

Tradução e Evidências de Validade da Escala de Competência Cultural (EMCC-14) entre Profissionais de Saúde Brasileiros

Telmo Mota Ronzani¹ 

Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Juiz de Fora-MG, Brasil

Magda Dimenstein 

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Natal-RN, Brasil

João Paulo Macedo 

Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPar, Parnaíba-PI, Brasil

Víctor Pedrero 

Universidad Andrés Bello, Santiago-DF, Chile

RESUMO

Este estudo teve como objetivo realizar a tradução e buscar evidências de validade da Escala de Competência Cultural (EMCC-14) em uma amostra de profissionais de saúde brasileiros. Participaram 213 profissionais de saúde de diferentes níveis de atenção à saúde, 73,7% mulheres e idade média de 37,9 anos ($DP=10,4$). Foi realizada Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Confirmatória (AFC) e a consistência interna. Foram retidos 3 fatores iniciais, explicando 65% da variância e testes de esfericidade de Bartlett= 1857,4, $gl=91$, $p<0,001$; KMO=0,895, RMSEA=0,044 e CFI=0,993. Os resultados para a AFC foram CFI=0,99; TLI=0,99, SRMR=0,06 e RMSEA=0,053. O Alfa de Cronbach da escala geral foi de 0,86. Para os fatores a consistência interna variou de 0,73 a 0,79. Os dados demonstram que a versão da EMCC14-BR apresentou bom desempenho psicométrico, semelhante ou superior à sua versão original.

Palavras-chave: Estudo de Validação; Competência Cultural; Profissionais de Saúde.

ABSTRACT – Translation and Validity Evidences of Cultural Competence Scale (EMCC-14) among Brazilian Health Professionals

This study aimed to translate the Cultural Competence Scale (EMCC-14) into Portuguese and evaluate its factor validity and internal consistency in a sample of Brazilian healthcare providers. The study included 213 healthcare providers from various regions, professional backgrounds, and healthcare levels, with 73.7% being female and a mean age of 37.9 years ($SD=10.4$). The translation and adaptation processes were followed by Exploratory Factor Analysis (EFA) and Confirmatory Factor Analysis (CFA). Internal consistency was assessed using Cronbach's Alpha. Three factors were retained, explaining 65.0% of the variance. Bartlett's sphericity test=1857.4, $df=91$, $p<.001$; KMO=.895, RMSEA=.044 and CFI=.993. The CFA results indicated a strong model fit: CFI=.99; TLI=.99, SRMR=.06, and RMSEA=.053. The Cronbach's alpha for the overall scale was .86, with factor-specific internal consistency ranging from .73 to .79. The Portuguese version of the EMCC-14 (EMCC14-BR) demonstrated good psychometric performance, comparable to or exceeding the original version of the scale. It is a valuable instrument for studying Cultural Competence in Latin American countries.

Keywords: Validation Study; Cultural Competency; Healthcare Providers.

RESUMEN – Traducción y Evidencias de Validad de la Escala de Competencia Cultural entre Profesionales de Salud Brasileños

Este estudio tuvo como objetivo realizar la traducción y obtener evidencias de validez de la Escala de Competencia Cultural (EMCC-14) en una muestra de profesionales de la salud brasileños. Participaron 213 profesionales de la salud de diferentes niveles de atención sanitaria, 73,7% mujeres, edad media 37,9 años ($DP=10,4$). Se realizaron análisis factoriales exploratorios (AFE) y confirmatorios (AFC) y de consistencia interna. Fueron retenidos tres factores iniciales, explicando 65% de la varianza y las pruebas de Bartlett de esfericidad=1857,4, $gl=91$, $p<0,001$; KMO = 0,895, RMSEA=0,044 y CFI=0,993. Los resultados para el AFC fueron CFI=0,99; TLI=0,99, SRMR=0,06 y RMSEA = 0,053. El alfa de Cronbach de la escala global fue de 0,86. Para los factores, la consistencia interna osciló entre 0,73 y 0,79. Los datos muestran que la versión EMCC14-BR presentó un buen desempeño psicométrico, similar o superior a su versión original.

Palabras claves: Estudio de Validación; Competencia Cultural; Personal de Salud.

