

Percepções e Atitudes de Psicoterapeutas diante de Relatos de Racismo Vivenciados por Pacientes Negras(os)

Thaíse Mendes Farias¹

¹Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

Denise Falcke²

²Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil

Fernanda Barcellos Serralta²

²Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil

Resumo: Estudos internacionais sobre manifestações racistas na clínica psicológica documentaram que pelo menos a metade das(os) profissionais agrediria racialmente as(os) pacientes. Questiona-se se psicólogas(os) psicoterapeutas brasileiros estariam preparadas(os) para lidar com as experiências de racismo vividas pelas pessoas negras e com o sofrimento decorrente dessas. O objetivo deste estudo é compreender se psicoterapeutas conseguem ou não reconhecer situações de racismo e de sofrimento racial e quais seriam as atitudes das(os) profissionais diante dessas ocorrências. A amostra foi composta por 163 psicoterapeutas que foram convidadas(os) a participar de uma tarefa *on-line*, em que as(os) participantes tiveram que responder “Sim” ou “Não” para a pergunta “Como terapeuta, você poderia dizer algo assim numa situação semelhante?”, diante de cenários simulados em que foram descritas partes de sessões de psicoterapia nas quais pacientes negras e negros relatavam experiências de racismo ou de sofrimentos decorrentes dessas situações para a/o psicoterapeuta e este dava uma resposta à demanda da(o) paciente. Às/Aos participantes foram distribuídas de forma aleatória respostas pertencentes a três grupos: neutra/assertiva, microagressiva e racista explícita. As respostas foram exploradas quantitativamente em termos percentuais. Também foram exploradas qualitativamente as elucidações sobre a tarefa proposta, com base na justificativa que apresentavam para agir ou não da forma apresentada. Os resultados demonstraram que um a cada três participantes poderia ter comportamentos racistas mais implícitos ou inconscientes e que o tipo de agressão (mais ou menos explícita) variou de acordo com o gênero da pessoa negra que estava sendo atendida no cenário simulado.

Palavras-chave: Psicologia Clínica, Psicoterapia, Saúde Mental, Microagressões Raciais, Racismo.

Perceptions and Attitudes of Psychotherapists Towards Reports of Racism Experienced by Black Patients

Abstract: International studies on racist manifestations in the psychological clinic have documented that at least half of professionals would racially attack their patients. This study questions whether Brazilian psychologists and psychotherapists would be prepared to address Black people's experiences of racism and the resulting suffering. This study aimed to understand whether psychotherapists can recognize situations of racism and racial suffering and what their attitudes in the face of these occurrences. The sample consisted of 163 psychotherapists who were invited to participate in an online task in which the participants had to answer “Yes” or “No” to the question “As a therapist, could you say something like that in a similar situation?” in the face of simulated scenarios in which parts of psychotherapy sessions were described in

which Black patients reported experiences of racism or suffering resulting from situations of racism to psychotherapists, who were then to respond to patients' demand. Participants were randomly assigned responses belonging to three groups: neutral/assertive, microaggressive, and explicitly racist. The responses were quantitatively explored in percentages. The elucidations about the proposed task were also qualitatively explored based on the justification they offered for acting or not in the described way. The results showed that one in three participants could have more implicit or unconscious racist behavior and that the type of aggression (more or less explicit) varied according to the gender of the Black person who was being treated in the simulated scenario.

Keywords: Clinical Psychology, Psychotherapy, Mental health, Racial Microaggressions, Racism.

Percepções e Atitudes dos Psicoterapeutas ante los Relatos de Racismo Experimentados por Pacientes Negras(os)

Resumen: Estudios internacionales sobre manifestaciones racistas en la clínica psicológica han documentado que al menos la mitad de los profesionales manifestarían conductas racialmente agresivas hacia los pacientes. Se cuestiona si los psicólogos psicoterapeutas brasileños estarían preparados para lidiar con las experiencias de racismo vividas por personas negras y con el sufrimiento resultante. El objetivo del presente estudio es comprender si los psicoterapeutas son capaces o no de reconocer situaciones de racismo y sufrimiento racial y cuáles serían las actitudes de los profesionales frente a esos hechos. La muestra estuvo compuesta por 163 psicoterapeutas que fueron invitados a participar en una tarea en línea, en la que los participantes debían responder "Sí" o "No" a la pregunta "Como terapeuta, ¿diría algo así en una situación similar?", ante escenarios simulados en los que se describían partes de sesiones de psicoterapia en las que pacientes negros relataban experiencias de racismo o sufrimientos derivados de situaciones de racismo al psicoterapeuta y este respondía a la demanda del paciente. A los participantes se les asignaron aleatoriamente respuestas pertenecientes a tres grupos: neutral/assertivo, microagresivo y racista explícito. Las respuestas se exploraron cuantitativamente en términos porcentuales. Las elucidaciones sobre la tarea propuesta también fueron exploradas cualitativamente, a partir de la justificación que los participantes presentaban para actuar o no de aquella manera. Los resultados mostraron que uno de cada tres participantes podría tener un comportamiento racista implícito o inconsciente y que el tipo de agresión (más o menos explícita) variaba según el género de la persona negra tratada en el escenario simulado.

Palabras clave: Psicología Clínica, Psicoterapia, Salud mental, Microagresiones Raciales, Racismo.

Este artigo é resultado de uma tese de doutorado que trata de explorar as percepções e atitudes de psicoterapeutas diante de situações de racismo e de sofrimento racial enfrentados por pacientes negras(os). Ao se ponderar que pessoas negras poderiam ser favorecidas com a psicoterapia, questiona-se se os profissionais da saúde estariam preparados para acolher as demandas das pessoas racialmente discriminadas, sobretudo no que diz respeito ao sofrimento decorrente das experiências individuais de racismo.

Nesse sentido, estudos evidenciam a falta de habilidade das(os) profissionais de saúde para lidar com questões raciais e salientam que, não raro, são essas e esses quem reproduzem racismo nas suas práticas (Tavares, Oliveira, & Lages, 2013).

Miranda (2013) focaliza que as diferenças raciais podem influenciar o relacionamento da díade paciente-terapeuta. Desse modo, a negação do racismo e suas dimensões por psicoterapeutas, a minimização de situações de racismo vivenciadas pelos pacientes, a

acusação de vitimização diante do sofrimento decorrente do racismo e o desprezo ou robusto desconhecimento dos contextos culturais e valores são exemplos de fatos que comumente aparecem como queixas nos depoimentos de pacientes que, ao buscarem a psicoterapia, deparam-se com a discriminação racial dentro dos consultórios. O racismo é um fenômeno presente em todos os espaços e que atravessa também a relação entre psicoterapeutas e clientes/pacientes, sendo a raça o marcador demográfico que mais causa incômodo e desconforto para os psicoterapeutas, quando o cliente/paciente é negro e a(o) profissional é branco (Chang & Berck, 2009).

Uma das formas de agressão sofrida pelas(os) pacientes negras e negros no contexto psicoterapêutico são as microagressões raciais, as quais são definidas como formas mais sutis de discriminação e de agressões raciais reproduzidas consciente ou inconscientemente (Sue et al., 2007). Nesse sentido, Sue et al. (2007) explicam que as microagressões referem-se aos insultos sutis, verbais, não verbais e/ou visuais direcionados a pessoas de grupos marginalizados, geralmente feitos de forma automática e/ou inconsciente, bem como às breves trocas diárias que enviam mensagens racistas a determinadas pessoas. Poderiam ser exemplificados por desprezos ou olhares, gestos e tons desdenhosos, ou outras trocas tão difundidas e automáticas nas conversas e interações diárias que geralmente são tomadas como sendo inofensivas. No entanto, são prejudiciais porque provocam sofrimento e podem causar adoecimento para as(os) destinatárias(os), sobretudo porque costumam ser sistematicamente experimentadas (Sue et al., 2007; Wong, Derthick, David, Saw, & Okazaki, 2014).

Para uma melhor compreensão do fenômeno, Sue et al. (2007) classificaram as microagressões em três tipos gerais: (1) os microinsultos, os quais são comportamentos verbais ou não, deliberados, com conteúdo racista – porém, não reconhecidos como racistas pelos perpetradores; (2) as microinvalidações, as quais versam sobre atitudes mais inconscientes que negam o preconceito e/ou a discriminação racial como fenômeno, ou seja, negam ou minimizam as experiências de racismo vividas pelas pessoas negras e o sofrimento decorrente dessas experiências; e (3) os microataques, os quais são comportamentos mais ostensivos, porém geralmente inconscientes, que depreciam alguém com base na sua herança racial.

Estudos internacionais prévios indicam que mais da metade dos clientes/pacientes vivenciam microagressões na psicoterapia, perpetradas por suas(seus) psicoterapeutas (Hook et al., 2016; Owen et al., 2018) – o que indica que a psicoterapia, a qual poderia ser uma forma de tratamento eficaz contra o racismo, não tem dado conta dessa demanda e, mais grave, talvez essa prática, nos moldes em que vem sendo comumente realizada, possa estar produzindo ainda mais sofrimento para a(o) cliente/paciente. As microagressões raciais predizem baixos *scores* na aliança de trabalho e na saúde mental (Okosi, 2018), bem como piores processos e resultados na terapia (Constantine, 2007; Hook et al., 2016; Owen et al., 2018) – o que informa a necessidade da pesquisa sobre o tema, visto que as microagressões têm influência no bem-estar geral das pessoas e podem levar a rupturas e iatrogenias na psicoterapia (Nadal, Griffin, Wong, Hamit, & Rasmus, 2014). É importante que as(os) profissionais saibam como evitar e também abordar essas situações, pois a presença de microagressões pode sugerir que o ambiente terapêutico não é emocionalmente seguro (Owen, Tao, Imel, Wampold, & Rodolfa, 2014).

