios (Meara, Schmidt & Day 1996). Por sua vez, existem outros dois princípios secundários sugeridos por Beauchamp e Childress (1994), que são igualmente importantes no processo: fidelidade e veracidade. O primeiro envolve manter uma promessa na relação, terapeuta – cliente, enquanto o segundo envolve dizer a verdade.

Meara et al. (1996) referem que um profissional deve ser alguém que esteja motivado para fazer o que é bom, que possui uma visão e discernimento de tudo o que possa envolver uma intervenção, que compreenda o papel da emoção na tomada de decisão ética, que tenha auto-conhecimento e interdependência relativamente à comunidade, e que ainda entenda o papel da comunidade na tomada de decisão ética. Tal reforça a ideia de que os profissionais devem considerar outros valores e éticas, compreendendo que existem valores implícitos e explícitos noutras culturas.

O Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2011), para além de reforçar os princípios gerais supracitados, estabelece dois princípios éticos específicos relativamente à diversidade cultural. O recente código defende a não discriminação, em que “os (as) psicólogos (as) não discriminam os seus clientes em razão de qualquer tipo de factor ou condição” (p.17935). Além disso, foca um princípio relativo às minorias culturais indicando que “quando desenvolvem uma prática dirigida a populações minoritárias, os (as) psicólogos (as) procuram obter conhecimento profissional e científico relevante para intervir de forma ética e eficaz, adequando as suas intervenções a factores conhecidos associados à idade, sexo, cultura, etnia, raça...” (p.17935).

Foram elaboradas, orientações éticas para a educação multicultural, treino, pesquisa, prática e mudança organizacional para os psicólogos (APA, 2003), criadas para os grupos de minorias étnicas e raciais, bem como o indivíduo, crianças e famílias de origem biraciais, multiétnicas e multiraciais (La Roche & Christopher, 2010). Estas abrangem 5 áreas: a educação multicultural, o compromisso com a consciência e conhecimento cultural de si próprio e dos outros, a investigação, a prática e mudança organizacionais, e o desenvolvimento político (APA, 2003). No entanto, existem alguns destes princípios éticos que devemos salientar para o presente estudo, nomeadamente a questão de que “os psicólogos são incentivados a reconhecer que, como seres culturais, eles podem manter atitudes e crenças, que podem influenciar negativamente as suas percepções e interações com indivíduos que são, étnica e racialmente diferentes de si mesmos” (APA, 2003, p.382). Estas orientações étnicas focam ainda que os “psicólogos são incentivados a reconhecer a importância da sensibilidade e resposta multicultural aos indivíduos étnica e racialmente diferentes” (APA, 2003, p.385).

Constantine e Landany (2001) defendem a existência de programas que integrem as questões multiculturais nos currículos académicos de forma a avaliarem a eficácia da formação multicultural que eles fornecem. Para isso é relevante que se desenvolva a investigação não só no papel da ética na educação, como na tomada de decisão ética ao nível da competência multicultural.

Arredondo et al. (2006) considera que as orientações éticas estabelecidas podem inspirar e incentivar os psicólogos a expandirem e fortalecerem os seus conhecimentos e construir novas práticas, sendo o mundo enriquecido pela diversidade cultural (Arredondo et al., 2006). Acrescenta-se o facto de que as orientações éticas mencionadas referem-se, em particular, às questões das minorias étnicas e raciais, tornando-se necessário incluir as restantes identidades sociais (ex: género, orientação sexual, religião) para os profissionais tornarem-se culturalmente sensíveis (Arredondo et al., 1996, cit. Arredondo, et al., 2006).

A intervenção social e comunitária

Desde há muito tempo que a intervenção social e comunitária tem sido uma área bastante estudada em variadas vertentes, sendo importante contextualizá-la neste trabalho.

Seidman (1983) considera a intervenção social e comunitária como a alteração das regularidades sociais entre indivíduos, grupos, associações e instituições planificadas ou naturais, de carácter nacional ou internacional, com o impacto na qualidade de vida da sociedade ou nas circunstâncias de um grande número de indivíduos ou grupos. Esta é então entendida como um processo intencional de interferência ou influência que tem como objectivo provocar a mudança (Ornelas, 2008).

Wandersman e Florin (2003) encaram as intervenções comunitárias como a combinação de múltiplas estratégias e configurações, que foram adoptadas como uma abordagem promissora para uma ampla divulgação. Estes autores acrescentam ainda que este tipo de intervenções têm múltiplos componentes e que geralmente, combinam estratégias de mudança individual e ambiental, de forma a prevenir a disfunção, promovendo o bem-estar entre grupos populacionais de uma comunidade definida.

Estas intervenções, juntamente com o desenvolvimento da teoria e pesquisa, dão conta da existência de interações entre indivíduos, configurações e o nível sociocultural da comunidade, situada num determinado contexto (Reppucci et al., 1999).

Assim, foram elaborados alguns desafios para incluir a cultura e o contexto da comunidade em intervenções sociais e comunitárias (e.g. Trickett, 1996, cit. por Reppucci et al., 1999) que incluem o aumento do uso de métodos qualitativos para entender a cultura; desenvolvimento de estratégias de análises de dados; análise mais detalhada das relações entre grupos culturais e os respectivos ambientes ecológicos e, por fim, a necessidade de esclarecimentos conceptuais sobre o desenvolvimento de relações de *empowerment*. Recentemente, O'Donnell (2006) defende ainda a adopção de uma abordagem cultural centrada explicitamente na diversidade cultural e no contexto da comunidade. Este autor reforça que a perspectiva ecológica nas intervenções comunitárias possui vários níveis, que vão desde os indivíduos, os contextos sociais, as normas da comunidade e a própria tradição. Por sua vez, Snowden (2005) ressalta a importância da compreensão da cultura e do contexto na comunidade: "Temos de continuar a desenvolver teórica e empiricamente conhecimento sobre as

estruturas da comunidade como as normas e processos de operar comunidades e como eles afectam o bem-estar do indivíduo, especialmente na diversidade cultural e étnica em comunidades minoritárias " (p. 1).

Contudo, destaca-se a atenção nas várias limitações que as próprias intervenções comunitárias possam conter. Reconhece-se que a replicação dessas intervenções para outras comunidades requer modificações e adaptações que podem comprometer a eficácia das mesmas (Morales, 2009). Para isso e segundo Trickett (2009), devem-se observar os vários níveis ecológicos, os recursos das estruturas sociais, analisar como a cultura se expressa nos diversos segmentos da comunidade, o papel das tradições e ainda as normas que possam afectar a vida dos indivíduos ou do seu grupo.

Objectivos do Presente Estudo

Partindo do racional teórico desenvolvido anteriormente, torna-se relevante analisar até que ponto as competências interculturais percebidas pelos técnicos de intervenção social e comunitária estão associadas às percepções das próprias famílias de minorias étnicas com quem trabalham, dessa competência intercultural.

Alguns estudos que já foram realizados abordam a avaliação das competências interculturais, utilizando quase exclusivamente as perspectivas dos próprios técnicos (com medidas de auto-relato) e na área do aconselhamento e psicologia clínica/psicoterapia. Contudo, são poucos os que se focam na área da intervenção social e comunitária, e aqueles que façam uso das perspectivas dos próprios clientes dos serviços.

Tendo em consideração a escassez dos estudos sobre a percepção da competência intercultural (concretamente na área da intervenção social e comunitária) e a importância da promoção das competências dos profissionais para a diversidade cultural, o presente trabalho ambiciona ser uma contribuição nesse sentido.

Pretende-se, em geral, analisar a percepção da competência intercultural dos técnicos e utentes em intervenção comunitária com famílias. Ainda e especificamente aspira-se a:

- 1) Compreender a forma como os técnicos percebem a sua competência intercultural;
- 2) Compreender a forma como as famílias de minorias étnicas percebem a competência intercultural dos técnicos;
- 3) Explorar o grau de associação entre a perspectiva dos técnicos e dos membros de famílias de minorias étnicas relativamente à competência intercultural;
- 4) Contribuir para destacar a importância da cultura e diversidade na área de intervenção comunitária;
- 5) Contribuir para caracterizar as necessidades específicas das famílias de minorias étnicas.

3. Método

Participantes

Neste estudo quantitativo colaboraram voluntariamente 151 participantes, dos quais 109 eram membros de famílias de minorias étnicas e 42 os técnicos de intervenção comunitária que trabalham com as famílias mencionadas.

Membros de famílias de minorias étnicas:

A amostra foi constituída por 109 membros de famílias de minorias étnicas de algumas instituições de intervenção social e comunitária, da zona de Lisboa e Setúbal. Destes participantes, 51.4% eram do sexo feminino (n=56) e 48.6% do sexo masculino (n=53). As idades dos inquiridos encontravam-se compreendidas entre 19 e 77 anos (M≈33.5; DP= 10.97). A maioria dos participantes era solteiro(a) (n=60; 55.0%), seguida do estado civil casado(a) (n=35; 32.1%). A nacionalidade mais representada foi a CaboVerdeana (n=31; 28.4%), seguida da Portuguesa (grupo de famílias de etnia cigana) (n=20; 18.3%), Brasileira (n = 13; 11.9%), São Tomense e Guineense (ambas com n=10; 9.2%), Angolana (n=9; 8.3%), Moçambicana (n=8; 7.3%) e, por fim, Ucraniana (n = 7; 6.4%). Relativamente aos anos de residência em Portugal, estes encontravam-se compreendidos entre 1 a 58 anos (M≈14.5; DP=13.865). A maioria dos participantes possuía a Língua Portuguesa como língua materna (n=50; 45.9%), seguida do Crioulo (n=34; 31.2%). No que diz respeito ao nível de escolaridade, a generalidade situou-se no 2º ciclo (n = 59; 54.1%), sendo que 80.7% dos inquiridos já não estava a estudar (n=88) e 65.1% não se encontrava empregado (n=71). Por sua vez, dos 38 participantes que estavam a trabalhar, 17.4% (n=19) eram domésticas e 6.4% (n = 7) trabalhavam na construção civil. Os dados de caracterização da amostra referente aos membros de minorias étnicas encontram-se resumidos na tabela 1.