Um dos pilares para a atenção integral e continuada à saúde é a organização dos serviços e a coordenação dos cuidados de modo culturalmente planejados. A

Competência Cultural (CC) é um dos atributos fundamentais para tal, não só da perspectiva organizacional, mas para produzir estratégias terapêuticas sensíveis aos

¹ Endereço para correspondência: Instituto de Ciências Humanas. Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Martelos, 36036-900, Juiz de Fora, MG.
E-mail: tm.ronzani@gmail.com

padrões culturais dos diferentes grupos populacionais. A CC seria, dessa maneira, a capacidade de um profissional ou um serviço reconhecer, respeitar e atuar frente às necessidades de grupos populacionais específicos, principalmente, grupos minoritários, tais como grupos étnicos e raciais (Starfield, 2002).

Um dos maiores desafios em relação à avaliação e proposição de novas diretrizes no âmbito das políticas públicas de saúde é a dificuldade em produzir e validar conhecimentos científicos para apoiar os profissionais na tomada de decisão, ajudar a melhorar a efetividade do cuidado e ampliar a satisfação dos usuários (Damasceno & Silva, 2022). Os princípios que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação da comunidade e hierarquização da rede de serviços) sofrem muitos entraves que precisam ser superados para que os propósitos do sistema sejam cumpridos, a saber, produzir um cuidado integral e culturalmente sensível (Gouveia et al., 2019).

Nessa direção, a competência cultural é um fator decisivo para oferta de cuidado qualificado em saúde no SUS. Cada um de nós possui uma base cultural potencialmente diferente que influencia como vemos e interpretamos a realidade, inclusive, nossa saúde. Nos contextos de cuidado à saúde, tanto os usuários quanto os profissionais podem pertencer a culturas diferentes, podem diferir em termos de gênero, origem racial/étnica, classe social, nacionalidade, dentre outros aspectos. Tais diferenças afeta a forma como ambos se relacionam e, portanto, influencia no processo saúde-doença-cuidado, tais como as diferentes barreiras de acesso à saúde, adesão ao tratamento e resultados das intervenções (Pedrero et al., 2019).

Para se alcançar interações terapêuticas efetivas que considerem as diferenças culturais é necessário, portanto, que os profissionais possuam certas competências como refletir sobre a própria cultura, incorporar uma visão de contexto social e cultural na interação com o paciente, ser sensível às diferenças culturais, ser capaz de negociar e implementar mecanismos adaptativos frente a diferentes situações (Liu, et al., 2021). No entanto, há muitas barreiras e distância cultural entre serviços de saúde, profissionais e usuários, as quais estão interseccionadas por marcadores sociais da diferença como gênero, raça/etnia, sexualidade, classe social e região, aspectos que além de afetarem o processo saúde-doença-cuidado, estão diretamente relacionados às desigualdades em saúde em nível mundial (Gouveia, et al., 2019; Liu, et al., 2021).

Especificamente em relação ao campo da psicologia, pesquisas demonstram o impacto na saúde mental quando usuários não são compreendidos em relação aos seus costumes e crenças, levando a uma piora nos quadros de saúde em geral (Henderson et al., 2018), especialmente na saúde mental (Oppedal et al., 2020; Rice & Harris,

2021). Nesse sentido, tanto para as intervenções em Psicologia da Saúde, bem como para os planejamentos de ações voltadas para a comunidade, a ênfase nas competências culturais no campo passam a ser fundamentais (Chu, et al., 2022).

Tendo em vista a importância da Competência Cultural para a melhoria da qualidade em cuidados em saúde, algumas pesquisas têm sido propostas em diferentes países e grupos (De-María, et al., 2024; Henderson et al., 2018; McGregor et al., 2019). As pesquisas se centram no desenvolvimento de medidas do construto, com a proposta de validação de escalas em diferentes países, idiomas e grupos (Lin et al., 2019; Prosen et al. 2021; Zarzycka et al., 2020). Apesar disso, não havia um instrumento desenvolvido ou validado para a realidade brasileira que avaliasse a competência cultural dos profissionais de saúde. Assim, objetivou-se adaptar e avaliar as evidências de validade da versão brasileira da Escala de Avaliação de Competência Cultural entre Profissionais de Saúde (EMMC-14).

A referida escala foi construída e validada entre 483 profissionais de diversas formações do Chile, com amostra composta por 70% de mulheres. A escala é originalmente composta por 14 itens e os fatores: (a) sensibilidade (crenças na importância de se considerar os fatores culturais), conhecimento (nível de conhecimento da influência dos fatores culturais nos cuidados em saúde) e habilidade (capacidade de realizar o cuidado em saúde, baseado nos aspectos culturais) (f) outros países que fizeram a adaptação da escala, assim como a replicabilidade da estrutura fatorial da escala nestes estudos (Pedrero et al., 2019). A escala também foi adaptada e validada para o contexto colombiano, com indicadores psicométricos satisfatórios (Bautista-Espinel et al., 2022).