Assim, para não perpetrar ou então reparar as microagressões perpetradas na psicoterapia, é necessário, em primeiro lugar, que as(os) psicoterapeutas saibam detectar, de uma forma geral, as situações de racismo (sejam elas sutis ou explícitas) e de sofrimento diante das experiências de racismo. No entanto, pode ser que alguns terapeutas não saibam identificar essas ocorrências (Mazzula & Nadal, 2015; Owen et al., 2018) e, por isso, agridam de forma explícita ou microagressiva seus pacientes/clientes.

Desse modo, o objetivo do presente estudo foi compreender se psicoterapeutas conseguem ou não reconhecer situações de racismo e de sofrimento racial e quais seriam as atitudes das(os) profissionais diante dessas ocorrências, bem como explorar as suas percepções no manejo das questões raciais com pacientes negras(os). Por fim, acredita-se que a investigação do fenômeno pode trazer importantes informações e profundas reflexões para orientar a prática psicoterapêutica com pessoas negras.

Método

Esse estudo foi delineado em uma abordagem quali-quantitativa, transversal e exploratória (Sampieri, Collado, & Lucio, 2013). Para se alcançar os objetivos descritos, foi utilizado um estudo

de simulação a partir de diferentes cenários, com delineamento composto por duas condições básicas: (1) reprodução de agressões raciais “ABC” e (2) gênero “HM”. A condição ABC foi organizada em 3 tipos (A=neutro/assertivo, B=microagressões raciais, C=racismo explícito) e a condição HM com 2 tipos (H=homem; M=mulher).

O recrutamento das(os) participantes se deu por meio da técnica bola de neve (Costa, 2018), a partir de mensagem disparadora na rede social WhatsApp, em grupos de psicólogas(os), de pesquisadores em Psicologia e de escolas e programas de pós-graduação em Psicologia. Na mensagem disparadora, elucidou-se que a pesquisa pretendia investigar as atitudes e experiências das(os) psicoterapeutas a respeito da psicoterapia com pacientes negras(os) e solicitou-se a participação de psicólogas(os) psicoterapeutas, bem como ajuda para divulgar a pesquisa, compartilhando com mais colegas da Psicologia. A pesquisa também foi divulgada nas redes sociais Facebook e Instagram da pesquisadora. A amostra, portanto, foi não probabilística por conveniência (acessibilidade).

Ao todo, 285 pessoas acessaram o estudo e o tamanho da amostra resultou em 163 participantes que responderam o instrumento do início até o fim. Participaram profissionais de quase todas as regionais do Conselho de Psicologia no país, dos seguintes estados: Rio Grande do Sul (95), Rio de Janeiro (18), São Paulo (15), Maranhão (6), Ceará (6), Pará (5), Paraná (5), Pernambuco (4), Minas Gerais (4), Santa Catarina (2), Amapá (1), Rondônia (1) e Espírito Santo (1).

Sobre a descrição da amostra de participantes que concluíram o questionário, cumpre destacar: (1) quanto ao gênero, 83,4% (n=136) se declararam mulheres cisgênero, 0,6% (n=1) mulher transgênero, 13,5% (n=22) homens cisgêneros, 2,5% (n=4) pessoas não-binárias; (2) quanto à raça/etnia, 79,8% (n=130) se declararam brancas(os), 14,7% (n=24) negras(os), 4,9% (n=8) especificaram se considerar “pardas(os)” e 0,6% (n=1) amarelo/asiático; (3) quanto à orientação sexual, 76,1% (n=124) se disseram heterossexuais, 11,7% (n=19) bissexuais, 11% (n=18) homossexuais, e 1,2% (n=2) especificaram se considerar “pansexual e demissexual”; (4) quanto ao estado civil, 40,5% (n=66) eram solteiras(os), 50,9% (n=83) casadas(os) ou em união estável, 7,4% (n=12) separadas(os) ou divorciadas(os) e 1,2% (n=2) viúvas(os); (5) quanto à religião, 30,7% (n=50) eram católicas(os), 10,4% (n=17) espíritas kardecistas, 4,3% (n=7) umbandistas ou de matriz africana, 3,1% (n=5)

evangélicas(os) neopentecostais, 2,4% (n=4) evangélicas(os) protestantes, 1,2% (n=2) judias, 0,6% (n=1) xamanista, 0,6% (n=1) santo daime, 38% (n=62) não tinham religião e 8,6 (n=14) eram ateias/ateus.

Quanto à escolaridade, 19% (n=31) tinham apenas graduação, 42,3% (n=69) eram especialistas, 27% (n=44) tinham concluído mestrado e 11,7% (n=19) tinham concluído doutorado; e, quanto à abordagem, 44,2% (n=72) são psicólogas(os) psicodinâmicas(os), 17,2% (n=28) cognitivo-comportamentalistas, 6,7% (n=11) sistêmicas(os), e 31,9% (n=52) de outras abordagens (Gestalt, Esquizoanálise, Psicodrama, Psicologia Analítica, Analítica-comportamental, Humanista, Histórico Cultural, Terapia Reichiana, entre outras). A maioria (87,7%; n=143) trabalha apenas em clínica privada, 7,4% (n=12) trabalham apenas no serviço público, 1,2% (n=2) apenas no terceiro setor, 2,4% (n=4) trabalham como profissionais liberais e também como servidores públicos e 1,2% (n=2) trabalham como prestadores de serviço em clínicas de terceiros. Sobre a clientela, 66,2% (n=108) atendem apenas adultas(os), 3,7% (n=6) apenas crianças e adolescentes e o restante (30,1%; n=49) não tem clientela específica.

A média de idade dos respondentes foi de 38,8 anos (dp=12,03) e a média do tempo de experiência profissional foi de 9,5 anos (dp=10,22). A média de pacientes negras(os) que cada participante atende atualmente é de 3,6 pessoas – sendo que, no mínimo, 19 afirmaram não atender nenhuma ou nenhum paciente negra(o) e, no máximo, dois afirmaram atender 30 pacientes negras(os) (dp=4,62).

Além do questionário de dados sociodemográficos, desenvolveu-se uma tarefa on-line na qual foi apresentada uma situação de cenário simulado em que foram descritas partes de uma sessão de psicoterapia em que pacientes negras e negros relatavam experiências de racismo ou de sofrimentos decorrentes de situações de racismo para a/o psicoterapeuta e este dava uma resposta à demanda do paciente. Os cenários foram construídos pela pesquisadora com base nas categorias de microagressões raciais no encontro da díade cliente negra(o)/terapeuta branca(o) identificadas por Constantine (2007). Dessas categorias, seis foram escolhidas: (1) cegueira racial, (2) minimização das questões culturais/considerações de tratamento ou recomendações culturalmente insensíveis, (3) identificação excessiva, (4) pressupostos estereotipados sobre membros de uma raça ou grupo étnico, (5) considerações de tratamento ou recomendações culturalmente

insensíveis, (6) idealização. As cenas também foram amparadas na experiência clínica da pesquisadora com pacientes negras(os), na literatura científica sobre microagressões raciais (Mazzula & Nadal, 2015; Owen et al., 2018), no estudo qualitativo prévio apresentado na Tese (Estudo 1), bem como a partir de estudo piloto (Farias, Falcke, & Serralta, 2022) realizado com 19 participantes de diferentes abordagens psicoterapêuticas (psicodinâmica, cognitivo-comportamentalista, sistêmica e gestáltica). Essas(es) participantes responderam à primeira versão da plataforma on-line com seis cenários, em que se traziam três situações de psicoterapia de pacientes mulheres negras e três de pacientes homens negros. Após a análise das respostas, as adequações para diminuir vieses de desejabilidade social (Almiro, 2017) foram realizadas e organizou-se uma nova versão da atividade, com linguagem mais direta e instruções mais detalhadas para a tarefa.

As(Os) participantes tiveram que responder “Sim” ou “Não” para a pergunta “Como terapeuta, você poderia dizer algo assim numa situação semelhante?”. Foi orientado que focassem no conteúdo da intervenção, independentemente da abordagem teórica de trabalho e das diferenças técnicas e de intervenção das suas abordagens. Foram distribuídas de forma aleatória às(aos) participantes uma entre três possíveis respostas – A, B ou C – em que “A” compreendia uma resposta neutra/assertiva, “B” uma resposta com conteúdo racista microagressivo (implícito e sutil) e “C” uma resposta com conteúdo racista explícito. Em seguida, as(os) participantes foram instruídas(os) a se colocar no lugar de terapeuta diante da situação. Assim, avaliaram se a resposta proposta seria ou não uma intervenção que fariam numa situação semelhante, conforme o desenho-modelo da Tabela 1:

Tabela 1

Classificação de microagressão racial conforme o modelo de identificação de microagressões raciais em grupo focal (Constantine, 2007). Por exemplo: CENA 1- Cegueira Racial	
Situação de racismo ou de sofrimento decorrente de situação de racismo relatada pelo paciente, por exemplo: “Paciente relata que ele e a esposa (casal de pessoas negras) foram ignorados num restaurante, permanecendo por muito tempo no hall de entrada sem que lhes oferecessem uma mesa. Passados 10 minutos, acabaram desistindo e indo embora. Ele se queixa que se sentiu humilhado, que percebeu que apenas havia pessoas brancas no estabelecimento e afirma ter sofrido racismo na ocasião.”	
Respostas à questão (exibidas de forma aleatorizada – A ou B ou C – na plataforma on-line)	Respostas e justificativas dos participantes
A – resposta neutra/assertiva (“Como terapeuta, você poderia dizer algo assim numa situação semelhante? Sim ou não?”), por exemplo: “Como você acha que é possível responder a outras situações racistas como essa?”	R. (pontuação na escala Likert)
B – resposta racista microagressiva (“Como terapeuta, você poderia dizer algo assim numa situação semelhante? Sim ou não?”), por exemplo: B - “Será que a razão para isso é mesmo sua raça?”	R. (pontuação na escala Likert)
C – resposta racista agressiva explícita (“Como terapeuta, você poderia dizer algo assim numa situação semelhante? Sim ou não?”), por exemplo: “Me parece que você está preso nessa postura de vítima, achando que tudo é racismo, não?”	R. (pontuação na escala Likert)

Foi deixado um espaço em branco para que as(os) respondentes elucidassem, se quisessem, suas respostas a essa atividade, a fim de possibilitar a codificação, análise, interpretação e comparação entre as respostas dos participantes, bem como evitando falsas respostas que poderiam enviesar o estudo (Almiro, 2017).