Tabela 1. *Características demográficas dos membros de famílias de minorias étnicas.*

Amostra

<i>Característica</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sexo		
Feminino	56	51.4
Masculino	53	48.6
Estado Civil		
Solteiro/a	60	55.0
União de facto	11	10.1
Casado/a	35	32.1
Divorciado/a	1	0.9
Viúvo/a	2	1.8
Nacionalidade		
Portuguesa	20	18.3
CaboVerdeana	31	28.4
Angolana	9	8.3
Ucraniana	7	6.4
Brasileira	13	11.9
São Tomense	10	9.2
Moçambicana	8	7.3
Guineense	10	9.2
Indiana	1	0.9
Língua Materna		
Língua Portuguesa	50	45.9
Crioulo	34	31.2
Russo	7	6.4
Brasileira	13	11.9
Indiana	1	0.9
Outro	4	3.7
Nível de escolaridade		
1ºciclo	15	13.8
2ºciclo	59	54.1
10ºano	18	16.5
11ºano	12	11.0
12ºano	4	3.7
Outro	1	0.9

Nota: N=109. Idade dos membros de famílias de minorias étnicas (em anos): M= 33.5; DP=10.97; Variação: 19-77.

Anos de residência em Portugal (em anos): M=14.5; DP=13.865; Variação: 1-58

Técnicos de Intervenção Social e Comunitária

Em relação à amostra dos técnicos de intervenção social e comunitária, esta foi composta por 42 profissionais das instituições de intervenção social e comunitária que as famílias contactavam. Destes participantes, a maioria (n=31; 73.8%) eram do sexo feminino e apenas 11 (26.2%) do sexo masculino. As idades encontravam-se compreendidas entre os 20 e 55 anos ($M \approx 33.52$; $DP = 7.613$). O país de origem mais representado (n=27; 64.3%) foi Portugal, apesar de 15 dos técnicos inquiridos pertencer a outro país. Relativamente ao nível de escolaridade, a maioria possuía a Licenciatura Pré-Bolonha (n=29; 69.0%), contudo 92.9% não teve formação específica sobre a diversidade cultural e individual (n=39). Já os quatro contextos de trabalho por parte dos técnicos mais frequentes foram a animação sociocultural (n=9; 21.4%), psicologia (n = 7; 16.7%), serviço social (n=6; 14.3%) e outras técnicas de rendimento de inserção social (n=5; 11.9%). Por sua vez, os anos de experiência dos técnicos variavam entre 1 e 20 anos ($M \approx 7.31$; $DP = 5.029$). Os dados de caracterização da amostra relativa aos técnicos de intervenção social e comunitária encontram-se resumidos na tabela 2.

Tabela 2. *Características demográficas dos técnicos de intervenção comunitária.*

Amostra

<i>Característica</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sexo		
Feminino	31	73.8
Masculino	11	26.2
Estado Civil		
Solteiro/a	19	45.2
União de facto	6	14.3
Casado/a	14	33.3
Divorciado/a	3	7.1
Nacionalidade		
Portuguesa	27	64.3
Outro	15	35.7
Nível de escolaridade		
Licenciatura Pré-Bolonha	29	69.0
Mestrado Pós-Bolonha	3	7.1
Mestrado Pré-Bolonha	5	11.9
Outro	5	11.9
Contexto (s) actual(ais) de trabalho		
Rendimento Social de Inserção	5	11.9
Animador/a Sociocultural	9	21.4
Monitora CID	1	2.4
Psicólogo/a de Intervenção Comunitária	7	16.7
Psicomotricidade	1	2.4
Assistente Social	6	14.3
Sociólogo/a	2	4.8
Antropólogo/a	2	4.8
Director/a da instituição	5	11.9
Educador/a Social	2	4.8
Jurista	2	4.8

Nota: N=42. Idade dos técnicos de intervenção comunitária (em anos): M=33.52 DP=7.613; Variação: 20-55

Anos de experiência (em anos): M=7.31; DP=5.029; Variação: 1-20

Instrumentos

Foram utilizados dois questionários de auto-relato para avaliação da Competência Intercultural. O primeiro refere-se à avaliação da competência intercultural do ponto de vista dos utilizadores de serviços (i.e. clientes, pacientes, utentes, etc.). O segundo pretende fazer a avaliação na perspectiva dos técnicos. Ambas as versões têm sido indicadas principalmente para utilização nas áreas de psicoterapia ou psicologia clínica, tendo sido necessário adaptar cada item ao contexto de intervenção social e comunitária. Os instrumentos encontram-se caracterizados abaixo.

Questionário versão famílias de minorias étnicas:

Este instrumento foi adaptado do questionário *Multicultural Therapy Competency Inventory - Client* (MTCI-CV) de Cole (2008), composto inicialmente por 58 itens, cotados numa escala de likert de 5 pontos (discordo totalmente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente). Esta autora desenvolveu o instrumento em três fases. A primeira etapa esteve relacionada com a geração dos itens e desenvolvimento do tema, onde participaram 123 famílias em terapia familiar. A segunda foi referente ao feedback dos clientes e avaliação da consistência interna. Neste estudo piloto, o questionário foi enviado a 150 famílias, e nele se reduziu o instrumento para 32 itens. Concluiu-se que o instrumento tem boas qualidades psicométricas (validade e fiabilidade), sendo que todos os itens possuem uma correlação elevada com o total, variando entre 0.66 e 0.86, e a análise do modelo factorial foi suportada. Na terceira fase Cole (2008) recolheu dados de mais de 940 clientes, tendo sido consolidada a validade do instrumento, bem como desenvolvidas normas e estudada a correlação entre a competência cultural percebida dos terapeutas pelos clientes e a satisfação destes últimos com a terapia e com o sucesso da mesma.

A tradução para a língua portuguesa foi realizada por Freire, Moleiro, Farcas et al. (2011) que eliminaram seis itens do instrumento original de Cole (2008) que não se adequariam ao contexto cultural português, ficando a versão final composta por 26 itens. Este possui, tal como o anterior, uma parte que se destina à caracterização demográfica dos participantes. As variáveis que compõem esta parte são a idade, sexo dos participantes, estado civil, país de residência actual, anos de residência em Portugal, nacionalidade, país de origem, língua materna, nível de escolaridade e, por fim,

informação sobre educação e emprego. A avaliação da competência intercultural é então composta pelos 26 itens ($\alpha=0.93$, $M=3.54$), encontrando-se dividida em quatro dimensões: abertura, consciência, curiosidade “respeitante” e, por último, estratégias de intervenção culturalmente adequadas.

Assim, a primeira dimensão é constituída por 5 itens, (ex: “o(a) meu/minha técnico(a) demonstra abertura às minhas características únicas” ou “o(a) meu/minha técnico(a) parece interessar-se genuinamente em saber mais acerca de mim e da minha cultura”) com uma consistência interna na ordem dos 0.728 ($M=3.481$). Já a segunda dimensão, denominada de consciência, é composta por 9 itens (ex: “o(a) meu/minha técnico(a) respeita os meus costumes, princípios e crenças” ou “o(a) meu/minha técnico(a) preocupa-se em saber qual a minha capacidade de comunicação em Português”) com uma consistência interna de 0.807 ($M=3.446$). A terceira dimensão, por sua vez, é composta por 2 itens (“o(a) meu/minha técnico(a) pede-me para partilhar as minhas expectativas em relação à intervenção” e “o(a) meu/minha técnico(a) mostra-se interessado(a) em saber qual a minha língua preferida”), e revelou uma consistência interna na ordem dos 0.707 ($M=3.064$). Por último, a quarta dimensão é formada por 10 itens (ex: “o(a) meu/minha técnico(a) preocupa-se em encontrar formas de ajuda que são adequadas a mim e à minha família” ou “o(a) meu/minha técnico(a) ajuda-me a conseguir os apoios que preciso de associações e instituições”) e com uma consistência interna na ordem dos 0.865 ($M=3.736$).

Questionário versão técnicos de intervenção social e comunitária

Relativamente à versão dos técnicos, Freire, Moleiro, Farcas et al. (2011) realizaram os 35 itens que compõem o questionário através da compilação dos vários instrumentos internacionais, que medem a percepção da competência intercultural pelos profissionais. No âmbito do projecto “Saúde Mental, Diversidade e Multiculturalismo (Freire, Moleiro, Farcas et al. (2011), uma equipa traduziu os itens dos instrumentos de avaliação de competências multiculturais (baseadas no modelo tri-dimensional de Competências Multiculturais de Sue, Arredondo & McDavis, 1992), baseado em trabalhos já realizados internacionalmente (ex. Multicultural Awareness-Knowledge-and-Skills Survey, D'Andrea & Daniels, 1991; Multicultural Counseling Competence and Training Survey, Holcomb-McCoy & Myers, 1999; Multicultural Psychotherapy Awareness Scale, Ponterotto, Sanchez, & Magids, 1991; Multicultural Psychotherapy

Inventory, Sodowsky, Taffe, Butkin, & Wise, 1994). Após a tradução dos itens, a equipa eliminou os mais redundantes, acrescentando itens adicionais gerados em 8 grupos focais com minorias étnicas e imigrantes em Portugal. Fizeram uma versão piloto, onde os dados preliminares de 80 participantes corroboraram a consistência interna da escala, sendo que o valor da escala total foi de 0.89. As subescalas tiveram igualmente valores elevados de consistência interna. Para a realização de uma versão reduzida, foram eliminados 13 itens dos 48 obtidos (utilizando como critérios a correlação item-total e a redução da redundância entre itens), resultando 35 itens que compõem o questionário final.