Métodos

Trata-se de um estudo de tradução e adaptação de instrumento de medidas de saúde, utilizando-se da Teoria Clássica das Medidas, de amostra nacional. Para tal, buscou-se evidências de validade fatorial e confiabilidade. Além disso, como se trata de um instrumento com versão original em língua espanhola, houve um processo sistemático e estruturado de tradução e adaptação cultural e idiomática. Os detalhes são apresentados a seguir.

Procedimentos

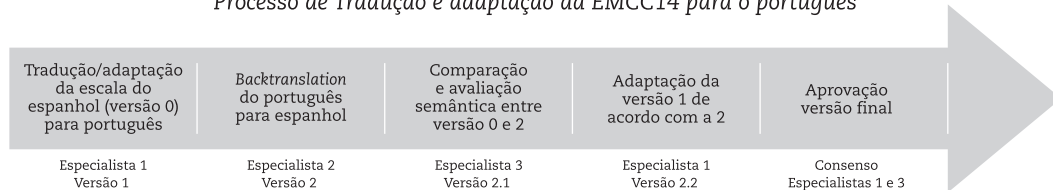
O processo de tradução do instrumento seguiu o procedimento recomendado para se garantir a correlação semântica entre versões idiomáticas distintas (Beaton et al., 2020), indicada na Figura 1. Inicialmente, procederam-se ao processo de tradução e retrotradução da EMMC-14 para o português (Brasil). Um especialista em psicometria – com domínio em espanhol e da

língua portuguesa nativa – realizou a tradução dos itens da escala. Posteriormente, outro especialista de língua nativa espanhola (Chile) realizou a retrotradução para o espanhol sem ter conhecimento da versão original. Por último, um dos autores da escala original realizou a comparação e análise semântica entre a versão original

e a retrotraduzida para o espanhol a partir da versão em português. Após a comparação entre as versões e ajustes linguísticos, chegou-se à versão final da EMCC-14 em português.

A coleta de dados foi realizada nos serviços de saúde, em horário de trabalho e na forma de autoaplicação.

Figura 1
Processo de Tradução e adaptação da EMCC14 para o português



Amostra

Com o objetivo de garantir a variabilidade da amostra e, considerando a diversidade regional do Brasil, apesar de não se tratar de uma amostra probabilística, procedeu-se a um processo de estratificação de algumas características dos participantes da pesquisa. Nesse sentido, foram selecionados 213 profissionais de saúde, de ambos os sexos, de seis estados (Ceará, Distrito Federal, Minas Gerais, Piauí, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul) e quatro regiões geográficas brasileiras (Nordeste (41,3%), Centro-Oeste (20,7%), Sul (13,6%) e Sudeste (24,4%)). Os profissionais tinham diferentes formações profissionais. Em relação ao nível de atenção à saúde, 37,6% trabalham na Atenção Primária, em sua maioria em equipes da Estratégia de Saúde da Família, 36,6% no nível secundário, em especial nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e 25,8% no nível terciário, mais especificamente em hospitais gerais. Procurou-se manter a proporção de tais características entre os estados. A definição da amostra para o estudo de evidências de validade fatorial obedeceu ao critério de pelo menos 10 participantes por item do instrumento (Field, 2009). Maiores detalhes sobre a caracterização da amostra encontram-se na seção de resultados.

Instrumentos

A coleta de dados foi realizada nos serviços de saúde, em horário de trabalho e na forma de autoaplicação. Foram utilizados dois instrumentos: 1. *Questionário socio-demográfico*, desenvolvido para o presente estudo, contendo informações sobre sexo, idade, categoria profissional, tempo de trabalho e nível de atenção à saúde; 2. *Escala de Avaliação de Competência Cultural (EMCC-14-BR)* – versão em português (Pedrero et al., 2020). A versão original foi construída e validada no Chile entre profissionais de saúde de diversas formações e inseridos em distintos níveis de atenção à saúde. Trata-se de uma escala do tipo Likert, variando de 1 (concordo totalmente) a 5

(discordo totalmente), composta de 14 itens com proposições para o profissional em relação à sua competência cultural no cuidado em saúde. A escala apresentou três dimensões, baseados no modelo de Sue & Sue (2008): sensibilidade com 4 itens (ex.: “Acredito que pacientes com diferentes crenças e costumes têm expectativas e/ou necessidades distintas na atenção à saúde”), conhecimento com 4 itens (ex.: “As crenças, valores e costumes dos pacientes devem ser avaliados na atenção em saúde”) e habilidade com 6 itens [“Sou capaz de estabelecer metas e/ou objetivos terapêuticos, considerando o contexto cultural (crenças e costumes) dos meus pacientes e suas necessidades”]. Os indicadores psicométricos do instrumento foram satisfatórios, com KMO=0,78; CFI=0,93, TLI=0,92, RMSEA=0,07; WRMR: 1,1 e variância explicada de 51,9%.