O intuito da escala e do espaço para elucidações também foi obter dados para explorar e analisar qualitativamente as respostas consideradas inadequadas no manejo com pacientes negras(os) da atividade proposta.

As(Os) respondentes puderam acessar o convite para o estudo por meio do Uniform Resource Locator

(URL)¹ e, após aceitarem o convite para participar, acessaram a pesquisa por meio de formulário eletrônico da plataforma de pesquisa. Nela, foram apresentados o tema e os objetivos da pesquisa e, na sequência, foram direcionados a responder ao instrumento de pesquisa.

O foco estatístico foi descritivo, posto que esse é um tema que ainda carece de estudos exploratórios e o objetivo era explorar as atitudes das(os) psicoterapeutas. Assim, a intenção não foi validar hipóteses de forma contundente e tampouco fazer generalizações, uma vez que se concluiu que, nesse momento, a atenção à qualidade dos dados poderia fornecer informações mais interessantes para compreender a realidade do tema das agressões raciais na psicoterapia.

A análise qualitativa das respostas foi realizada pela teoria fundamentada nos dados, buscando-se o significado implícito e a intencionalidade das ações no lugar das(os) participantes por meio de referencial teórico e interpretação focalizada dos dados (Dantas, Leite, Lima, & Stipp, 2009). O modelo de autoadministração foi aplicado, pois ele diminui o viés de desajustabilidade social em respostas a perguntas sobre atitudes raciais e, em pesquisas com esse tipo de tema, é comum que as pessoas adequem suas respostas às normas sociais, não refletindo como pensam e agem na realidade cotidiana (Krumpal, 2013).

Resultados e Discussão

Ao todo, 163 pessoas responderam aos questionários sociodemográficos e sobre a percepção do atendimento de pessoas negras, bem como aos seis cenários propostos para cada uma delas (Tabelas 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8). Do total de cenários apresentados às(aos) participantes (n=978), o total de incidência aleatória de resposta A (neutra/assertiva) foi 348 vezes, de resposta B (racionalmente agressiva mais implícita) foi de

324 vezes e de resposta C (racionalmente agressiva mais explícita) foi de 306 vezes. Dos cenários apresentados, cuja resposta sorteada foi A, em 70,1% (n=244) deles, as(os) participantes responderam “sim” para a resposta neutra/assertiva e, em 29,9% (n=104), responderam “não”. Dos que continham a resposta B, em 35,5% (n=115), as(os) participantes assinalaram “sim” para a resposta racionalmente migroagressiva e em 64,5% (n=209) responderam “não”. Já, para a resposta C, em 7,5% (n=23) responderam “sim” para a resposta racionalmente agressiva mais explícita e em 92,5% (n=283) responderam “não”.

Assim, pode-se constatar que 70,1% das(os) respondentes demonstraram concordância com as respostas neutras/assertivas as(os) pacientes, de acordo com suas respostas. No entanto, quando a proposta de resposta foi racionalmente agressiva mais implícita, 35,5% das(os) respondentes demonstraram concordância com a resposta racionalmente agressiva aos pacientes e, quando a proposta de resposta foi racionalmente agressiva mais explícita, 7,5% das(os) respondentes demonstraram concordância com a resposta racionalmente agressiva contra pacientes. Portanto, quanto mais agressiva era a resposta (resposta C), menos participantes indicaram respostas racistas e, quando a agressão racial era mais implícita ou sutil (situação B), mais participantes teriam respostas racistas. Em síntese, os resultados revelam que um a cada 13 psicoterapeutas participantes concordaram com comportamentos racistas explícitos contra pacientes e um a cada 3 concordaram com comportamentos racistas mais implícitos ou inconscientes.

Quando analisado por gênero da(do) paciente, a tabela abaixo elucida a incidência de resposta “A”, “B” e “C” para as cenas 1, 3 e 5 (situações em que o paciente é homem) e cenas 2, 4 e 6 (situações em que a paciente é mulher):

Tabela 2

“Como terapeuta, você poderia dizer algo assim numa situação semelhante? Sim ou não?”

	Total de incidência de respostas por gênero			
	Sim		Não	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher
Resposta A – neutra/assertiva	67,4% (118)	73,3% (126)	32,6% (43)	39% (61)
Resposta B – racionalmente microagressiva	20,6% (33)	50% (82)	79,4% (127)	50% (82)
Resposta C – racionalmente agressiva explícita	10,7% (18)	3,6% (5)	89,3% (150)	96,4%(133)

¹ Ver: <https://pt.surveymonkey.com/r/pesquisaempsicoterapia>

Percentualmente, pode-se inferir que 73,3% dos psicoterapeutas não agrediriam seus pacientes homens negros ou deram respostas socialmente desejáveis para hipotéticos pacientes com esse perfil, e 67,4% não agrediriam suas pacientes mulheres negras ou deram respostas socialmente desejáveis para hipotéticas pacientes com esse perfil – com base nas respostas neutras/assertivas (resposta A). No entanto, quando a proposta de resposta é racialmente agressiva mais implícita ou sutil (resposta B), as mulheres negras poderiam ser mais agredidas que os homens negros (50% e 20,6%, respectivamente), pois mais participantes demonstraram concordância com a resposta racialmente agressiva implícita contra as supostas pacientes negras. E, quando a proposta de resposta é racialmente agressiva, mais explícita (resposta C), homens negros poderiam ser mais agredidos, pois 10,7% dos respondentes demonstraram concordância com a resposta racialmente agressiva mais explícita diante dos pacientes homens negros, enquanto 3,6% demonstraram concordância com a resposta racialmente agressiva contra as pacientes mulheres negras.

Nesse sentido, existe diferença percentual entre agressões quando o paciente é homem ou mulher. Ao se analisar, a partir de comparação entre valores percentuais, no total de agressões racistas (implícitas “B” somadas a explícitas “C”), as mulheres seriam agredidas 86,5% mais que os homens no geral, ou seja: de acordo com a amostra deste estudo, haveria quase o dobro de possibilidade de uma mulher sofrer alguma agressão racista na psicoterapia em relação a um homem. Entretanto, quando olhamos para o tipo de agressão, nas agressões mais explícitas (C), os homens seriam mais agredidos que as mulheres (um aumento de 197,2% em comparação às mulheres) e, nas mais implícitas (B), as mulheres seriam mais agredidas que os homens (um aumento de 142,7% em comparação

aos homens). Nesse sentido, pode-se inferir que o tipo de agressão varia de acordo com o gênero, sendo que psicoterapeutas poderiam ter comportamentos racistas mais implícitos ou inconscientes contra as mulheres negras e mais explícitos contra homens negros – embora a chance de uma mulher ser agredida por sua ou seu psicoterapeuta seja maior no geral, como trazido acima.

A seguir, serão analisadas qualitativamente as declarações dos respondentes que elucidaram o porquê de suas respostas “sim” ou “não” na tarefa investigativa sobre atitudes (Tabelas 3, 4, 5, 6, 7 e 8). O critério de escolha das respostas, nesse estudo, deu-se pelas justificativas consideradas inadequadas à luz da teoria crítica da raça – a qual traz (1) a centralidade da raça e do racismo como historicamente estruturantes de outros modos de opressão e outras formas de subordinação (com base no gênero, classe, sexualidade etc.); (2) desafia a neutralidade racial e oportunidades iguais ao sustentar que essas afirmações camuflam as relações de poder; (3) preconiza que as pessoas racializadas são as especialistas da sua experiência de opressão e que suas narrativas contra-hegemônicas são legítimas apropriadas, (4) enfatiza a perspectiva transdisciplinar para analisar as opressões, levantando a necessidade de se compreender no contexto sócio histórico as questões psicológicas (Miranda, 2013; Simatele 2018; Yosso, Smith, Ceja, & Solórzano, 2009). Ainda, os estudos decoloniais (Dimenstein, Silva, Dantas, Leite, & Macedo, 2021; 2022) também amparam as interpretações dos dados obtidos por meio das respostas das(os) participantes, bem como os estudos prévios sobre microagressões raciais e competências multiculturais das(os) psicoterapeutas (Sue et al., 2007; Constantine, 2007; Sue, 2001, 2010; Hook, Davis, Owen, Worthington Jr., & Utsey, 2013; Miranda, 2013; Mazzula & Nadal, 2015; Simatele, 2018).