Esta, tal como a versão dos clientes, possui uma parte referente às questões demográficas dos participantes, sendo composta pelas variáveis idade, sexo dos inquiridos, estado civil, país de origem, nacionalidade, nível de escolaridade, orientação teórica, anos de experiência, contextos actuais de trabalho, e uma questão sobre se teve (ou não) formação específica anterior sobre a diversidade cultural e individual.

A versão dos técnicos é igualmente formada por quatro dimensões: abertura às questões da diversidade cultural e individual, consciência do técnico acerca dos seus próprios valores e preconceitos, conhecimento específico acerca dos diferentes grupos minoritários e, por fim, estratégias de intervenção culturalmente adequadas. Para o presente estudo, do questionário original, composto por 35 itens iniciais, 5 itens não foram utilizados, que se referiam à sensibilidade à diversidade ao grupo de pessoas LGBT, pessoas com incapacidade (ex: física, visual, auditiva) e pessoas de diferentes níveis socioeconómicos, uma vez que saíam fora do âmbito dos nossos objectivos. Assim a versão final utilizada neste estudo era composta por 30 itens com uma consistência interna na ordem dos 0.71. No entanto, acrescenta-se o facto de que na dimensão “estratégias de intervenção culturalmente adequadas” foi necessário eliminar um dos itens com o objectivo de aumentar o valor da consistência interna de 0.27 para 0.62 (valor final). O item eliminado corresponde a “Tenho conhecimento de tipos de intervenção que podem ser mais adequados aos diferentes grupos minoritários” ($M=5.07$). Desta forma, a versão final é constituída por 29 itens com uma consistência interna na ordem dos 0.90 ($M=3.87$).

A primeira dimensão do questionário versão técnico social e comunitário é formada por 8 itens (ex: “consigo demonstrar abertura às características únicas dos meus utentes de grupos minoritários” ou “demonstro abertura às possíveis diferenças que possam existir entre mim e os meus utentes de grupos minoritários”), com uma consistência

interna na ordem dos 0.79 (M=3.98); a segunda dimensão denominada de consciência é composta por 7 itens (ex: “estou ciente de que as minhas raízes culturais influenciam a minha forma de pensar e agir” ou “reconheço as diferenças culturais entre técnico e utente na conceptualização do problema e objectivos de intervenção podem diminuir a credibilidade do técnico social e comunitária”) com uma consistência interna na ordem dos 0.80 (M=3.89); a terceira dimensão por sua vez é composta por 4 itens (ex: “tenho conhecimento sobre as especificidades e experiências de pessoas de minorias étnicas, bem como o seu possível impacto no bem estar” ou “consigo discutir as diferenças intra-grupais no que diz respeito a diversos grupos minoritários”), e com uma consistência interna na ordem dos 0.75 (M=3.65) e por último, a quarta dimensão formada por 9 itens (ex: “interesse-me de forma genuína em saber mais acerca da cultura, costumes e valores dos utentes de grupos minoritários” ou “ quando necessário, procuro incluir outros profissionais no processo de intervenção com utentes de grupos minoritários”) e com uma consistência interna na ordem dos 0.6788 (M=3.86).

Procedimento

Foram contactadas dez instituições que trabalham com famílias de minorias étnicas, nas zonas de Lisboa e Setúbal.

Após a sua confirmação de disponibilidade e interesse em participar neste estudo, aplicou-se o questionário versão família a um membro de famílias de minorias étnicas, com mais de 18 anos (ver anexo A). Este foi preenchido através de uma entrevista individual com duração de 15 a 20 minutos aproximadamente, de forma a facilitar a compreensão dos itens por parte dos participantes, derivado à sua diversidade cultural ou linguística. No acto da aplicação dos questionários (um total de 109) foi realçada a importância de cada membro responder ao inquérito em função de um/a técnico/a apenas, de intervenção social e comunitária.

De seguida contactou-se os técnicos de intervenção social e comunitária, identificados pelos membros de família de minorias étnicas. Após aceitarem a respectiva participação, foram entregues, presencialmente, os 42 questionários versão técnicos (ver anexo B).

De acordo com o código deontológico da Ordem Portuguesa dos Psicólogos (OPP, 2001), em ambos os questionários asseguraram-se a confidencialidade e anonimato das respostas dos participantes. Além disso, foram igualmente informados acerca do objectivo geral da investigação, duração e procedimento salvaguardando os princípios de autonomia, participação voluntária, privacidade e liberdade dos participantes.

4. Resultados

A análise de dados iniciou-se com o estudo do questionário, tanto da versão das famílias como da versão dos técnicos, avaliando as suas características psicométricas. Logo, foram calculados os valores de consistência interna, as médias e desvio-padrão entre os itens das escalas totais e respectivas subescalas. Posteriormente, realizou-se uma análise descritiva e inferencial, procurando -se diferenças de médias entre grupos da amostra. Finalmente, elaborou-se não só correlações entre as escalas totais e respectivas subescalas das duas versões dos questionários, como entre as duas versões de escalas totais e outras variáveis.

Na tabela 3, referente aos valores de consistência interna, médias e desvio-padrão entre os itens da escala total e subescalas do questionário das famílias, constatou-se que os valores de consistência interna variam entre 0.70 e 0.93, sendo que este último corresponde à consistência interna da escala total. Estes valores foram elevados, traduzindo uma elevada consistência interna. No sentido de compreender a forma como as famílias de minorias étnicas percebem a competência intercultural dos técnicos, as médias dos itens de cada subescala revelam-nos que as famílias consideraram que os técnicos são mais culturalmente competentes nas dimensões “abertura às questões de diversidade cultural e individual” ($M = 3.48$) e “estratégias de intervenção culturalmente adequadas” ($M = 3.74$).

Tabela 3. *Valores de consistência interna, médias e desvio-padrão totais e dos factores referentes ao questionário das famílias de minorias étnicas.*

	<i>Alpha Cronbach</i>	<i>Média Itens</i>	<i>Desvio-Padrão itens</i>	<i>N itens</i>
<i>Total</i>	$\alpha = 0.93$	3.54	1.52	26
Abertura às questões da diversidade cultural e individual	$\alpha = 0.73$	3.48	0.89	5
Consciência	$\alpha = 0.80$	3.45	1.30	9
Curiosidade “respeitante”	$\alpha = 0.70$	3.06	0.01	2
Estratégias de intervenção culturalmente adequadas	$\alpha = 0.87$	3.74	1.00	10

Por sua vez, no questionário preenchido pelos técnicos de intervenção social e comunitária, os valores de consistência interna alternaram entre 0.62 e 0.90, sendo igualmente o último referente à escala total.

Para compreender a forma como os técnicos percebem a sua competência intercultural, as médias dos itens de cada subescala, demonstram que estes consideraram-se mais culturalmente competentes nas dimensões “consciência do técnico acerca dos seus próprios valores e preconceitos” (M= 3.89) e tal como as famílias, na “abertura às questões da diversidade cultural e individual” (M =3.98) (ver tabela 4).

Tabela 4. *Valores de consistência interna, médias e desvio-padrão totais e dos factores referentes ao questionário dos técnicos de intervenção social e comunitária.*

	<i>Alpha Cronbach</i>	<i>Média Itens</i>	<i>Desvio-Padrão itens</i>	<i>N itens</i>
Total	$\alpha = 0.90$	3.87	1.07	29*
Abertura às questões da diversidade cultural e individual	$\alpha = 0.80$	3.98	0.83	8
Consciência do técnico acerca dos seus próprios valores e preconceitos	$\alpha = 0.80$	3.89	0.60	7
Conhecimento específico acerca dos diferentes grupos minoritários	$\alpha = 0.75$	3.65	0.15	4
Estratégias de intervenção culturalmente adequadas	$\alpha = 0.62$	3.86	1.07	9*

*O item 4 foi eliminado para tornar o Alpha de Cronbach mais elevado (de $\alpha = 0.27$ para $\alpha = 0.62$)

Foram igualmente realizados testes para analisar diferenças de médias entre grupos. Em relação às famílias de minorias étnicas, pretendeu-se observar se existiam diferenças entre as diversas nacionalidades com as repostas dadas pelas famílias. Primeiramente agrupou-se as variadas nacionalidades em quatro grupos: o grupo português (participantes de etnia cigana), o grupo africano (Guineenses, Moçambicanos, São Tomenses, CaboVerdeanos e Angolanos), o grupo oriental (Ucranianos e o único participante Indiano) e o grupo brasileiro (Brasileiros). Após a realização de uma

Análise de Variância (ANOVA) a um factor, concluiu-se que as famílias de etnia cigana ($M=3.26$) e brasileira ($M = 3.30$) avaliaram os técnicos como menos competentes do que os restantes dois grupos, sendo estas diferenças significativas ($F(3;105) = 5.415$; $p < 0.05$)¹(ver tabela 5). Constatou-se igualmente que existem diferenças significativas em todas as subescalas, excepto na dimensão curiosidade “respeitante”, onde as diferenças não são significativas ($F=1.842$; ns).