Análise de Dados

Para a descrição da amostra foram utilizadas estatísticas descritivas e tendência central, tais como frequência (n), porcentagem (%), média (M) e Desvio Padrão (DP). Em primeiro momento, a escala foi submetida à Análise Fatorial Exploratória (AFE) com o objetivo de avaliar a estrutura fatorial do instrumento (Hauck-Filho et al., 2012). Considerando a natureza da medida utilizada, a partir de variáveis latentes, de uma expectativa de não-normalidade das respostas, e pelos níveis de mensuração das variáveis, foi implementada a análise de matriz policórica e método de extração *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS) (Asparouhov & Muthén, 2022). A decisão sobre o número de fatores a serem retidos foi realizada por meio da técnica da Análise Paralela com permutação aleatória dos dados observados (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011) e a rotação utilizada foi a *Robust Promin* (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2019). Além disso, considerou-se a matriz teórica da construção da escala e melhor porcentagem de variância explicada para se definir finalmente os fatores

retidos da escala. A adequação do modelo foi avaliada por meio dos índices de ajuste *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), *Comparative Fit Index* (CFI) e *Tucker-Lewis Index* (TLI). De acordo com a literatura (Brown, 2006), valores de RMSEA devem ser menores que 0,08, com intervalo de confiança não atingindo 0,10, e valores de CFI e TLI devem ser acima de 0,90, ou preferencialmente, 0,95.

A seguir, foi realizada a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) com o objetivo de avaliar a plausibilidade de uma estrutura multidimensional para o instrumento. A AFC foi implementada utilizando o método de estimação *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS), adequado para dados categóricos (DiStefano & Grant, 2014). Os índices de ajustes utilizados foram: χ^2 ; χ^2/gl ; *Comparative Fit Index* (CFI); *Tucker-Lewis Index* (TLI); *Standardized Root Mean Residual* (SRMR) e *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA). Valores de χ^2 não devem ser significativos; a razão χ^2/gl deve ser $\leq$ que 5 ou, preferencialmente, $\leq$ que 3; Valores de CFI e TLI devem ser $\geq$ que 0,90 e, preferencialmente acima de 0,95; Valores de RMSEA devem ser $\leq$ que 0,08 ou, preferencialmente $\leq$ que 0,06, com intervalo de confiança (limite superior) $\leq$ 0,10 (20). Por fim, para se avaliar a confiabilidade da EMCC14-BR, foi realizada a análise de consistência interna do escore geral e dos domínios, através do *Ômega de McDonald* (Field, 2009).

As análises foram realizadas através do *software* estatístico Jasp, versão 14.0.

Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPA), protocolo no. 60722922.3.1001.0192. Todos os princípios de ética em pesquisa com humanos foram seguidos e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de responder aos questionários.

Resultados

Os profissionais de saúde participantes do estudo se caracterizam por serem predominantemente mulheres ($n=157$; 73,7%), com média de idade de 37,9 anos ($DP=10,4$ anos), com média de tempo de trabalho em saúde de 11,2 anos ($DP=9,2$ anos). Em relação à categoria profissional, houve uma distribuição uniforme, com maior porcentagem de Psicólogos (18,8%), seguidos de Enfermeiros (18,3%), Auxiliares de Enfermagem (16,9%), Assistentes Sociais (15,5%), Médicos (14,6%), Agentes Comunitários de Saúde (11,3%) e de Outros Profissionais (4,7%). A categoria “Outros” foi composta principalmente por Farmacêuticos, Educadores Físicos e Pedagogos. Os detalhes da amostra encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1

Dados sociodemográficos da amostra de evidências de validade da EMCC14 ($n=213$)