Tabela 3

CENA 1- Cegueira Racial
Situação: paciente relata que ele e a esposa (casal de pessoas negras) foram ignorados num restaurante, permanecendo por muito tempo no hall de entrada sem que lhes oferecessem uma mesa. Passados 10 minutos, acabaram desistindo e indo embora. Ele se queixa que se sentiu humilhado, que percebeu que apenas havia pessoas brancas no estabelecimento e afirma ter sofrido racismo na ocasião.
Respostas à questão com base em possíveis atitudes do terapeuta
A - “Como você acha que é possível responder a outras situações racistas como essa?”
B - “Será que a razão para isso é mesmo sua raça?”
C - “Me parece que você está preso nessa postura de vítima, achando que tudo é racismo, não?”

Ao todo, 124 participantes elucidaram suas respostas à Cena 1 (Cegueira Racial). A maioria dos respondentes validou a ocorrência de uma situação de racismo implícito na questão e, no mesmo sentido, validou a experiência de sofrimento do suposto paciente:

É notório que a paciente sofreu racismo, sobretudo numa sociedade desigual. Frente à raça e à classe, o racismo se dá alicerçado micropoliticamente em cada ato.

Nesta situação, é extremamente importante levar em consideração a percepção do casal e os sentimentos que surgiram. Até porque não é possível desconsiderar que vivemos numa sociedade machista e racista.

No entanto, 12 respostas foram consideradas problemáticas, cujos temas centrais se ilustram nas seguintes justificativas:

Acredito que foi pouco tempo de espera para dizer que foi racismo. E o texto não traz o tipo de restaurante, se de fato eles dão mesa de espera ou não.

Em relação à situação, não houve nenhuma menção à cor da pele na demora; não ficou claro se outros passaram na frente desta pessoa e se eram pessoas brancas.

Em situações assim, eu pediria para observar toda a situação. Algum outro cliente foi atendido antes, sendo branco? Você observou a qualidade do serviço do local? Os atendentes também são todos brancos? Enfim, tem muitas observações a serem feitas

Na exposição do caso, não fala nada sobre o restaurante ter passado pessoas brancas na frente do casal

negro na oferta ou preferência da mesa, o que me deixou intrigada sobre o fato de ele ter dito que se sentiu “humilhado”. Humilhado como e por quê?

A questão do racismo é tão enraizada que pode ser que o casal, por ver só pessoas brancas no restaurante, já associou ao fato da raça. E, dependendo do dia e do restaurante, é normal ficar aguardando por uma vaga.

Nesse sentido, algumas respostas invalidavam a experiência do paciente, duvidando que o fato tivesse sido uma cena de racismo, bem como o sentimento trazido pelo paciente (humilhação) diante da experiência. Ainda, a invalidação apareceu na forma de imposição de condições para o reconhecimento da experiência como uma situação racista – por exemplo, “passar pessoas brancas na frente da fila” como uma condição de reconhecimento (desconsiderando o fato de que a situação era sobre o paciente ter sido ignorado no ambiente), ou ainda, impondo como condição que todas as pessoas do ambiente, clientes e trabalhadores, fossem brancas para que houvesse uma situação de racismo – configurando microinvalidações (Sue et al., 2007). Também houve a imposição do racismo como um sintoma do paciente, como se, só pelo fato de ver pessoas brancas, o indivíduo negro já se sentisse ameaçado e pudesse perceber racismo onde não existe, conformando uma microinvalidação, bem como um microinsulto (Sue et al., 2007), na medida em que negou a experiência e, ao mesmo tempo, patologizou o suposto paciente em razão da sua raça (Constantine, 2007). Desse modo, as microagressões raciais por invalidação, por via da negação da experiência de racismo (Constantine, 2007), demarcam a ambivalência (Benedito & Fernandes, 2020) de algumas e alguns participantes diante da situação de racismo descrita.

Tabela 4

CENA 2- Minimização das questões culturais/Considerações de tratamento ou recomendações culturalmente insensíveis
Situação: a paciente, uma mulher negra, associa sua depressão à solidão. Relata que se sente muito sozinha e percebe ter dificuldade nas relações amorosas, que é muito tímida e tem dificuldade de confiar nas pessoas. Afirma que se sente preterida nos relacionamentos por ser negra e não quer ser “usada ou hiperssexualizada”, mas que gostaria muito de ter um namorado.
Respostas à questão com base em possíveis atitudes do terapeuta
A - “As mulheres negras historicamente têm sido tratadas como objeto; é difícil não se sentir vulnerável diante disso.”
B - “Você é uma negra bonita e talvez sua beleza intimide as pessoas.”
C - “Eu não tenho certeza se precisamos focar em raça para compreendermos sua depressão e solidão.”

Na Cena 2 (Tabela 4), 116 participantes elucidaram suas respostas. Boa parte reconheceu a “solidão da mulher negra” (Carrera & Carvalho, 2020; Pacheco, 2008; Souza, 2008;) como um fenômeno psicossocial que afeta a vida afetiva e sexual das mulheres negras, produzindo sofrimento para elas na medida em que o racismo impõe a objetificação dessas mulheres no campo dos afetos românticos. Também, a exotização da paciente (mulher negra bonita) na condição “B” foi reconhecida como uma microagressão:

Realmente, a mulher negra enfrenta a vida de maneira muito solitária e é vista de maneira sexualizada na nossa sociedade machista e racista. Compreenderia sua solidão e, baseado em interpretações da realidade social e do seu mundo interno, verificaríamos maneiras de se proteger.

Microagressões.... Realçar características de pessoas negras como algo “exótico”, “mas” bonito. Que chega a “assustar” as pessoas.

Em sentido oposto, foram detectadas oito respostas inadequadas, cujos conteúdos se expõem a seguir:

Como você julga estar sua autoestima de 0 a 10? (E, em caso de um número baixo), de que forma você pode melhorar isso, tendo em vista que a autoestima está intimamente ligada à capacidade, inclusive, de se comunicar com outras pessoas? Embora a afirmação seja verdadeira, eu não afirmaria que ser negra é um agravante. Buscaria melhorar a autoestima dela, empoderá-la, sem me fixar na cor da pele, já que mulheres brancas também têm essas queixas com frequência. As mulheres são objetivadas.

Entendo teu receio em começar a se relacionar com pessoas novas, ou até mesmo de poder confiar em alguém para iniciar uma relação. Mas lembre-se

que tu és uma mulher negra de uma beleza extraordinária, acredita na tua potência.

A meu ver, não há esse pensamento entre todos os homens.

Não falaria da raça, entraria na reflexão do quanto ela se afasta.

O foco teria que ser trabalhar sua autoestima e um possível autopreconceito.

A mulher com certeza tem sua beleza, mas, para o momento, ela quer ser acolhida, precisa trabalhar com a identidade dela para ela assumir sua própria beleza e não ficar presa à questão da raça, afinal é um ser humano igual aos demais e merece ser tratada com respeito.

A intimidação não tem nada a ver com a cor.

Uma abordagem que exclua a questão racial como um fenômeno que impacta a dinâmica relacional e que leve apenas em consideração a autoestima da paciente, ou/e que considere que ela sofre de “autopreconceito” pode ser considerada culturalmente insensível (Constantine, 2007; Sue, 2007). Assim como aquela que equipara excessivamente o sofrimento de mulheres brancas e negras, negando ou minimizando o racismo por suposta similaridade com a opressão de gênero experimentada também por mulheres brancas, mas, sem as interseções raciais, pode ser considerada microagressiva (Crenshaw, 1995; Constantine, 2007; Mazzula & Nadal, 2015; Sue, 2010). Ainda, a recomendação de que a paciente não fique “presa” à questão da raça para pensar as suas dores, além de não considerar o contexto cultural que impõe o racismo como uma condição de discriminação sofrida (Constantine, 2007; Sue, 2007), poderia revelar a negação do racismo como uma defesa psíquica do psicoterapeuta para não entrar em contato com os próprios preconceitos (Constantine, 2007; Reis Filho, 2005).

Tabela 5

CENA 3 - Identificação Excessiva

Situação: paciente relata que se sente muito aborrecido porque, por ser negro, as pessoas desconfiam dele, presumindo que ele seja alguém criminoso. Diz que seguidamente é perseguido por seguranças em estabelecimentos comerciais e que não são raras as vezes em que as pessoas atravessam a rua para não cruzar seu caminho, com medo de serem assaltadas. Fala que acredita que isso não aconteceria se ele fosse um homem branco.

Respostas à questão com base em possíveis atitudes do terapeuta

A - “Me solidarizo com seu sofrimento diante do preconceito e da discriminação que você sofre, é desumano ser tratado assim.”

B - “É possível para mim entender perfeitamente sua dor de ser um homem negro; pessoas brancas não passariam por isso e parece que você poderia se proteger mais cuidando melhor da sua aparência.”

C - “O preconceito atinge todas as pessoas, todos somos preconceituosos, em algum nível, e fico pensando o quanto você possa colaborar para passar essa imagem que não gosta para as pessoas...”

Na Cena 3 (Tabela 5), 117 participantes elucidaram suas respostas. Boa parte reconheceu o “pacto narcísico da branquitude” (Bento, 2022) como um fenômeno psicossocial que determina, para o grupo das pessoas brancas, um lugar de privilégio racial que se estende pela vida política, econômica, afetiva e também para a estética – solicitando a cumplicidade consciente ou não dos membros do grupo na manutenção dos seus privilégios (Bento, 2022; Schucman, 2018). Ainda, a orientação de “cuidar da aparência” também foi reconhecida como uma atuação racista que faz parte da dinâmica do branqueamento, o qual naturaliza a representação negativa da cultura negra, perpassando a estética racial dos indivíduos (Maia & Zamora, 2018; Silva, Feijo, Farias, & Poletto, 2020):

O acolhimento, no início, me parece pertinente, mas a culpa não é da aparência da pessoa negra, mas sim do racismo da branquitude, que associa a cor preta à marginalidade e outros absurdos.