No que diz respeito às correlações entre as respostas totais dadas pelas famílias e anos de residência das mesmas em Portugal, concluiu-se que quanto maior é o tempo de residência, menor foi a competência intercultural que atribuem aos seus técnicos de intervenção social e comunitária ($r = -0.246$; $p < 0.01$).

Tabela 5. Médias e desvio-padrão e significância para a escala total e subescalas das famílias de minorias étnicas e nacionalidades das famílias, agrupadas.

Variáveis	Grupo Português		Grupo Africano		Grupo Oriental		Grupo Brasileiro		Teste F	Sig p<0.05
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Abertura às questões de diversidade cultural e individual	3.19	0.81	3.56	0.43	3.70	0.19	3.35	0.45	3.469	0.019*
Consciência	3.24	0.55	3.54	0.41	3.60	0.14	3.16	0.5	4.779	0.004*
Curiosidade “respeitante”	3.15	0.90	3.08	0.82	3.38	0.70	2.61	0.62	1.842	0.144
Estratégias de intervenção culturalmente adequadas	3.35	0.68	3.85	0.48	4.06	0.36	3.54	0.54	6.861	0.000*
TOTAL	3.26	0.63	3.63	0.41	3.78	0.24	3.30	0.40	5.415	0.002*

*p<0.05

Relativamente às respostas dos técnicos, pretendeu-se verificar a existência de diferenças entre os contextos/formação de trabalho dos técnicos com as respostas totais dadas. Tal como anteriormente, agruparam-se os vários contextos em quatro grupos: o grupo das ciências sociais (antropólogo, sociólogo, psicólogo de intervenção comunitária, psicomotricidade), o grupo do serviço social (assistente social e reinserção social), o grupo de animação sócio-cultural (dinamizadores sócio-culturais, educadores sociais, monitores informáticos) e por fim, o grupo da direcção (directores da instituição

¹ Foram igualmente significativas estas diferenças para os grupos não agrupados, sendo que os resultados correspondem a um $F(8;100) = 2.506$, $p < 0.05$

e juristas). Posteriormente, elaborou-se uma ANOVA a um factor e constatou-se que as diferenças foram significativas apenas para a escala total ($F(31;41) = 2.829$; $p < 0.05$) (ver tabela 6), excepto nas quatro subescalas, onde as diferenças não foram significativas.

Tabela 6. *Médias e desvio-padrão e significância para a escala total e subescalas dos técnicos e contextos de trabalho, agrupados.*

<i>Variáveis</i>	<i>Grupo das Ciências Sociais</i>		<i>Grupo do serviço social</i>		<i>Grupo da Animação sócio-cultural</i>		<i>Grupo da Direcção</i>		<i>Teste F</i>	<i>Sig p<0.05</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
	Abertura às questões de diversidade cultural e individual	4.05	0.31	3.73	0.47	4.180	0.62	3.93		
Consciência do técnico acerca dos seus próprios valores e preconceitos	3.78	0.66	3.51	0.51	4.07	0.42	3.96	0.46	2.49	0.08
Conhecimento específico acerca dos diferentes grupos minoritários	3.55	0.63	3.33	0.66	3.83	0.47	3.79	0.77	1.54	0.22
Estratégias de intervenção culturalmente adequadas	3.87	0.35	3.70	0.41	3.97	0.51	3.92	0.38	0.88	0.46
TOTAL	3.87	0.28	3.60	0.43	4.18	0.72	3.91	0.42	2.83	0.05

No que concerne às correlações entre as respostas totais dadas pelos técnicos e os anos de experiência, verificou-se que quanto mais anos de experiência, mais se avaliaram como culturalmente competentes ($r = 0.417$; $p < 0.01$).

Finalmente, correlacionaram-se as escalas totais e respectivas subescalas de cada versão (famílias e técnicos), resultados apresentados na tabela 7. Assim, concluiu-se que as subescalas da medida para as famílias correlacionam-se todas umas com as outras e com a escala total, sendo evidente a consistência interna elevada. O mesmo aconteceu com o questionário versão dos técnicos, em que se obteve o mesmo resultado com consistências internas elevadas. Contudo, o total da escala das famílias não se correlacionou significativamente com o total da escala dos técnicos, salientando-se apenas o facto de as famílias parecerem avaliar melhor as estratégias de intervenção

daqueles técnicos que dizem ter mais conhecimentos de multiculturalidade ($r=.20$, $p.<.05$).

Tabela 7. Resultados das correlações dos factores referentes aos questionários das famílias de minorias étnicas e dos técnicos.

	<i>Total</i> <i>Famílias</i>	<i>Total</i> <i>Técnicos</i>	<i>Abertura</i> <i>Famílias</i>	<i>Consciência</i> <i>Famílias</i>	<i>Curiosidade</i> <i>Respeitante</i>	<i>Estratégias</i> <i>Famílias</i>	<i>Abertura</i> <i>Técnicos</i>	<i>Consciência</i> <i>Técnicos</i>	<i>Conhecimento</i> <i>Técnicos</i>	<i>Estratégias</i> <i>Técnicos</i>
Total Famílias	1	0.009	0.857**	0.940**	0.709**	0.920**	-0.078	-0.005	0.110	0.085
Total Técnicos		1	0.004	-0.072	-0.056	0.090	0.839**	0.799**	0.754**	0.851**
Abertura Famílias			1	0.780**	0.616**	0.676**	-0.037	-0.029	0.064	0.076
Consciência Famílias				1	0.657**	0.792**	-0.160	-0.49	0.025	0.022
Curiosidade Respeitante					1	0.507**	-0.054	-0.115	-0.010	0.020
Estratégias Famílias						1	-0.021	0.073	0.202*	0.133
Abertura Técnicos							1	0.572**	0.423**	0.630**
Consciência Técnicos								1	0.484**	0.512**
Conhecimento Técnicos									1	0.675**
Estratégias Técnicos										1

** Significante para p <0.01 * Significante para p <0.05

5. Discussão

De uma forma geral, o presente trabalho pretendeu analisar a percepção da competência intercultural dos técnicos e das famílias de minorias étnicas, num contexto de intervenção social e comunitária. Por outras palavras, o estudo procurou compreender a forma como as famílias de minorias étnicas percebem a competência intercultural dos profissionais e perceber a forma como os técnicos percebem a sua competência intercultural. Além disso, o estudo aspirou explorar grau de associação entre a perspectiva dos técnicos e dos membros de famílias de minorias étnicas relativamente à competência intercultural.

Os resultados revelaram-nos que existem diferenças significativas entre as diversas nacionalidades agrupadas (grupo português, africano, oriental e brasileiro) e as respostas das famílias, para a escala total. No entanto, e tendo em consideração das quatro dimensões que compõe o questionário da versão das famílias, existiram igualmente diferenças significativas com todas as subescalas, excepto com na “Curiosidade Respeitante”. Tal poderá dever-se ao facto de nesta dimensão existirem apenas dois itens que a compõe, apesar do valor elevado da sua consistência interna. É igualmente importante realçar que o grupo de participantes de etnia cigana e os Brasileiros foram os que avaliaram os técnicos como menos interculturalmente competentes. Alguns estudos (e.g. Malheiros, 2005; Lages e Policarpo, 2003; Lages *et al.*, 2005; Padilla, 2004; Lourenço, 1999; Vala, 2005, cit. Valdigem, 2006) indicam que os portugueses revelam, perante a imigração brasileira, atitudes e valores de *hetero-etnicização* dos brasileiros na sociedade portuguesa, com base em estereótipos e diferenças etnoculturais estigmatizantes. Por outro lado, existem outros trabalhos (e.g. Ferin, 2002 e 2004b; Amaro e Marinho, 2003, cit. por Valdigem, 2006) que destacam o facto de os ciganos serem conotados negativamente pelos portugueses por adoptarem comportamentos defensivos de isolamento e desconfiança face à sociedade dominante.

Ainda, os resultados deste estudo demonstraram que quanto maior é o tempo de residência das famílias de minorias étnicas em Portugal, menor é a competência intercultural que atribuem aos técnicos de intervenção social e comunitária. Estes dados vêm de encontro a dados de outros países que indicam que a percepção da discriminação aumenta com o tempo de residência (e.g. Alegria et al, 2009). Tal vem ainda reforçar os dados anteriores, uma vez que a etnia cigana, por exemplo está estabelecida em Portugal há cerca de 500 anos, sendo a etnia mais antiga no território

português e europeu (e.g. Cabecinhas.2003) Esta etnia regista continuamente indicadores de exclusão perante os quais, projectos de inserção têm sido desenvolvidos (e.g. Amaro e Marinho, 2003; Acime, 2005; Machado, 2001, cit. Valdigem, 2006).

Relativamente às respostas das famílias de minorias étnicas comparadas com o nível de escolaridade das mesmas, indicam-nos que quanto maior é o nível de escolaridade mais estas famílias avaliam os profissionais como culturalmente competentes. Frisa-se assim, a importância em estudar futuramente esta variável (nível de escolaridade) como possível factor de moderação ou mediação, desta relação.

Por sua vez, os resultados evidenciaram igualmente que existem diferenças significativas entre os vários contextos de trabalho dos técnicos agrupados (grupo das ciências sociais, do serviço social, da animação sócio-cultural e da direcção) com as respectivas respostas apenas para a escala total. No entanto, para as quatro subescalas que constituem o questionário, não existem diferenças significativas com os vários grupos de contexto de trabalho. Tal prende-se possivelmente com o facto do tamanho da amostra ser baixo em cada sub-grupo, devendo ler-se com a devida precaução estes dados acerca destas diferenças.