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

Realizou-se a AFE levando em conta os três fatores da escala original com o objetivo de explorar o desempenho inicial da escala. O método de medidas paralelas sugeriu a retenção de apenas um fator. A literatura sugere a utilização deste método para a definição dos fatores de um instrumento, mas não como único critério, devendo considerar outros fatores e aspectos teóricos envolvidos no construto estudado (Field, 2009). Portanto, considerando aspectos de construto da escala e a base teórica que define as características que definem a Competência Cultural (Gouveia et al., 2019), a variância explicada maior nos três fatores, a manutenção das cargas fatoriais

dos itens dentro dos fatores originais, e para fins de comparação com a escala original (Pedrero et al., 2020), optou-se por manter as três dimensões propostas pelos autores do instrumento para posterior decisão a partir da Análise Fatorial Confirmatória. Além disso, os dados gerais da análise apresentaram índices satisfatórios. A variância explicada foi de 65%. Os testes de esfericidade de Bartlett (1857,4; $gl=91$; $p<0,001$), KMO (0,895), (RMSEA)=0,044 e CFI (0,993) sugeriram interpretabilidade da matriz de correlação dos itens. A Tabela 2 apresenta a carga fatorial e itens retidos para os fatores e os demais índices da AFE.

Tabela 2

Análise Fatorial Exploratória (AFE) da Escala EMCC14-BR, versão em português (n=213)

Itens	Cargas Fatoriais > 0,3		
	Sensibilidade	Conhecimento	Habilidades
1. Acredito que pacientes com diferentes crenças e costumes têm expectativas e/ou necessidades distintas na atenção à saúde.	0,382	-	-
2. Acredito que as crenças, valores e costumes dos pacientes afetam sua saúde.	0,414	0,498	-
3. Acredito que meu contexto cultural influencia minhas atitudes e crenças sobre outros grupos culturais.	0,804	-	-
4. Sou consciente de que minhas crenças sobre os pacientes influenciam nas orientações terapêuticas lhes dou.	0,616	-	-
5. As crenças, valores e costumes dos pacientes devem ser avaliados na atenção em saúde.	-	0,960	-
6. Considero que conhecer melhor as crenças e costumes dos pacientes me ajuda a planejar um tratamento mais adequado.	-	0,779	-
7. Considero que cada paciente tem seu próprio conceito de saúde e doença.	-	0,601	-
8. Considero que os problemas de saúde do paciente devem ser compreendidos dentro de seu contexto cultural (crenças, valores e costumes).	-	0,705	-
9. Peço ao paciente e à sua família que manifestem as expectativas que têm a respeito do cuidado e atenção à saúde.	-	-	0,628
10. Sou capaz de reconhecer potenciais barreiras para acessar os serviços de saúde que os diferentes pacientes podem enfrentar.	-	-	0,887
11. Sou capaz de estabelecer metas e/ou objetivos terapêuticos, considerando o contexto cultural (crenças e costumes) dos meus pacientes e suas necessidades.	-	-	0,717
12. Registro no prontuário as informações sobre crenças e costumes colhidos na avaliação do paciente.	-	-	0,379
13. Esforço-me para explicar ao paciente seu tratamento médico, inclusive se ele acredita que a causa de sua doença é sobrenatural.	-	-	0,665
14. Estou atento às possíveis dificuldades que possam surgir durante a consulta devido às diferenças culturais entre o paciente e eu.	-	-	0,773

Nota. A variância explicada na Análise Fatorial Exploratória (AFE) foi 65%. Os índices de ajuste na EFA foram: Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)=0,044, teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)=0,895, Teste de Esfericidade de Bartlett $p<0,001$, Comparative Fit Index (CFI)=0,993

Em um segundo momento, procedeu-se à Análise Fatorial Confirmatória da estrutura tridimensional da EMCC14-BR. A carga fatorial foi alta dentro de cada item, variando de 0,58 a 0,83 (Tabela 3). Além disso, observou-se que houve uma alta correlação entre os fatores propostos, sugerindo também a possibilidade

de utilização do escore geral da escala para avaliação da Competência Cultural entre profissionais de saúde.

Os índices de ajuste da escala também apresentaram bom desempenho. Apesar dos valores de qui-quadrado terem sido significativos ($\chi^2=5815,061$; $gl=91$; $p<0,001$), os índices de CFI (0,99), TLI (0,99) e SRMR (0,06),

assim como os índices de RMSEA (0,053; 0,042 – 0,073; 90%CI) suportam o modelo teórico da escala. Em relação aos dados de fidedignidade do instrumento, observou-se resultados satisfatórios. O *Ômega de McDonald* foi de 0,86 para a escala geral e 0,73 para o Fator Sensibilidade, 0,80 para Conhecimento e 0,77 para Habilidades. Ao se

comparar os dados da AFC e a fidedignidade entre a versão brasileira e a original da EMCC14-BR, observam-se índices semelhantes ou superiores ao da versão em espanhol (Tabela 4). Considerando tais dados, considera-se que a versão em português mantém as qualidades psicométricas da versão de Pedrero et al. (2020).