Ao falar sobre a aparência, a psicóloga reafirma o lugar da pessoa negra na iconografia do inadequado ao universo branco.

No mesmo sentido, reconhecida por alguns participantes, a microagressão racial por via da identificação excessiva (Constantine, 2007; Mazzula & Nadal, 2015) na resposta “B”, em que a(o) suposta(o) terapeuta afirmava entender “perfeitamente” a dor do paciente. Ainda, a humildade cultural, enquanto capacidade da(o) psicoterapeuta em adotar uma postura mais horizontal, em que haja o máximo de ausência de superioridade na relação com uma pessoa pertencente a um grupo estigmatizado, sub-representado e/ou marginalizado (Davis et al., 2018; Mosher et al., 2017), apareceu na forma do reconhecimento de que revelar sua solidariedade frente ao paciente poderia ser interpretada como uma intervenção adequada:

Empatia e compaixão em relação ao sofrimento do paciente são muito importantes, mas também considero importante que eu, como mulher branca, me solidarize, deixando claro que compreendo que meu lugar de fala é outro e que tenho consciência do lugar privilegiado que ocupo na sociedade, para não feri-lo como se eu dissesse que minha vivência poderia ser parecida com a dele, quando obviamente não é.

Cabe a solidariedade com a dor do paciente em que, concordo, muitas vezes é rotulado por sua cor.

No que diz respeito às respostas inadequadas das(os) participantes, a questão trazida foi a que menos suscitou justificativas nesse sentido. Ao todo, seis respostas demandaram atenção. A questão abordou o sofrimento de um paciente negro em relação às representações sociais do homem negro disseminadas na sociedade e que definem para este o lugar do “suspeito, criminoso” (Paiva 2015). Entretanto, ela foi interpretada como um problema de socialização do paciente e levada para o viés da patologização do sofrimento decorrente das experiências de racismo (Tavares, 2021), quando, em nenhum momento, o suposto paciente afirma evitar a socialização ou sugere se proteger mudando sua aparência. Aliás, quem realiza essa afirmação de forma inadequada são os participantes que utilizam as seguintes justificativas à resposta “B”:

Até que ponto essa conduta interfere nas suas saídas de casa? A ponto de considerar não sair ou enviar ao máximo? Ou você está certo de que não deve evitar socializar em decorrência disto?

Eu compreenderia a necessidade que o paciente tem de se proteger e validar a frustração.

Ainda há a sugestão de que seria pertinente ver a situação “fora da cor de pele” do paciente, bem como “fora” do contexto do racismo, o que sugere microagressão por cegueira racial, ou seja, negação das diferenças raciais que determinam disparidades e injustiças para as pessoas negras (Constantine, 2007; Miranda, 2013; Sue et al., 2007). Também, a priorização da técnica em detrimento da intervenção – ao contrário do que foi orientado inicialmente – poderia sugerir microagressão por via da cegueira racial e negação do racismo como uma violência, como aparece nas elucidções das(os) participantes sobre respostas “C”:

Fortalecer a imagem do paciente fora da cor de sua pele.

Novamente, essas intervenções de contextualizar o racismo reforçam a violência e não tratam o paciente como um indivíduo com sentimentos,

medos, tristezas de quem sofre constantemente preconceito, discriminação e racismo.

Mesmo comentário do item anterior. Intervenção do terapeuta tecnicamente errada, independentemente do aspecto racismo.

Também, o discurso generalista “todas as vidas importam” mascara as disparidades raciais na

medida em que não reconhece que pessoas brancas não estão sujeitas a piores condições estruturais devido ao seu fenótipo e ascendência. Evidencia-se, assim, o mito da democracia racial, como uma crença na falsa premissa de que todos os grupos raciais vivem de forma harmônica e cordial e, nessa esteira, usufruem dos mesmos direitos (Melo & Schucman, 2022) na justificativa à resposta “A”: “*Todas as vidas são importantes!*”.

Tabela 6

CENA 4 - Pressupostos estereotipados sobre membros de uma raça ou grupo étnico
Situação: a paciente afirma que percebe que o terapeuta não consegue apreender o significado das suas experiências culturais e que isso tem feito pensar se ela quer ou não prosseguir com as sessões. Diz que tem sentido a necessidade de confrontar os preconceitos que percebe no terapeuta, mas tem medo de como isso pode impactar a relação.
Respostas à questão com base em possíveis atitudes do terapeuta
A - “Considero importante tratarmos as dificuldades de comunicação decorrentes dos meus preconceitos aqui. Você tem razão, é importante reconhecer que há uma diferença racial entre nós que repercute na nossa relação. Como você percebe isso?”
B - “Bem, você entende melhor do que eu dessas questões culturais, como posso aprender a te ajudar?”
C - “Não penso que vamos mal, mas acho que você está oferecendo resistência ao processo terapêutico. Vocês, negros têm dificuldades em serem confrontados e podemos conversar sobre isso.”

Na Cena 4 (Tabela 6), 111 participantes ilustraram suas respostas. Foi possível perceber que a questão mobilizou muito as(os) respondentes e, positivamente, várias(os) demonstraram humildade cultural (Davis et al., 2018; Mosher et al., 2017) ao salientarem que é importante, diante de pessoas negras, assumir os próprios preconceitos e compreender os privilégios estruturais – ou seja, políticos, sociais, econômicos, culturais, estéticos e afetivos que enaltecem a cultura branca (branquitude) sobre as demais (Almeida, 2019) – que poderiam atravessar a relação entre paciente e psicoterapeuta. Ainda, o reconhecimento das possíveis “falhas” diante do paciente e da diferença racial revela a compreensão da necessidade da não presunção de não ser racista por parte do profissional, bem como de não se colocar como imunizado ao racismo (Constantine, 2007), o que evidencia humildade cultural (Davis et al., 2018), sensibilidade cultural e consciência dos próprios pressupostos culturais e visão de mundo (Hook et al., 2016).

É importante que nós possamos reconhecer que, por fazer parte dessa estrutura social, também reproduziremos racismo. E nossas atitudes e intervenções devem ser questionadas, avaliadas

e, principalmente, devemos oferecer espaço de acolhimento para que pessoas negras possam pontuar como se sentem e de que forma a relação terapêutica os atravessa.

Esse reconhecimento do impacto da diferença racial por parte da terapeuta é crucial para mostrar ao cliente que está sendo criado um canal honesto de comunicação para que sejam expostos todos os desconfortos que o cliente pode vir a sentir pela dificuldade de compreensão do terapeuta e que nesse espaço terão segurança para discutirem os assuntos da maneira que precisam ser tratados.

Também, a autorresponsabilização de alguns respondentes a partir da assunção da necessidade de rever os próprios preconceitos, estudar mais sobre questões raciais e acolher o desejo partindo do paciente em ser atendido por um(a) profissional de sua raça evidencia a competência multicultural desses, ou seja, a capacidade de lidar mais habilmente com pessoas de grupos culturais diversos de si ou com pessoas de grupos estigmatizados, marginalizados e sub-representados (Sue, 2001; Hook et al., 2013):

Construir um espaço seguro para ouvir a experiência da paciente, inclusive em relação ao que ela percebe que são preconceitos da própria terapeuta, é de grande relevância no trabalho terapêutico. De fato, em tal situação, nenhum trabalho seria possível, sem que isso fosse feito. Mas também seria importante acolher um possível desejo de buscar um terapeuta que compreendesse melhor as suas experiências, afirmando sempre a disponibilidade em continuar acompanhando a paciente e aprendendo com ela sobre sua própria experiência.

Eu não sei como uma pessoa negra se sente, por tudo o que precisa passar todos os dias. Mas é tarefa minha adquirir um letramento racial para não desconsiderar ou mesmo minimizar o que ele me diz. E poderia trabalhar essa questão transferencial com ele, questionando se ele sente que um terapeuta branco não poderia escutar as suas dores.

Ainda foi reconhecida a agressão racial por suposto estereotipado sobre membro de uma raça ou grupo étnico (Constantine, 2007) na resposta “C”, onde foi apontada a conduta de suposição de um comportamento, norma ou característica existente com base na raça ou etnia da pessoa: “*Vocês, negros*” já mostra uma falha na escuta, ou seja, não se está escutando a pessoa na sua particularidade”.

Ao todo, 10 respostas preocupantes foram percebidas na Cena 4, cujos temas se ilustram a seguir. Algumas e alguns respondentes identificaram como uma conduta inadequada a assunção dos próprios preconceitos e, mais além, afirmaram que psicoterapeutas não podem tê-los:

Me pergunto como deve ser humilhante para a cliente/paciente ouvir do terapeuta afirmações como: “meus preconceitos e nossas diferenças...”

Terapeuta não pode ter preconceitos.

Isso revela onipotência que se traduz, na díade terapêutica, como carência na humildade cultural (Davis et al., 2018) – uma vez que todas as pessoas, inclusive as(os) psicólogas(os) têm preconceitos; no entanto, o psicoterapeuta tem o dever de trabalhar em si a habilidade de desconstruir o padrão normativo de experiência social dominante, questionando suas percepções sobre a verdade, sua posta imparcialidade

e sua noção de justiça (Miranda, 2013; Davis et al., 2018). Também, algumas e alguns participantes sugeriram transferir para o paciente a responsabilidade de ensinar como tratá-lo, demonstrando ver o racismo como “um problema dos negros” e se desresponsabilizando por aprofundar seus conhecimentos nas questões raciais (Schucman, 2016).