As respostas dos técnicos com os anos de experiência profissional revelaram que quantos mais anos de experiência, mais os técnicos se avaliam como culturalmente competentes. Tal vem reforçar os estudos de Knox et al. (2003) e Maxie et al. (2006) que indicam que os terapeutas sentem-se mais confortáveis e capazes de enfrentar a diversidade cultural, nos últimos anos do seu trabalho profissional em comparação com o início de sua carreira. Logo, terapeutas mais velhos eram mais propensos a envolverem-se em diálogos com clientes diferentes etnicamente, e sentem-se mais confortáveis, percebendo-se como mais qualificados a lidar com diferenças culturais (Maxie et al., 2006).

Finalmente, correlacionou-se as escalas totais de cada versão com as respectivas dimensões. Concluiu-se que existe correlação entre a escala total da versão das famílias de minorias étnicas e as respectivas subescalas e ainda entre a escala total da versão dos técnicos de intervenção social e comunitária com as suas dimensões. No entanto, não foi encontrada uma correlação entre a escala total das famílias de minorias étnicas com a escala total dos técnicos de intervenção social e comunitária. Uma das possíveis justificações poderá prender-se com o facto do conceito competência intercultural ser diferente para os dois grupos-alvo (famílias de minorias étnicas e técnicos de intervenção social e comunitária). Outra explicação provável destes resultados poderá

estar relacionada com as escalas patentes nos dois questionário não medirem o mesmo. Outra possível razão poderá prender-se com a existência de factores mediadores ou moderadores que expliquem a relação. Ainda, poderão os técnicos não serem bons a auto-relatar as suas próprias competências interculturais, apresentando respostas socialmente desejáveis uma vez que as médias obtidas foram bastante elevadas. Segundo Fonseca et al., (2005) um dos problemas mais evidentes em estudos psicossociais acerca, especialmente de grupos étnico minoritários, é o impacto da desajustabilidade social, ou seja, a auto-consciência dos respondentes e a consequente tendência para evitarem dar respostas interpretáveis como tradutoras de “racismo” (p.42)”. De facto, a maioria destes técnicos indicou não ter tido qualquer tipo de formação específica para este trabalho. Ainda assim os participantes pareceram indicar que se percebiam como razoavelmente competentes neste domínio. Outros autores encontraram resultados semelhantes (Moleiro, Marques & Pacheco, 2011), indicando que as medidas de auto-relato poderão ser menos indicadas para a avaliação destas competências interculturais para profissionais que têm baixa consciência neste domínio. Nestas circunstâncias e de acordo com Neufeldt et al. (2006) os profissionais têm tendência a superestimar as suas próprias competências, resultando numa baixa consistência entre o auto-relato e a capacidade do técnico de relacionar questões culturais em estratégias e aspectos relacionais.

Contudo, verificou-se que as famílias avaliam melhor as estratégias de intervenção comunitária dos técnicos que possuem mais conhecimento da multiculturalidade.

Todos os resultados deste estudo vêm reforçar a existência da diversidade cultural noutro contexto, na área da intervenção social e comunitária e a necessidade que existe em focar mais a visão dos utentes de grupos étnicos sobre o trabalho que têm tido com os técnicos. Assim, e tal como muitos pesquisadores destacam (e.g. Betancout & Lopez, 1993; Hall, 2001) é relevante que os instrumentos que avaliem as intervenções, contenham medidas ou hipóteses específicas da cultura, para se reforçarem as diferenças culturais existentes e assim, a pesquisa não se tornar numa perspectiva universalista.

No entanto e após a discussão dos dados deste trabalho empírico, consideramos ser importante reconhecer algumas limitações que possam ter surgido durante o estudo.

A limitação mais marcante evidenciada no estudo prende-se com a amostra. O tamanho da amostra dos técnicos foi limitado, derivado a ser restringida às associações e técnicos a que as famílias de minorias étnicas faziam referência aquando do preenchimento dos questionários. Assim, não é possível realizar a generalização dos

resultados à população em geral de técnicos de intervenção social e comunitária. Torna-se igualmente importante evidenciar que a amostra referente às próprias famílias de minorias étnicas também não será representativa. O tamanho da amostra é reduzido visto abranger apenas algumas famílias da zona de Lisboa e Setúbal. Assim sendo, seria importante desenvolver o presente estudo abarcando um maior número de famílias de minorias étnicas e de técnicos de intervenção social e comunitária.

Relativamente à questão-alvo, deve ainda ser salientado que os técnicos, quando preenchem os questionários referentes às famílias de minorias étnicas, não faziam referência a uma família em particular, nem a uma etnia específica. Este facto poderá ter contribuído parcialmente para a ausência de uma relação significativa entre a avaliação das famílias e os técnicos. Um outro dos factores prende-se com o aumento do tamanho das amostras, evidenciado anteriormente. Poderá ser interessante analisar a avaliação da percepção da competência intercultural dos profissionais para trabalhar com as culturas ou etnias específicas.

Finalmente, apesar da variável nível sócio-económico ser característica neste tipo de estudos, esta não foi analisada nem controlada por não estar contemplada no questionário utilizado.

Sabe-se que o conceito de competência intercultural e todos os processos adjacentes ao mesmo ainda estão pouco investigados na sociedade Portuguesa. Apesar de em Portugal já existirem alguns estudos sobre migração e saúde (e.g. ver MIGHEALTHNET - Rede de informação sobre boas práticas em cuidados de saúde para imigrantes e minorias étnicas na Europa Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal; Fonseca et al., 2009), a competência intercultural dos profissionais tem sido menos investigada e existe necessidade em fomentar outros projectos que abarquem contextos como escolas, hospitais, centros de intervenção social e comunitária, empresas. Existe necessidade de se criarem serviços que dêem não só importância à diversidade e sensibilidade cultural, como desenvolvam estratégias e técnicas de intervenção adaptadas a este tipo de população. Assim, os profissionais inseridos nesses serviços poderão reflectir e construir planos para conhecerem a forma como os utentes percebem o profissional como culturalmente competente.

O presente estudo foi essencialmente orientado para as instituições sociais e comunitárias, com profissionais de diversas áreas que contactam diariamente com famílias de minorias étnicas. Salienta-se a importância de explorar e investir essencialmente na formação destes técnicos (com várias orientações teóricas) e de criar

novas investigações em torno desta área específica, visto ser um alvo forte de contacto com as minorias étnicas.

Nomeadamente, torna-se interessante analisar em detalhe possíveis factores moderadores ou mediadores da percepção da competência intercultural por parte dos técnicos e utentes. Além disso, poder-se-á inserir a variável nível sócio-económico e realizar um estudo sobre a percepção da competência, controlando essa variável. Outra sugestão e com base no presente estudo, insere-se na questão de analisar a percepção da competência intercultural dos técnicos com base nas diferenças de nacionalidade dos mesmos. Esta análise não foi elaborada, uma vez que a amostra em questão é reduzida, não obtendo valores estatisticamente significativos.

Visto que o estudo relativo à percepção da competência intercultural, por parte dos utentes de minorias étnicas, é pouco investigado, seria pertinente desenvolver estudos que abarquem esta dimensão. Outra sugestão prende-se com a criação de mais instrumentos validados para avaliar a percepção dos utentes de minorias étnicas, na área da intervenção social e comunitária. A elaboração de projectos especificamente neste âmbito ajudaria a estipular algumas estratégias de intervenção adaptadas e considerando as especificidades de cada etnia distinta, acompanhados de apoio e formação para os profissionais das diversas áreas de estudo.

6. Referências

- Alegría, M., Canino, G., & Pescosolido, B. (2009) A Social-Cultural Framework for Mental Health and Substance Abuse Service Disparities. In B. J. Sadock, V. A. Sadock & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
- Amaro, M. M. & Marinho, I. (2003), Os Ciganos em Portugal – Aproximação *Intervenção Social*, 27, 89-120.
- American Psychological Association (2003). Guidelines on Multicultural Education, Training, Research, Practice and Organizational Change for Psychologists. *American Psychologist*, 58(5), 377-402.
- Arter, J.A., & Spandel, V. (1992). Using portfolios of student work in instruction and assessment. *Educational Measurement: Issues and Practice*, 11, 36-44.
- Arredondo, P., Toporek, R., Brown, S.P., Sanchez, J., Locke, D.C., Sanchez, J. & Stadler, H. (1996). Operationalization of Multicultural Counseling Competencies. *Journal of Multicultural Counseling & Development*, 24(1), 42-78.
- Arredondo, P., & Perez, P. (2006). Historical Perspectives on the Multicultural Guidelines and Contemporary Applications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(1), 1-5.
- Atkinson, D.R., Poston, W.C., & Furlong, M.J. (1989). Ethnic Group Preferences for Counselor Characteristics. *Journal of Counseling Psychology*, 36(1), 68-72.
- Atkinson, D.R., Kim, B.S.K. & Caldwell, R. (1998). Ratings of helper roles by multicultural psychologists and Asian American students: initial support for the three-dimensional model of multicultural counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 414-423.
- Bastos, J.G.P. & Bastos, S.P. (1999). *Portugal Multicultural – Situação e Estratégias Identitárias das Minorias Étnicas*. Lisboa: Fim de Século.
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (1994). *Principles of biomedical ethics* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Betancourt, H., & Lopez, S.R. (1993). The study of culture, ethnicity, and race in American Psychology. *American Psychologist*, 48, 629-637.