Tabela 3

Cargas fatoriais da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) da Escala EMCC14-BR, versão em português (n=213)

Itens	Fatores		
	Cargas Fatoriais		
	Sensibilidade	Conhecimento	Habilidades
Item 1	0,772	-	-
Item 2	0,819	-	-
Item 3	0,688	-	-
Item 4	0,581	-	-
Item 5	-	0,817	-
Item 6	-	0,817	-
Item 7	-	0,636	-
Item 8	-	0,839	-
Item 9	-	-	0,709
Item 10	-	-	0,694
Item 11	-	-	0,721
Item 12	-	-	0,501
Item 13	-	-	0,589
Item 14	-	-	0,804

Nota. (0,61), Conhecimento X Habilidade (0,68)

Tabela 4

Comparação de índices de ajuste e confiabilidade da Escala EMCC14-BR entre amostra brasileira e amostra de validação original

Índices	Amostra brasileira	Amostra original (Chile)
CFI	0,99	0,95
TLI	0,99	0,94
RMSEA	0,053	0,065
Alpha de Cronbach		
Escala Total	0,86	0,70
Sensibilidade	0,72	0,65
Conhecimento	0,80	0,81
Habilidades	0,77	0,68

Nota. A correlação entre os fatores foram: Sensibilidade X Conhecimento (0,84), Sensibilidade X Habilidade (0,61), Conhecimento X Habilidade (0,68)

Discussão

O objetivo do presente artigo é buscar evidências de validade da EMCC14 entre profissionais de saúde brasileiros. A partir dos resultados apresentados, pode-se averiguar que a versão em português da EMCC14 apresentou um bom desempenho em termos de validade fatorial e confiabilidade, semelhante ao da escala original (Pedrero et al., 2020). Todos os índices foram

considerados adequados de acordo com a literatura (Brown, 2016; DiStefano & Grant, 2014; Field, 2009). Além disso, o processo sistematizado de tradução e adaptação da escala assegura a validade semântica do instrumento e o consequente desempenho psicométrico do mesmo (Beaton et al. 2020).

Os três fatores originais foram mantidos para certificar o desempenho do instrumento na AFC, já que a escala conservou sua interpretabilidade teórica, com índices

satisfatórios (DiStefano & Grant, 2014). Além disso, outros critérios foram levados em conta como o construto teórico e os elementos fundamentais para a avaliação da Competência Cultural, baseada na Sensibilidade, Habilidade e Conhecimento dos profissionais (Gouveia et al., 2019). Por último, a manutenção da versão original, respeitada as evidências psicométricas, permite a comparabilidade do desempenho do instrumento, bem como a utilização da EMCC14 entre amostras transnacionais.

Revisões sistemáticas da literatura que avaliam os aspectos psicométricos e teóricos de escalas sobre Competência Cultural validadas no mundo indicaram o bom desempenho geral dos instrumentos já existentes (Collette et al., 2013). Entretanto, alertam para a variabilidade teórica e a necessidade de se considerar as particularidades das realidades a serem estudadas na escolha dos instrumentos. Assim, recomendam a utilização de diferentes instrumentos de acordo com os diferentes contextos e profissionais (Collette et al., 2013; Lin et al., 2017), sendo essa uma das principais motivações deste estudo entre profissionais de saúde brasileiros. Ainda que haja outros instrumentos validados sobre CC, é certo que foram desenvolvidos, principalmente, em países do hemisfério norte, ao passo que a EMCC14 foi desenvolvida e validada para a realidade latino-americana, considerando as especificidades do cuidado em saúde e os aspectos culturais de grupos minoritários da região, tais como as estruturas dos sistemas de saúde, semelhanças sociais, econômicas e culturais e modelo de formação dos profissionais de saúde (Pedrero et al., 2020).

Nesse sentido, o estudo aqui empreendido demonstrou que a EMCC14 apresenta evidências de validade que suportam a utilização da escala entre profissionais de saúde brasileiros, considerando que os aspectos culturais e da organização dos sistemas e práticas em saúde do Chile se assemelham à realidade do Brasil, tais como o perfil epidemiológico e socioeconômico da população e a ênfase nos cuidados primários em saúde e os desafios de cobertura e financiamento da saúde pública (Cerdeira et al., 2022).