Outros recomendaram como conduta aconselhar ao paciente negro procurar um(a) profissional da sua raça e, no mesmo sentido, algumas e alguns achavam que seria conveniente o encaminhamento, por causa de raça do paciente, a uma(o) psicoterapeuta negra(o):

O terapeuta acolheu o paciente, mas talvez perguntar se ele se sentiria mais confortável com um terapeuta negro e se gostaria de uma indicação pode ser uma abordagem melhor.

O ideal seria ajudar o paciente a encontrar um profissional, preferencialmente negro, com quem o paciente tivesse maior identificação e fosse mais capacitado para acolher as queixas do paciente.

Acho que pode perguntar ao paciente se prefere ser atendido por alguém com quem se sinta mais confortável e que esteja mais preparado para lidar com demandas, ou mesmo se sente confortável em passar por situações em que o terapeuta pode não conhecer e questionar para aprender mais.

Esses tipos de condutas das(os) psicoterapeutas reforçam o racismo estrutural (Almeida, 2019) e são a própria reprodução da discriminação racial implícita dissimulada numa sutil afirmação: “eu não trabalho com as questões étnico-raciais” (Kilomba, 2020). Essas sugestões também são uma forma de não escuta e revelam desconforto cultural, o qual pode ser compreendido como uma incapacidade da(o) profissional em se sentir confortável diante das diferenças culturais (Davis et al., 2018; Miranda, 2013). Além disso, a congruência racial na díade psicoterapeuta-paciente não necessariamente é algo que garanta sucessos no processo e resultado da terapia, pois pessoas negras podem experimentar microagressões raciais em qualquer díade terapêutica, independentemente da etnia ou raça da(o) psicoterapeuta (Owen et al., 2011). Portanto, a mudança de psicoterapeuta, no caso específico de ser a questão racial o motivo principal de queixa, deveria partir da(o) paciente – e não da(o)

profissional – uma vez que o aumento da percepção do conforto cultural da(o) psicoterapeuta pela(o) cliente/paciente prediz diminuições no sofrimento psicológico (Bartholomew et al., 2021).

Ainda, percebe-se a vitimização de participante diante da proposta da pesquisa: “A situação e a resposta ventilada são irreais, estereotipando terapeutas como racistas” – o que parece evidenciar uma estratégia de desresponsabilização diante do próprio

racismo internalizado a partir da adoção de uma postura de vítima (Schucman, 2016). Isso ocorre porque, para algumas pessoas, reconhecer e discutir os próprios preconceitos raciais gera sentimentos de desconforto, angústia, vergonha, culpa, raiva e medo – uma vez que é doloroso e sofrido reconhecer que parte de sua identidade, história e memória está fundamentada em atos violentos (Meireles, Feldmann, Cantares, Nogueira, & Guzzo, 2019; Schucman, 2014).

Tabela 7

CENA 5 - Considerações de tratamento ou recomendações culturalmente insensíveis
Situação: o paciente, homem negro, conta que, toda sua vida, somente namorou mulheres brancas. Refere isso como uma “questão de gosto”. Afirma que não se sente atraído por mulheres da sua raça e as percebe como mulheres enérgicas, barraqueiras e agressivas, enquanto vê nas mulheres loiras e claras pessoas mais delicadas, dóceis e educadas.
Respostas à questão com base em possíveis atitudes do terapeuta
A - “Será que essa preferência por mulheres brancas e visão negativa das mulheres negras pode ter alguma relação com sua própria dor de sofrer racismo?”
B - “Percebo que você tem a raça como componente para escolher suas parceiras afetivas, mas amor não tem cor.”
C - “Você está tendo uma visão generalista sobre todas as mulheres negras e está sendo ainda mais racista que os próprios brancos.”

Na *Cena 5* (Tabela 7), 114 participantes explicaram suas respostas. Muitos reconheceram a dimensão social da construção dos afetos românticos e sexuais, a qual motiva que raça, gênero e classe moldam a forma como pensamos, sentimos e escolhemos nossas e nossos parceiros e se tornam determinantes de “desigualdades e hierarquias no mercado do amor”, sendo as mulheres negras as mais prejudicadas nessas dinâmicas afetivas e relacionais – preteridas, inclusive, pelos homens negros (Jardim & Paoliello, 2022). Esse preterimento está atravessado pelas representações sociais do “ser negro” e do “ser branco”, em que atributos físicos são tomados também como atributos morais, determinando, na sociedade racializada, características negativas e estigmas para pessoas negras – tais como pobres, sujas, feias, agressivas, grosseiras, pouco confiáveis, criminosas, prostituídas, ignorantes, loucas – e características positivas para pessoas brancas – tais como limpas, bonitas, sensíveis, inocentes, confiáveis, amáveis, inteligentes, equilibradas etc. (Nogueira, 2016). Esse “ideal de brancura” que determina o sujeito branco como um modelo de identificação normativo-estruturante, como um modelo de “conformação psíquica” para todas as pessoas, inclusive as negras (Carrijo & Martins, 2020; Nogueira,

2016), também foi reconhecido por algumas e alguns respondentes. Ainda foi levantada a “colonização do desejo” como um sintoma psicossocial que impõe ao negro o desejo pelo branco a partir da construção da ideia de que o corpo negro é algo a ser usado e não respeitado e afeiçoado, prescindindo da condição de sujeito – ao contrário do branco (Viana, 2019):

Acredito que aqui a questão é mais complexa do que apenas um “gosto pessoal” do paciente. Sua colocação tudo tem a ver com o racismo estrutural que também o atinge, o que o faz perceber mulheres negras como inferiores às mulheres brancas. Minha intervenção aqui seria poder investigar melhor o porquê de ele pensar que mulheres negras são enérgicas, barraqueiras e agressivas, e por que para ele, mulheres brancas são delicadas, dóceis e educadas, ajudando-o a perceber que existe um componente racista importante que atravessa as suas escolhas amorosas.

Acho que faltou marcar essa fala do paciente como uma construção racista para provocá-lo a pensar sobre a ideia que ele tem das mulheres negras e

entender que a mulher loira de olhos claros é uma construção social de mulher desejada (desde as bonecas vendidas na infância).

Existem outros fatores que não só a dor, mas por ter internalizado o racismo e realmente acreditar que mulheres não são pessoas passíveis de receber amor. Neste caso, a pessoa vai precisar conversar muito sobre como seu desejo foi colonizado.

Ainda foi reconhecida a impossibilidade de uma pessoa negra ser racista (embora possa reproduzir o racismo), haja vista que esse grupo não se beneficia estruturalmente com o racismo (Almeida, 2019). Ou seja, houve a compreensão de que pessoas negras, enquanto indivíduos, podem ter vantagens circunstanciais frente a outras pessoas do mesmo grupo ou de outros grupos étnicos e raciais – mas, social, política e economicamente – em nível estrutural, portanto – o racismo privilegia apenas o grupo dos brancos (Schucman, 2018):

Eu não diria que ele está sendo mais racista que os brancos, mas o questionário sobre o quanto sua percepção poderia estar ligada a um racismo estrutural.

A fala sobre a generalização da mulher negra como um estereótipo faz sentido, porém não cabe dizer que ele está sendo muito mais racista que os brancos, pois não existe socialmente essa possibilidade enquanto uma pessoa negra.

Por outro lado, foram identificadas 10 respostas que requerem atenção, entre elas:

Amor não tem cor, gênero ou qualquer coisa parecida.

Preconceito também não tem cor.

É nítido que o paciente é racista e talvez precise compreender isso.

O contexto da fala precisa ser compreendido na dinâmica da vida daquela pessoa. O recorte aqui proposto é um fator complicador. Acredito que existem aspectos relativos ao gosto de cada um; senão, brancos só podem estar com brancos e negros somente com negros.

Intervenções que não reconheçam a “cor do amor”, a qual não é “negra” numa sociedade racista (como acima exposto), reforçam o racismo estrutural, bem como podem reforçar o sintoma do paciente que, em negação e tentando manter certa integridade psíquica e intersubjetiva por identificação com a branquitude, está alienado da sua condição de opressão e reproduzindo racismo (Conselho Federal de Psicologia, 2017). Ainda, o ataque contra o paciente (Constantine, 2007; Sue et al., 2007), chamando-o de “racista”, revela desconhecimento das dimensões estruturais do racismo (Almeida, 2019) e responsabiliza as vítimas de racismo pela condição de opressão e violências sofridas, como se o racismo fosse um “problema de negros” e a branquitude estivesse excluída da dinâmica política, social, econômica, cultural, estética e relacional que a privilegia (Bento, 2022).

Tabela 8

CENA 6 – Idealização

Situação: a paciente relata sua experiência como estudante universitária do curso de Direito. Agora, no fim do curso, está ficando ansiosa para fazer um excelente trabalho de conclusão, mas tem a impressão de que não vai conseguir fazer um bom trabalho e não entende a razão desse sentimento, pois sempre teve um ótimo desempenho acadêmico e está bem adiantada nas tarefas, inclusive nem “dá trabalho” ao orientador.

Respostas à questão com base em possíveis atitudes do terapeuta

A - “Você é muito esforçada e isso não é gratuito; a sociedade relega ao negro posições de baixo prestígio. Mas você não precisa estar sozinha, saber pedir ajuda é importante e não tira de você a força e a independência.”

B - “Será que sua impressão de não conseguir fazer um bom trabalho se deva à estranheza de que o lugar de sucesso pertença a você, uma vez que ao negro é relegado um lugar nas ocupações de baixo prestígio? Você é forte, todas as pessoas negras são. Chegou até aqui e vai fazer um bom trabalho.”