- Cabecinhas, R. (2003). *Categorização e diferenciação: A percepção do estatuto social de diferentes grupos étnicos em Portugal*. *Cadernos do Noroeste, Sociedade e Cultura*, 5, 69-91.
- Carta, M. G., Bernal, M., Hardoy, M. C., & Haro-Abad, J.M. (2005). Migration and mental health in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(13).
- Cole, E. (2008). *Development of the Multicultural Therapy Competency Inventory-Client Version*. Unpublished Manuscript, Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Coleman, H.L.K. (1996). Portfolio assessment of multicultural counseling competency. *The Counseling Psychologist*, 24, 216-229.
- Constantine, M.G. (1997). Facilitating multicultural competency in counseling supervision: Operationalizing a practical framework. In D.B. Pope-Davis & H.L.K. Coleman (Eds.), *Multicultural counseling competencies: Assessment, education and training and supervision* (pp. 310-324). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Constantine, M.G., & Ladany, N. (2000). Self-report multicultural counseling competence scales: Their relation to social desirability attitudes and multicultural case conceptualization ability. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 155-164.
- Constantine, M.G., & Ladany, N. (2001). New visions for defining and assessing Multicultural Counseling Competence. In J.G. Ponterotto, J.M. Casas, L.A. Suzuki & C.M. Alexander (Eds.), *Handbook of Multicultural Counseling* (2nd edition), (pp. 482-498). London: Sage Publications.
- Constantine, M.G., Melincoff, D.S., Barakett, M.D.M Torino, G.C., & Warren, A.K. (2004). Experiences and perceptions of multicultural counselling scholars: a qualitative examination. *Counselling Psychology Quarterly*, 17(4), 375-393.
- Cook, C. T., Kosoko-Lasaki, O. & O'Brien, K. (2005). Satisfaction with and perceived cultural competency of healthcare providers: the minority experience. *Journal of the National Medical Association*, 97(8), 1078-1086.
- Cooper-Patrick, L., Roter, D.L., Johnson, R.L., Ford, D.E., Steinwachs, D.M., & Powe, N.R. (2003). Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Annals of Internal Medicine*, 139(11), 907-915.

- Cornell S. & Hartmann D. (1998). *Ethnicity and race: Making Identities in a Changing World*. Pine Forge Press: London.
- D'Andrea, M., Daniels, J., & Heck, R. (1991). Evaluating the impact of multicultural counseling training. *Journal of Counseling and Development*, 70, 143-150.
- Daniel, J.H., Roysircar, G., Abeles, N. & Boyd, C. (2004). Individual and cultural diversity competency: Focus on the therapist. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 755-770.
- Dias, S. F., Rocha, C.F., & Horta, R. (2009). *Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes, Africanas e Brasileiras – um estudo qualitativo*. Lisboa: Observatório da Imigração.
- Fiske, A. P. (2002) Using individualism and collectivism to compare cultures. *Psychological Bulletin*, 128(1), 78-88.
- Fonseca, E.P., Marques, J.M., Quintas, J., & Poeschl, G. (2005). *Representações sociais das comunidades cigana e não cigana: implicações para a integração social*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas.
- Fonseca, M.L., Silva, S., Esteves, A., & McGarrigle, J. (2009). MIGHEALTHNET – Rede de informação sobre boas práticas em cuidados de saúde para imigrantes e minorias étnicas na Europa: Relatório sobre o Estado de Arte em Portugal, Manuscrito não Publicado, Centro de Estudos Geográfico, Universidade de Lisboa.
- Freire, J., Moleiro, C., Farcas, D., Pereira, C., Pinto, N., Roberto, S. & Gonçalves, M. (2010). Avaliação de Competências para a Diversidade Individual e Cultural: Desenvolvimento de uma medida comportamental para profissionais de saúde mental. In F. Cruz & J. Ribeiro (Orgs.), *Migrações e Interculturalidade* (pp. 241-263); Porto: AGIR Associação para a Investigação e Desenvolvimento Sócio-cultural/SOS Racismo (ISBN: 978-989-8170-17-0)
- Goldberg, B., & Tidwell, R. (1990). Ethnicity and gender similarity: the effectiveness of counseling for adolescents. *Journal of Youth and Adolescents*, 19, 589-593.
- Greene, B. (2007). How difference makes a difference. In J. Christopher Muran (Ed.), *Dialogues on Difference: Studies of diversity in the therapeutic relationship* (pp. 47-63). Washington DC: APA.
- Hall, G. C. N. (2001). Psychotherapy research with ethnic minorities: Empirical, ethical, and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 502–510.

- Hill, N.R. (2003). Promoting and Celebrating Multicultural Competence in Counselor Trainees. *Counselor Education & Supervision, 43*, 39-51.
- IMO- International Organization for Migration (2005). *World Migration 2005 – Costs and Benefits of International Migration*. Switzerland: IOM.
- Jolly, S., & Reeves, H. (2005). *Gender and Migration: Overview Report*. Brighton: Bridge, Institute of Development Studies.
- Johnson, R.L., Saha, B.A., Arbelaez, J.J., Beach, M.C., & Cooper, L.A. (2004). Racial and Ethnic Differences in Patient Perceptions of Bias and Cultural Competence in Health Care. *Health Expectations, 8*, 101-110.
- Karlsson, R. (2005). Ethnic Matching Between Therapist and Patient in Psychotherapy: An Overview of Findings, Together With Methodological and Conceptual Issues. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 11*(2), 113-129.
- Kivel, P. (2007). *Multicultural Competence, 1-5*. Retirado em 6 de Maio de 2011 de <http://www.paulkivel.com>.
- Kirmayer, L. J., Groleau, D., Guzder, J., Blake, C., Jarvis, E. (2006). Cultural Consultation: A model of Mental Health Service for Multicultural Societies. *Focus, 4*, 125.
- Knox, S., Burkard, A., Johnson, A., Suzuki, L., & Ponterotto, J. (2003). African-American and European-American therapists' experiences of addressing race in cross-racial psychotherapy dyads. *Journal of Counseling Psychology, 50*, 466-481.
- La Roche, M.J. & Christopher, M.S. (2010). Cultural Competences. In J.C. Thomas & M. Hersen (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology Competencies* (Vol. 1; pp. 95-122). New York, NY: Springer.
- Lago, C. O., & Thompson, J. (2002). Counselling and race. In S. Palmer (Ed.). *Multicultural counseling*. London: Sage Publications.
- Lopez, S.R., Lopez, A.A. & Frong, K. T. (1991). Mexican Americans' initial preferences for counselors: The role of ethnic factors. *Journal of Counseling Psychology, 338*, 487-496.
- Machado, M.C., Pereira, F., & Machaqueiro, S. (2010). Approaches to migrant health in Portugal. *Eurohealth, 16*(1), 30-31

- Maxie, A.C., Arnold, D.H., & Stephenson, M. (2006). Do therapists address ethnic and racial differences in cross-cultural psychotherapy? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(1), 85-98.
- Meara, N.M., Schmdit, L.D., & Day, J.D. (1996). Principles and virtues: A foundation for ethical decisions policies and character. *The Counseling Psychologist*, 24, 4-77.
- Moleiro, C., & Gonçalves, M. (2010). Saúde na diversidade: Desenvolvimento de serviços de saúde mental sensíveis à cultura. *Análise Psicológica*, 3(XXVIII): 505-515.
- Moleiro, C., Marques, S., & Pacheco, P. (2011). Cultural diversity competencies in child and youth care services in Portugal: Development of two measures and a brief training program. *Children and Youth Services Review*, 33, 767-773.
- Mollen, D., Ridley, C.R., & Hill, C.L. (2003). Models of Multicultural Counseling Competence. In D.B. Pope-Davis, H.L.K., Coleman, W.M., Ling & R.L. Toporek (Eds.). *Handbook of Multicultural Competencies in Counseling & Psychology* (pp. 21-37). California: Sage Publications.
- Morales, E.S. (2009). Contextual Community Prevention Theory: Building Intervention With Community Agency Collaboration. *American Psychologist*, 64(8), 805-816.
- Murry, V. M., Smith, E. P. & Hill, N. E. (2001). Race, Ethnicity, and Culture in studies of families in context. *Journal of Marriage and the Family*, 63(4), 911-914.
- Nápoles-Springer, A.M., Santoyo, J., Houston, K., Pérez-Stable, E.J., & Stewart, A.L. (2005). Patients' perceptions of cultural factors affecting the quality of their medical encounters. *Health Expectations*, 8, 4-17.
- Naska, O., Rosen, D., & Alegria, M. (2009). The Culturally Sensitive Evaluation. In P. Ruiz and A. Primm (Eds.). *Disparities in Psychiatric Care: Clinical and Cross-Cultural Perspectives*. Bethesda: Wolters Kluwer Lippincott Williams and Wilk.
- Nelson-Jones, R. (2002). Diverse goals for multicultural counseling and therapy. *Counselling Psychology Quaterly*, 15(2), 133-143.
- Neufeldt, S.A., Moleiro, C.M., Yang, P.H., Pinterits, E.J., Lee, T.E., & Brodie, R.E. (2006). How do graduate student therapists incorporate diversity factors in case conceptualization? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(4), 464-479.