O presente estudo apresenta como principais limitações a amostra predominante feminina, mas que se assemelha à amostra da validação original da escala (Pedrero, et al., 2019). Além disso, buscamos chegar a maior variabilidade regional, profissional e de níveis de atenção à saúde, o que reforça a qualidade do processo de busca de evidências de validade da escala no país. Outro

aspecto é que, apesar da amostra atender aos critérios estabelecidos para as evidências de validade fatorial, outras evidências de validade não puderam ser realizadas. Um desdobramento possível para o processo de avaliação da escala seria justamente analisar se o construto se mantém constante na comparação entre os países, a partir da Análise de Invariância da escala (Cruz-Gonzalez et al., 2021), etapa a ser desenvolvida em breve.

Por fim, considera-se que o presente estudo traz uma importante contribuição à área da Psicologia da Saúde, pois apresenta o primeiro instrumento validado em português para pesquisas e avaliação de um tema fundamental para o cuidado em saúde na realidade brasileira e reforça as evidências de estudos sobre a Competência Cultural na América Latina, através de estudos comparativos. Portanto, temos como principal implicação do estudo a disponibilização de um instrumento de referência para avaliação e a melhoria do cuidado em saúde, baseado na formação, sensibilização e implementação de práticas baseadas na Competência Cultural.

Agradecimentos

Não há menções.

Financiamento

Todas as fontes de financiamento para elaboração e produção do estudo (coleta, análise e interpretação dos dados, bem como, escrita dos resultados no presente no manuscrito) foram fornecidas pelo projeto de pesquisa 'Processo número 409472/2022-0 do Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq)'.

Contribuições dos autores

Os autores declaram que todos participaram da elaboração do manuscrito.

Disponibilidade de dados e materiais

Todos os dados e sintaxes gerados e analisados durante esta pesquisa serão tratados com total sigilo devido às exigências do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Porém, o conjunto de dados e sintaxes que apoiam as conclusões deste artigo estão disponíveis mediante razoável solicitação ao autor principal do estudo.

Conflitos de interesses

Os autores declaram que não há conflitos de interesses.

Referências

- Asparouhov, T., & Muthén, B. (2022). *Bayesian analysis of latent variable models using Mplus*. Technical Report. <https://www.statmodel.com/download/BayesAdvantages18.pdf>
- Bautista-Espinell, G. O., Velandia-Galvis, M. L., Ortega-Cadena, N., Chaves, C. A., Ureña-Molina, M. P. & Gonzales-Escobar, D. S. (2022). Adaptación cultural y validación del instrumento EMCC-14, de competencia cultural en profesionales de salud colombianos. *Index de Enfermería*, 31(2), 120-124. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000200015&lng=es&tlng=

- Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M.B. (2020). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-91. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Brown, T.A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. The Guilford Press.
- Cerda, A. A., García, L. Y., Rivera-Arroyo, J., Riquelme, A., Teixeira, J. P., & Jakovljevic, M. (2022). Comparison of the healthcare system of Chile and Brazil: strengths, inefficiencies, and expenditures. *Cost effectiveness and resource allocation: C/E*, 20(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12962-022-00405-9>
- Collette, L., Vicki, H., Marietta, B., & Helen, R. (2013). Measures of Cultural Competence in Nurses: An Integrative Review. *The Scientific World Journal*, 30, 289101. <https://doi.org/10.1155/2013/289101>
- Chu, W., Wippold, G., & Becker, K. D. (2022). A Systematic Review of Cultural Competence Trainings for Mental Health Providers. *Professional psychology, research and practice*, 53(4), 362-371. <https://doi.org/10.1037/pro0000469>
- Cruz-Gonzalez, M., Shrout, P.E., Alvarez, K., Hostetter, I., & Alegria, M. (2021). Measurement Invariance of Screening Measures of Anxiety, Depression, and Level of Functioning in a US Sample of Minority Older Adults Assessed in Four Languages. *Frontiers in Psychiatry*, 15(12), 579173. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.579173>
- Damasceno, R.F. & Silva, P.L.N. (2022). Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. *JMPHC Journal of Management & Primary Health Care*, 2018(9). <https://doi.org/10.14295/jmphc.v9i0.435>
- De-María, B., Topa, G., & López-González, M. A. (2024). Cultural Competence Interventions in European Healthcare: A Scoping Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(10), 1040. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101040>
- DiStefano, C., & Grant, B.M. (2014). A Comparison of Diagonal Weighted Least Squares Robust Estimation Techniques for Ordinal Data. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 21(3), 425-438. <https://doi.org/10.1080/10705511.2014.915373>
- Field, A. (2009). *Descobrimos a estatística usando o SPSS*. Artmed.
- Gouveia, E.A.H., Silva, R.O., & Pessoa, B.H.S. (2019). Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(1), 82-90. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>
- Hauck-Filho, N., Teixeira, M.A.P., Machado, W.L., & Bandeira, D.R. (2012). Marcadores reduzidos para a avaliação da personalidade em adolescentes. *Psico-USF*, 17(2), 253-261. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712012000200009>
- Henderson, S., Horne, M., Hills, R., & Kendall E. (2018). Cultural competence in healthcare in the community: A concept analysis. *Health and Social Care in the Community*, 26(4), 590-603. <https://doi.org/10.1111/hsc.12556>
- Lin, C., Lee, C., Huang, M. (2017). Cultural Competence of Healthcare Providers: A Systematic Review of Assessment Instruments. *Journal of Nursing Research*, 25, 174-186. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000153>
- Lin, M.H., Chang, T.H., Lee, Y.H., Wang, P.Y., Lin, L.H., & Hsu, H.C. (2019). Developing and validating the Nursing Cultural Competence Scale in Taiwan. *PLoS One*, 14(8), e0220944. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220944>
- Liu, J., Gill, E., & Li, S. (2021). Revisiting cultural competence. *The clinical teacher*, 18(2), 191-197. <https://doi.org/10.1111/tct.13269>
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P.J. (2019). Robust Promin: a method for diagonally weighted factor rotation. *Liberabit: Revista Peruana de Psicología*, 25(1), 99-106. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n1.08>
- McGregor, B., Belton, A., Henry, T.L., Wrenn, G., & Holden, K.B. (2019). Improving Behavioral Health Equity through Cultural Competence Training of Health Care Providers. *Ethnicity & Disease*, 13, 29 (Suppl 2), 359-364. <https://doi.org/10.18865/ed.29.S2.359>
- Oppedal, B., Keles, S., Cheah, C., & Røysamb, E. (2020). Culture competence and mental health across different immigrant and refugee groups. *BMC public health*, 20(1), 292. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8398-1>
- Pedrero, V., Bernaldes M., & Chepo M. (2019). *Escala de Medición Competencia Cultural (EMCC-14): Manual de Aplicación*. Universidad del Desarrollo.
- Pedrero, V., Bernaldes, M., Chepo, M., Manzi, J., Pérez, M., & Fernández P. (2020). Development of an instrument to measure the cultural competence of health care workers. *Revista de Saúde Pública*, 54(29). <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001695>
- Prosen, M., Kvas, A., Bošković, S., & Ličen S. (2021). Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the Slovenian version of the nurse professional competence scale. *BMC Nursing*, 11, 20(1), 142. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00664-6>
- Starfield B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; Ministério da Saúde.
- Rice, A. N., & Harris, S. C. (2021). Issues of cultural competence in mental health care. *Journal of the American Pharmacists Association*, 61(1), e65-e68. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2020.10.015>
- Sue, D.W., & Sue D. (2008). *Counseling the culturally diverse: theory and practice*. (5 ed.). John Wiley.
- Timmerman, M.E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality Assessment of Ordered Polytomous Items with Parallel Analysis. *Psychological Methods*, 16(2), 209-20. <https://doi.org/10.1037/a0023353>
- Zarzycka, D., Chrzan-Rodak, A., Bąk, J., Niedorys-Karczmarczyk, B., & Ślusarska B. (2020). Nurse Cultural Competence-cultural adaptation and validation of the Polish version of the Nurse Cultural Competence Scale and preliminary research results. *PLoS One*, 16, 15(10), e0240884. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240884>

recebido em março de 2023
aprovado em dezembro de 2024

Sobre os autores

Telmo Mota Ronzani é Professor Titular do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Pesquisador 1C CNPq.

Magda Dimenstein é Professora Titular do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Pesquisadora 1A CNPq.

João Paulo Macedo é Professor Associado do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Paraná. Pesquisador 2 CNPq.

Victor Pedrero é Professor da Faculdade de Enfermagem da Universidad Andrés Bello, Santiago-DF. Chile.

Como citar este artigo

Ronzani, T. M., Dimenstein, M., Macedo, J. P. & Pedrero, V. (2025). Tradução e Evidências de Validade da Escala de Competência Cultural (EMCC-14) entre Profissionais de Saúde Brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 24, e24727, 1-8. <http://doi.org/10.15689/ap.2025.24.e24727>