C - “Tenho certeza de que você pode lidar com esse problema, pois você é uma negra forte.”

Na Cena 6 (Tabela 8), 112 respondentes trouxeram considerações para suas respostas. Grande parte das(os) participantes reconheceu a “ansiedade de desempenho” como algo que atinge, em geral, as pessoas negras e que aparece na questão proposta. Nogueira (2021) elucida que é comum que pessoas negras experimentem o sentimento de não serem suficientemente “boas” nas funções sociais assumidas e, na tentativa de se humanizarem numa estrutura social e em dinâmicas relacionais que as desumanizam, busquem ser as “melhores” e as mais “exemplares” – lançando-se de forma consciente ou não na tarefa de serem perfeitas: melhor aluna(o), melhor trabalhador(a), mais agradável, mais bonita(o) etc. Isso, sem dúvida, pode gerar angústia, ansiedade, frustração, melancolia, culpa, vergonha, esgotamento, entre outros sentimentos e sensações negativos (Nogueira, 2021). Nesse sentido, destacam-se as seguintes justificativas apresentadas:

Fora legitimar o lugar de ser forte, no mais considero oportuno como intervenção. O lugar de ser forte muitas vezes faz com que o sujeito negro ocupe lugares e posições adoecedoras nas relações, não reconhecendo-se limites e evitando solicitar ajuda, ou, nesse caso, orientação, para “não dar trabalho”. Quando, na verdade, não se trata de dar trabalho ou não, é um direito ser orientada na condição de estudante.

Indivíduos negros, por uma pressão social, podem se sentir pressionados a realizar um trabalho que sempre precisa garantir que o seu acesso naquele espaço “vale a pena”.

Nessa esteira, também foi demonstrada pelas(os) respondentes a compreensão de que “negra forte” é uma visão estereotipada das mulheres negras com base na sua raça (Constantine 2007) e configura um microinsulto racial (Sue et al., 2007). A ideia generalizada de que mulheres negras são “fortes” física, psicológica e socialmente é reconhecida como uma herança da escravidão que desumaniza, impactando a saúde física e mental das mulheres negras, bem como criando a ideia de mulheres negras como “sobreviventes”, “mártires”, que suportam as diversas violências que lhes são impostas (Candido & Feres, 2019).

Esse estereótipo da mulher negra forte é racista e desumaniza as mulheres.

Não sei muito bem quanto ao “você é forte, todas as pessoas negras são”. Teria medo de soar racista e vir questionamentos, como: “por que todo negro é forte? Só porque fomos escravizados?” Já ouvi discurso parecido.

Também foi reconhecida a ocorrência de microinsulto racial (Sue et al., 2007) a partir da atribuição de status especial/exclusivo com base na raça da suposta paciente, ao ser levantada a problematização de que a necessidade de especificação do sujeito negro é, muitas vezes, baseada no entendimento de que características e comportamentos positivos estão atipicamente presentes em uma pessoa, com base na sua raça (Constantine, 2007):

Difícilmente um adjetivo vinculado à palavra “negro”, como “negro bonito”, “negro forte”, “negro inteligente”, será adequado, pois a necessidade de especificar que é uma pessoa negra parece deixar implícita uma separação entre, por exemplo, “negras bonitas” e, simplesmente, pessoas bonitas. Além disso, não cabe ao terapeuta determinar que problemas são grandes ou pequenos para seu paciente.

Em meio a várias respostas apropriadas, a cena 6 foi aquela em que mais apareceram respostas impróprias. Foram detectadas 18 respostas inadequadas, ilustradas pela discordância com a resposta A (neutra/assertiva):

Acho complicado atrelar as questões de raça sem que a paciente traga isso com uma demanda

A resposta não parece fazer sentido com a questão-problema. A não ser que a raça tenha sido algo relevante durante o tratamento dessa paciente. Mas aqui parece fora de contexto.

Assim como pela concordância com a resposta B (agressão implícita):

Já falei exatamente isso para alguns clientes!

Corresponde à realidade e incentivava.

Se isso tivesse sido de alguma forma na terapia, seria muito assertivo. Caso não, teríamos que

ver os traços de uma história de dominação da nossa cultura.

Resposta adequada e com reforço positivo, levando o paciente a buscar seu valor e tomar posse de quem ela realmente é.

Ou ainda pela justificativa apresentada para a discordância com a resposta C (agressão explícita):

Não sei como a questão da negritude se deu nessa relação terapêutica. Mas, apenas pela frase, a questão de ela ser negra não foi demanda da paciente. Se, caso viesse a questão de ela ser negra associada ao medo e insegurança com o final do curso, algo poderia ser dito.

Nada tem a ver com ser negra ou branca, essa é uma fantasia dela como sujeito....

Embora seja uma atuação racista pressupor que um comportamento, norma ou característica existe com base na raça de alguém (Constantine, 2007) – como aparece na proposta nas respostas “B” e “C”, onde o estereótipo da “negra forte” é levantado de forma inadequada pelo suposto profissional –, uma abordagem que não mencione a “raça” como uma possível causa de sofrimento e não propicie a reflexão à paciente sobre sua “raça”, pode ir ao encontro da relutância das(os) profissionais em abordarem as questões raciais com seus pacientes (Chang & Berck, 2009; Knight, 2013; Morgan, 2008). Nesse sentido, refere-se à microagressão por minimização das questões raciais que envolvem pessoas negras e que são fonte de sofrimento, bem como podem acabar se traduzindo em considerações de tratamento e recomendações culturalmente insensíveis (Constantine, 2007), com aquela que atribui a ansiedade de desempenho apenas às “fantasias da paciente” ou as que excluem a raça da compreensão sobre o sujeito racializado.

Assim, é necessário compreender que as categorias raciais são construções sociopolíticas e não um fato biológico (Munanga, 2004) e, desse modo, não podem ser abordadas como construções psicológicas em si mesmas, já que a raça atribuída a alguém influencia sua socialização como membro de uma comunidade em que a branquitude é dominante, influenciando a trajetória, as experiências a que está exposta(o) e a psicologia do sujeito como um todo,

não somente quando sofre ataques racistas. Ou seja: não dá para “separar” o sujeito e sua raça, uma vez que ela molda as percepções, reações afetivas e comportamentos dos outros em relação ao “eu” racializado e vice-versa dentro do contexto social (Chang & Berck, 2009; Collins, 2016; Conselho Federal de Psicologia, 2017).

Além disso, uma das queixas recorrentes dos pacientes é que não se sentem confortáveis para falar sobre racismo com seus terapeutas porque não sentem que esses, sobretudo brancas(os), compreendem seu sofrimento (Chang & Yoon, 2011; Williamson, 2014). No que tange às questões raciais, portanto, é importante que a(o) terapeuta crie um ambiente seguro e proporcione o aparecimento da demanda racial, ou busque essa demanda e guie a(o) paciente no reconhecimento da sua condição racial (Chang & Berck, 2009; Knight, 2013). Assim, esperar que parta de a paciente trazer a questão racial como um lugar de desconforto parece não ser uma postura adequada de compreensão do seu contexto psicossocial.

Considerações finais

Este estudo enfatizou que, pelo menos em parte, a razão pela qual agressões raciais – sobretudo as mais sutis e implícitas – ficam sem resposta é porque não são reconhecidas por algumas e alguns profissionais. Nesse sentido, levantou-se o questionamento do quanto os psicoterapeutas estariam preparados ou não para acolher as demandas das pessoas racialmente discriminadas já que algumas e alguns participantes reproduziram atitudes racistas na situação descrita nos cenários apresentados. Ainda que a maioria das(os) participantes do presente estudo tenha demonstrado que não agrediriam seus pacientes, ou pelo menos deram uma resposta socialmente desejável para os cenários apresentados, é muito grave constatar que um em cada 13 psicoterapeutas demonstraram concordância com atitudes racistas explícitas contra pacientes e um em cada 3 concordaram com manifestações racistas mais implícitas.

Assim, infere-se que é necessário um olhar crítico sobre a atuação das(os) psicólogas(os) psicoterapeutas no campo das relações étnico-raciais, tanto em serviços públicos quanto privados de saúde. Ainda foi possível explorar combinações que levaram em conta a raça interseccionada com o gênero, demonstrando haver uma questão importante a ser explorada no futuro, uma vez que, neste estudo, as agressões raciais

em geral e as microagressões apareceram em maior número contra pacientes mulheres negras. Talvez as agressões raciais mais sutis e implícitas, quando há interseccionalidades, sejam tão normalizadas na sociedade e na experiência profissional das(os) psicoterapeutas que nem se reconhece que tais incidentes influenciam o cuidado, a saúde mental, a autoestima e outros fatores.

Também foi possível deduzir que pesquisas futuras poderão explorar combinações que levem em conta a raça e o gênero em díades de relacionamento psicoterapêutico (mesma raça ou não, mesmo gênero ou não), uma vez que a maioria dos psicoterapeutas que responderam à pesquisa são mulheres brancas, refletindo a realidade brasileira de que a maioria das(os) profissionais de Psicologia são desse grupo racial de gênero (Conselho Federal de Psicologia, 2013). E, nesse sentido, talvez fosse importante refletir se a congruência racial entre terapeuta e paciente seria ou não um fator protetivo contra a ocorrência de agressões raciais na psicoterapia, o que fica como sugestão para futuras investigações.