- Neville, H., Spanierman, L., & Doan, B.T. (2006). Exploring the Association Between Color-Blind Racial Ideology and Multicultural Counseling Competencies. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 12*(2), 275-290.
- O'Donnell, C. R. (2006). Beyond diversity: Toward a cultural community psychology. *American Journal of Community Psychology, 37*, 1-7.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Regulamento nº 258/2011, Publicado na 2ª Série do Diário da Republica a 20 de Abril de 2011.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim do Século.
- Oudenhoven, J.P.V., Ward, C., & Masgoret, A. (2006). Patterns of relations between immigrants and host societies. *International Journal of Intercultural Relations, 30*(6), 637-651.
- Pedersen, P.B. (1991). Multiculturalism as a generic approach to counseling. *Journal of Counseling and Development, 70*, 6-12.
- Pedersen, P. (2004). *110 experiences for multicultural learning*. Washington DC: American Psychological Association Press.
- Ponterotto, J.G., Gretchen, D., Utsey, S.O., Rieger, B.P., & Austin, R. (2000). A construct validity study of the Multicultural Counseling Awareness Scale (MCAS). Unpublished manuscript.
- Ponterotto, J.G., Mendelsohn, J., & Belizaire, L. (2003). Assessing Teacher Multicultural Competence: self-report instruments, observer report evaluations and a portfolio assessment. In D.B. Pope-Davis, H.L.K., Coleman, W.M., Ling & R.L. Toporek (Eds.). *Handbook of Multicultural Competencies in Counseling & Psychology* (pp. 191-210). California: Sage Publications.
- Reid, P. T. (2002). Multicultural Psychology: Bringing Together Gender and Ethnicity. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 8*(2), 103-114.
- Reppucci, N.D., Woolar, J.L., & Fried, C.S. (1999). Social, Community, and preventive interventions. *Annual Review of Psychology, 50*, 387-418.
- Ridley, C.R., & Kleiner, A.J. (2003). Multicultural Counseling Competence: history, themes and issues. In D.B. Pope-Davis, H.L.K., Coleman, W.M., Ling & R.L. Toporek (Eds.). *Handbook of Multicultural Competencies in Counseling & Psychology* (pp. 3-20). California: Sage Publications.

- Ridley, C.R., & Shaw-Ridley, M. (2011). Multicultural Counseling Competencies: An Analysis of Research on Clients' Perceptions: Comment on Owen, Leach, Wampold, and Rodolfa (2011). *Journal of Counseling Psychology* 58 (1), 16–21.
- Roosa, M.W., Dumka, L.E., Gonzales, N.A. & Knight, G.P. (2002). Cultural/Ethnic Issues and the Prevention Scientist in the 21st Century. *Prevention and Treatment*, 5(5),30-35
- Seidman, E. (1983). *Handbook of social intervention*. Beverly Hills: CA Sage Publications.
- Serviços Estrangeiros Sem Fronteiras (2010). *Relatório da Imigração, Fronteiras e Asilo 2009*. Lisboa: SEF. Retirado a 8 de Março de <http://www.sef.pt>
- Stalker, P. (2002). Migration Trends and Migration Policy in Europe. *International Migration*, 40(5), 151-179.
- Serrat, O. (2008). Culture Theory. Knowledge Solutions. Retirado em 7 de Maio de 2011 de <http://www.adb.org>.
- Smith, T.B., Constantine, M.G., Dunn, T.W., Dinehart, J.M., & Montoya, J.A. (2006). Multicultural Education in the Mental Health Professions: a meta-analytic review. *Journal of Counseling Psychology*, 53 (1), 132-145.
- Snowden, L.R. (2005). Racial, Cultural and Ethnic Disparities in Health and Mental Health: Toward Theory and Research at Community Levels. *American Journal of Community Psychology*, 35(1), 1-8.
- Sodowsky, G.R., Taffe, R.C., Gutkin, T.B., & Wise, S.L. (1994). Development of the Multicultural Counseling Inventory. A self-report measure of multicultural competencies. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 137-148.
- Spanierman, L.B., Poteat, V.P., Wang, Y.F., & Oh, E. (2008). Psychosocial Costs of racism to white counselors: predicting various dimensions of multicultural counseling competence. *Journal of Counseling Psychology*, 55(1), 75-88.
- Sue, S.(2003). In defense of cultural competency in psychotherapy and treatment. *American Psychologist*, 58, 964-970.
- Sue, D.W., & Sue, D. (1999). *Counseling the culturally different: Theory and practice* (3rd ed.). New York: John Wiley.
- Sue, S., Zane, N., Hall, G.C.N., & Berger, L.K. (2009). The Case for Cultural Competency in Psychotherapy Interventions. *Annual Review Psychology*, 60, 525-548.

- Sue, D.W., Bernier, J.B., Durran, M., Feinberg, L., Pedersen, P., Smith, E., et al. (1982). Position paper: Cross-cultural counseling competencies. *The Counseling Psychologist, 10*, 45-52.
- Sue, D.W., Arredondo, P., & MsDavis, R.J. (1992). Multicultural Counseling Competencies: A call to the profession, *Journal of Multicultural Counseling and Development, 20*, 64-88.
- Sue, D.W. (2001). Multidimensional Facets of Cultural Competence. *The Counseling Psychologist, 29(6)*, 790-821.
- Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist, 53(4)*, 440-8.
- Stuart, R.B. (2004). Twelve Practical Suggestions for Achieving Multicultural Competence. *Professional Psychology: Research and Practice, 35(1)*, 3-9.
- Thom, D.H., Tirado, M.D., Woon, T.L., & McBride, M.R. (2006). Development and evaluation of a cultural competency training curriculum. *BMC Medical Education, 6(38)*, 1-9.
- Thom, D.H., & Tirado, M.D. (2010). Development and Validation of a Patient-Reported Measure of Physician Cultural Competency. *Medical Care Research and View, 63*, 636-655.
- Toporek, R.L., & Reza, J.V. (2001). Context as a critical dimension of multicultural counseling: Articulating personal, professional, and institutional competence. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 29*, 13-30.
- Toporek, R.L., & Pope-Davis, D.B. (2005). Exploring the relationship between multicultural training, racial attitudes, and attributions of poverty among graduate counseling trainees. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 11(3)*, 259-271.
- Trickett, E.J. (2009). Community Psychology: Individuals and Interventions in Community Context. *Annual Review of Psychology, 60*, 395-419.
- Tucker, C. M., Mirsu-Paun, A., Van den Berg, J. J., Ferdinand, L., Jones, J., Curry, R. W., Rooks, L. G., Walter, T.J., & Beato, C. (2007). Assessments for Measuring Patient-Centered Culturally Sensitivity in Community- Based Primary Care Clinics. *Journal of the National Medical Association, 99(6)*, 609-19.
- Valdigem, C. (2006). Brasileiros e ciganos no prime-time português: um estudo de caso. *Comunicação & Cultura, 1*, 99-115.

- Vedder, P., van de Vijver, F.J.R., & Liebkind, K. (2006). Predicting immigrant youths' adaptation across countries and ethnocultural groups. In J.W. Berry, J.S. Phinney, D.L. Sam & P. Vedder (Eds.), *Immigrant youth in cultural transition: Acculturation, identity, and adaptation across national contexts* (pp. 143-165). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wandersman, A., & Florin, P. (2003). Community Interventions and Effective Prevention. *American Psychologist*, 58(6), 441-448.
- Whaley, A.L. (1997). Ethnic and racial differences in perceptions of dangerousness of persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 48(10), 1328-1330.
- Whaley, A., & Davis, K. (2007). Cultural Competence and evidence-based practice in mental health services: a complementary perspective. *American Psychology*, 62, 563-74.
- Wong, E.C., Beutler, L.E., Zane, N.W. (2007). Using mediators and moderators to test assumptions underlying culturally sensitive therapies: An exploratory example. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13(2), 169-177.
- Zane, N., Hall, G.N., Sue, S., Young, K., & Nunez, J. (2004). Research on psychotherapy with culturally diverse populations. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 767-804). New York, NY: Wiley & Sons.

7. Anexos

Anexo A- Questionário versão famílias de minorias étnicas

CIDCI (Versão famílias minorias étnicas)

Código:

Obrigado pela sua colaboração!

Pretendemos compreender a maneira como os técnicos de intervenção comunitária trabalham com pessoas de grupos minoritários (migrantes, étnicos, religiosos, sexuais,). A sua participação é voluntária, sendo o questionário confidencial e anónimo. Pense na sua experiência pessoal nestes serviços sociais ou comunitários e responda de forma sincera às frases a seguir apresentadas, utilizando os números da seguinte forma:

1. “Discordo Totalmente”
2. “Discordo”
3. “Não concordo nem discordo”
4. “Concordo”
5. “Concordo Totalmente”

Gostávamos inicialmente de lhe pedir algumas informações gerais:

Idade _____

Sexo _____

Estado civil ou relacional:Solteiro(a) União de Facto Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)

Outro: _____

Cidade/País de Residência Actual: _____ Anos de residência em Portugal: _____

Nacionalidade: _____ País de Origem: _____

Língua materna: _____ Nível de Escolaridade Obtido: _____

Estuda actualmente? Sim Não Especifique _____Trabalha actualmente? Sim Não Especifique a profissão _____

Competência Intercultural

Marque um “X” no número que melhor descreve a sua escolha:

	Discordo Totalmente	Discordo	Não tenho certeza	Concordo	Concordo Totalmente
1. O/A meu/minha técnico/a respeita os meus costumes, princípios e crenças.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. O/A meu/minha técnico/a pede-me para partilhar as minhas expectativas em relação a como me pode ajudar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. O/A meu/minha técnico/a mostra-se interessado/a em saber qual a minha língua de preferência. (Não se aplica ○)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. O/A meu/minha técnico/a informa-me acerca dos apoios ou serviços disponíveis na minha comunidade onde posso conseguir ajuda.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. O/A meu/minha técnico/a incentiva-me a partilhar o meu ponto de vista.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. O/A meu/minha técnico/a preocupa-se em encontrar formas de ajuda que são adequadas a mim e à minha família.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. O/A meu/minha técnico/a parece ter algum conhecimento sobre a minha cultura e dos costumes da minha família.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. O/A meu/minha técnico/a mostra-se aberto/a às diferenças que existem entre nós através da linguagem corporal, gestos, e comunicação, etc.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. O/A meu/minha técnico/a parece perceber que a intervenção deve adaptar-se a mim, bem como às minhas características (como etnia, género, cultura e costumes, religião, etc.).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. O/A meu/minha técnico/a demonstra querer conhecer-me como um indivíduo com experiências únicas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. O/A meu/minha técnico/a consegue ver as coisas através do meu ponto de vista sem fazer julgamentos.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. O/A meu/minha técnico/a proporciona oportunidades para discutirmos os seus próprios princípios, valores e costumes (ex. cultura ou religião) quando estes são relevantes para o trabalho que faz comigo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. O/A meu/minha técnico/a preocupa-se em saber qual a minha capacidade de comunicação em Português. (Não se aplica ○)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Continue no verso da folha.

Competência Intercultural

Marque um “X” no número que melhor descreve a sua escolha:	Discordo Totalmente	Discordo	Não tenho certeza	Concordo	Concordo Totalmente
14. O/A meu/minha técnico/a aceita os meus valores, princípios e crenças.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. O/A meu/minha técnico/a demonstra abertura às minhas características únicas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. O/A meu/minha técnico/a é capaz de explicar assuntos e ideias que demonstram que está familiarizado com a minha cultura e/ou grupo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. O/A meu/minha técnico/a utiliza estratégias que se adaptam a mim e ao meu contexto familiar (tendo em conta a etnia, género, cultura, religião, etc.).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. O/A meu/minha técnico/a ajuda-me a conseguir os apoios que preciso de associações e instituições.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. O/A meu/minha técnico/a compreende e valoriza as minhas ideias, comportamentos e emoções no contexto das minhas características únicas (cultura, etnia, religião).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. O/A meu/minha técnico/a parece reconhecer como os seus próprios preconceitos e estereótipos podem influenciar o trabalho comigo e/ou com a minha família.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. O/A meu/minha técnico/a está familiarizado/a com a influência que a minha cultura, religião, e outros factores tiveram no meu desenvolvimento pessoal.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. O/A meu/minha técnico/a acredita que é importante ver para além dos estereótipos para perceber o que melhor se adequa a mim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. O/A meu/minha técnico/a incentiva-me a procurar outras formas de ajuda na minha comunidade (tais como líderes religiosos, culturais ou associativos).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. O/A meu/minha técnico/a respeita e valoriza as diferenças culturais existentes entre nós.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25. O/A meu/minha técnico/a sabe quais os comportamentos que considero adequados e aceitáveis na minha comunidade.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. O/A meu/minha técnico/a parece interessar-se genuinamente em saber mais acerca de mim e da minha cultura.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Agradecemos a sua colaboração.

Anexo B- Questionário Versão Técnicos Sociais e Comunitários

CIDCI (Versão Técnicos)**Código:****Obrigado pela sua colaboração!**

No âmbito da prática profissional de técnicos de intervenção comunitária no trabalho com membros de grupos minoritários (imigrantes, minorias étnicas, religiosas ou outras), pretendemos identificar e avaliar quais as competências para a diversidade individual e cultural fundamentais para trabalhar com populações minoritárias em Portugal.

Neste sentido, contamos com a sua colaboração no preenchimento do questionário a seguir apresentado, utilizando a seguinte escala:

6. “Discordo Totalmente”
7. “Discordo”
8. “Não concordo nem discordo”
9. “Concordo”
10. “Concordo Totalmente”

Salientamos que **não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer das afirmações**, pretendendo-se apenas a sua resposta pessoal e sincera, tratando-se de um questionário de preenchimento **voluntário, confidencial e anónimo**.

Informações Gerais:

Idade _____

Sexo _____

Estado civil ou relacional:Solteiro (a) União de Facto Casado (a) Divorciado (a) Viúvo (a)

Outro: _____

País de origem _____ Nacionalidade _____

Nível de Escolaridade Obtido:Licenciatura Pré-Bolonha Mestrado Pós-Bolonha Mestrado Pré-Bolonha Doutoramento

Outro? _____

Orientação teórica com que mais se identifica: _____**Anos de experiência:** ____ **Contexto(s) actual(is) de trabalho:** _____**Teve formação específica sobre a diversidade cultural e individual:** Sim Não

Se sim, qual: _____

Local de formação: _____

Competência Intercultural

Assinale (com um X) as afirmações de acordo com a seguinte escala:

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo (5) Concordo Totalmente

1. Reconheço a existência de barreiras (ex. institucionais) que podem dificultar a utilização dos serviços sociais e comunitários pelas pessoas de grupos minoritários.	(1) (2) (3) (4) (5)
2. Tenho conhecimento sobre as especificidades e experiências de pessoas de minorias étnicas, bem como o seu possível impacto no seu bem-estar.	(1) (2) (3) (4) (5)
3. Estou ciente de que as minhas raízes culturais influenciam a minha forma de pensar e agir.	(1) (2) (3) (4) (5)
4. Tenho conhecimento de tipos de intervenção que podem ser mais adequados aos diferentes grupos minoritários	(1) (2) (3) (4) (5)
5. Interesse-me de forma genuína em saber mais acerca da cultura, costumes e valores dos membros de grupos minoritários.	(1) (2) (3) (4) (5)
6. Reconheço que diferenças culturais entre técnico e utente na conceptualização do problema e objectivos de intervenção podem diminuir a credibilidade do técnico social e comunitário.	(1) (2) (3) (4) (5)
7. Reconheço que podem existir enviesamentos na avaliação de grupos minoritários.	(1) (2) (3) (4) (5)
8. Consigo dar exemplos de como os estereótipos sobre utentes de diferentes culturas ou grupos podem ter impacto na intervenção comunitária.	(1) (2) (3) (4) (5)
9. Estou consciente da forma como a minha herança cultural e experiências influenciaram as minhas atitudes relativamente aos processos de intervenção.	(1) (2) (3) (4) (5)
10. Tenho conhecimento sobre as especificidades e experiências de pessoas que têm diferentes práticas religiosas, bem como o seu possível impacto no bem-estar.	(1) (2) (3) (4) (5)
11. Consigo demonstrar abertura às características únicas dos meus utentes de grupos minoritários.	(1) (2) (3) (4) (5)
12. Tenho conhecimento sobre as especificidades e experiências de pessoas de diferentes níveis socioeconómicos, bem como o seu possível impacto no bem-estar.	(1) (2) (3) (4) (5)

Competência Intercultural

Assinale (com um X) as afirmações de acordo com a seguinte escala:

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo (5) Concordo Totalmente

13. Demonstro vontade de conhecer os utentes de grupos minoritários como indivíduos com experiências únicas.	(1) (2) (3) (4) (5)
14. Tenho conhecimento sobre as especificidades e experiências de pessoas imigrantes, bem como o seu possível impacto no bem-estar.	(1) (2) (3) (4) (5)
15. Consigo discutir as diferenças intra-grupais no que diz respeito a diversos grupos minoritários (por exemplo, afro-descendentes de diferentes religiões).	(1) (2) (3) (4) (5)
16. Reconheço que é importante ver para além dos estereótipos e preconceitos para perceber o que melhor se adequa a utentes culturalmente diferentes de mim.	(1) (2) (3) (4) (5)
17. Consigo discutir como a cultura pode influenciar a manifestação de problemas sociais e psicológicos.	(1) (2) (3) (4) (5)
18. Consigo identificar a influência que as minhas bases culturais têm no meu estilo de comunicação.	(1) (2) (3) (4) (5)
19. Compreendo o papel da cultura (incluindo o racismo, etnocentrismo e heterocentrismo) no desenvolvimento da identidade em grupos minoritários.	(1) (2) (3) (4) (5)
20. Consigo identificar pontos fortes e fracos da utilização dos planos de intervenção com pessoas de diferentes grupos minoritários.	(1) (2) (3) (4) (5)
21. Consigo indicar diversas barreiras que dificultam o uso dos serviços sociais e comunitários pelos grupos minoritários (étnicos, religiosos, sexuais, etc.).	(1) (2) (3) (4) (5)
22. Procuo saber quais as competências linguísticas e comunicacionais dos clientes imigrantes ou de minorias étnicas.	(1) (2) (3) (4) (5)
23. Quando necessário, procuro incluir outros profissionais (como intérpretes linguísticos, mediadores culturais, líderes associativos) no processo de intervenção com clientes de grupos minoritários.	(1) (2) (3) (4) (5)
24. Tenho conhecimento sobre modelos de aculturação de vários grupos étnicos minoritários.	(1) (2) (3) (4) (5)
25. Consigo identificar os preconceitos positivos e negativos que tenho em relação a pessoas de diversos grupos étnicos ou religiosa.	(1) (2) (3) (4) (5)

Competência Intercultural

Assinale (com um X) as afirmações de acordo com a seguinte escala:

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo (5) Concordo Totalmente

26. Tenho conhecimento de associações/instituições que dispõem de serviços e profissionais (como intérpretes linguísticos, mediadores culturais, mentores associativos) no âmbito do trabalho com grupos minoritários.	(1) (2) (3) (4) (5)
27. Procuo saber qual a língua de preferência dos clientes imigrantes ou de minorias étnicas.	(1) (2) (3) (4) (5)
28. Demonstro abertura às possíveis diferenças que possam existir entre mim e os meus clientes de grupos minoritários.	(1) (2) (3) (4) (5)
29. Procuo incentivar os meus clientes de grupos minoritários a partilhar as suas expectativas (positivas e negativas) sobre a intervenção.	(1) (2) (3) (4) (5)
30. Reconheço a importância do meu auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal nas competências para trabalhar com clientes diferentes de mim.	(1) (2) (3) (4) (5)

Agradecemos a sua colaboração.