O estudo utilizou atribuição aleatória das respostas neutras/assertivas, microagressivas e explicitamente

racistas; entretanto, as(os) participantes não receberam a condição de aleatorização por blocos, em que apenas um grupo respondesse por um único tipo de respostas (um grupo para A, outro para B e outro para C); e isso não permitiu uma comparação entre os grupos. A razão para esta escolha foi que, no estudo piloto (Farias et al., 2022), foi possível observar que a aleatorização das respostas – e não das(os) participantes – às cenas propostas propiciou que cada um respondesse, descontinuadamente, às respostas propostas – e isso pareceu diminuir o enviesamento do estudo pela desejabilidade social. Além disso, a randomização por blocos poderia expor algumas e alguns respondentes a mais desconforto do que outras(os), o que seria antiético, tendo em conta que a aleatorização na alocação das(os) participantes em grupos de controle não pode ser omitida (Francisconi & Goldin, 2002) e, no entanto, a revelação dessa condição poderia enviesar os dados deste estudo (Krumpal, 2013). Desse modo, o presente estudo oferece uma importante contribuição para o campo relacionado à detecção de microagressões raciais na psicoterapia; no entanto, os resultados devem ser interpretados dentro do contexto dos pontos fortes metodológicos e das fraquezas.

Referências

- Almeida, S. L. (2019). *O que é racismo estrutural?* Pólen.
- Almiro, P. A. (2017). Uma nota sobre a desejabilidade social e o enviesamento de respostas. *Avaliação Psicológica*, 16(3). <https://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1603.ed>
- Bartholomew, T. T., Pérez-Rojas, A. E., Lockard, A. J., Joy, E. E., Robbins, K. A., Kang, E., & Maldonado-Aguiñiga, S. (2021). Therapists' cultural comfort and clients' distress: An initial exploration. *Psychotherapy*, 58(2), 275-281. <https://doi.org/10.1037/pst0000331>
- Benedito, M. S., & Fernandes, M. I. A. (2020). Psicologia e Racismo: as Heranças da Clínica Psicológica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40(n.spe), 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003229997>
- Bento, C. (2022). *O pacto da branquitude*. Companhia das Letras.
- Candido, M. R., & Feres, J. (2019). Representação e estereótipos de mulheres negras no cinema brasileiro. *Revista Estudos Feministas*, 27(2), e54549. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n254549>
- Carrera, E., & Carvalho, D. (2020). Algoritmos racistas: a hiper-ritualização da solidão da mulher negra em bancos de imagens digitais. *Galáxia*, (43), 99-114. <https://doi.org/10.1590/1982-25532020141614>
- Carrijo, C., & Martins, P. A. (2020). A violência doméstica e racismo contra mulheres negras. *Revista Estudos Feministas*, 28(2), e60721. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n260721>
- Chang, D. F., & Berk, A. (2009). Making cross-racial therapy work: A phenomenological study of clients' experiences of cross-racial therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 56(4), 521-536. <https://doi.org/10.1037/a0016905>
- Chang, D. F., & Yoon, P. (2011). Ethnic minority clients' perceptions of the significance of race in cross-racial therapy relationships. *Psychotherapy research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 21(5), 567-582. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.592549>

- Collins, P. H. (2016). Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro. *Sociedade e Estado*, 31(1), 99-127. <http://www.scielo.br/pdf/se/v31n1/0102-6992-se-31-01-00099.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia. (2013). *Quem são as psicólogas brasileiras?* <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Uma-profissao-de-muitas-e-diferentes-mulheres-resultado-preliminar-da-pesquisa-2012.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia. (2017). *Relações raciais: referências técnicas para a prática da(o) psicóloga(o)*. <https://site.cfp.org.br/publicacao/relacoes-raciais-referencias-tecnicas-para-pratica-dao-psicologia/>
- Constantine, M. G. (2007). Racial microaggressions against African American clients in cross-racial counseling relationships. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 1-16. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.1>
- Costa, B. R. L. (2018). Bola de neve virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. *Revista Interdisciplinar de Gestão Social*, 7(1). <https://periodicos.ufba.br/index.php/rigs/article/view/24649>
- Crenshaw, W. K. (1995). *Critical race theory: The key writings that formed the movement*. The New Press.
- Dantas, C. C., Leite, J. L., Lima, S. B. S., & Stipp, M. A. C. (2009). Teoria fundamentada nos dados – aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(4), 573-579. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000400021>
- Davis, D. E., DeBlaere, C., Owen, J., Hook, J. N., Rivera, D. P., Choe, E., & Placeres, V. (2018). The multicultural orientation framework: A narrative review. *Psychotherapy*, 55(1), 89-100. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000160>
- Dimenstein, M., Silva, G. N., Dantas, C., Leite, J., & Macedo, J. P. (2021). A presença dos estudos pós-coloniais e decoloniais na pós-graduação em psicologia no Brasil. *Psicologia Argumento*, 39(105), 689-713. <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/27513>
- Dimenstein, M., Silva, G. N., Dantas, C., Leite, J., & Macedo, J. P. (2022). Produção de conhecimento, psicologia e pensamento colonial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 74(1), e011. <https://revistas.ufrj.br/index.php/abp/article/view/55388>
- Farias, T. M.; Falcke, D., & Serralta, F. B. (2022). Percepções e atitudes dos psicoterapeutas sobre pacientes negros: estudo piloto para avaliação da desejabilidade social. *Research, Society and Development*, 11(14). <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36656>
- Francisconi, C. F., & Goldim, J. R. (2002). Termo de consentimento informado para pesquisa: auxílio para a sua estruturação. UFRGS. <http://pesquisaeducacaoufrgs.pbworks.com/w/file/52157832/Aux%C3%ADlio%20para%20elabora%C3%A7%C3%A3o%20de%20um%20consentimento%20informado.pdf>
- Hook, J. N., Davis, D. E., Owen, J., Worthington Jr., E. L., & Utsey, S. O. (2013). Cultural humility: Measuring openness to culturally diverse clients. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), 353-366. <https://doi.org/10.1037/a0032595>
- Hook, J. N., Farrell, J. E., Davis, D. E., DeBlaere, C., Van Tongeren, D. R., & Utsey, S. O. (2016). Cultural humility and racial microaggressions in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 63(3), 269-277. <https://doi.org/10.1037/cou0000114>
- Jardim, M. C., & Paoliello, R. M. (2022). Abandono, solidão e desistência do amor: o racismo como elemento excluído de mulheres pretas no mercado do afeto. *Revista Tomo*, (41), 87-126. <https://doi.org/10.21669/tomo.vi41.17483>
- Kilomba, G. (2020). *Memórias da Plantação: Episódios de racismo cotidiano*. Cogobó.
- Knight, Z. G. (2013). Black client, white therapist: working with race in psychoanalytic psychotherapy in South Africa. *The International journal of psycho-analysis*, 94(1), 17-31. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12034>
- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review. *Quality & Quantity*, 47, 2025-2047. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9640-9>
- Maia, K. S., & Zamora, M. H. N. (2018). O Brasil e a lógica racial: do branqueamento à produção de subjetividade do racismo. *Psicologia Clínica*, 30(2), 265-286. <https://www.redalyc.org/journal/2910/291057852005/291057852005.pdf>
- Mazzula, S. L., & Nadal, K. L. (2015). Racial microaggressions, Whiteness, and feminist therapy. *Women & Therapy*, 38(3-4), 308-326. <https://doi.org/10.1080/02703149.2015.1059214>
- Meireles, J., Feldmann, M., Cantares, T. S., Nogueira, S. G., & Guzzo, R. S. L. (2019). Psicólogas brancas e relações étnico-raciais: em busca de formação crítica sobre a branquitude. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 14(3), 1-15. http://www.seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/e3181


- Melo, W. C., & Schucman, L. V. (2022). Mérito e mito da democracia racial. *Revista Espaço Acadêmico*, 21, 14-23. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/59991>
- Miranda, K. (2013). Racial microaggressions and the therapeutic encounter: a qualitative study on the exploration of the intersection in a cross-racial dyad with white clinicians and clients who are second generation asian and latina american women of color [Tese de Doutorado, University of Pennsylvania]. Respositório da UPENN. https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1053&context=edissertations_sp2
- Morgan, H. (2008). Issues of 'race' in psychoanalytic psychotherapy: whose problem is it anyway? *British Journal of Psychotherapy*, 24(1), 34-49. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.2007.00062.x>
- Mosher, D. K., Hook, J. N., Captari, L. E., Davis, D. E., DeBlaere, C., & Owen, J. (2017). Cultural humility: A therapeutic framework for engaging diverse clients. *Practice Innovations*, 2(4), 221-233. <https://doi.org/10.1037/pri0000055>
- Munanga, K. (2004). *Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia* [Trabalho apresentado]. Seminário Nacional Relações Raciais e Educação-PENESB, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <http://www.acaoeducativa.org.br/downloads/09abordagem.pdf>
- Nadal, K. L., Griffin, K. E., Wong, Y., Hamit, S., & Rasmus, M. (2014). The impact of racial microaggressions on mental health: Counseling implications for clients of color. *Journal of Counseling & Development*, 92(1), 57-66. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2014.00130.x>
- Nogueira, I. B. (2016). A saúde psíquica da população negra. Cenários da saúde da população negra no Brasil. *Diálogos e pesquisas*, 17-24. http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/pdf/b58_ad2.pdf
- Nogueira, I. B. (2021). *A Cor do inconsciente: Significações do corpo negro*. Perspectiva.
- Okosi, M.J. (2018) *The impact of racial microaggressions on therapeutic relationships with people of color* [Tese de doutorado, Rutgers University]. Respositório da Rutgers Univerity. <https://rucore.libraries.rutgers.edu/rutgers-lib/58046/>
- Owen, J., Drinane, J. M., Tao, K. W., DasGupta, D. R., Zhang, Y. S. D., & Adelson, J. (2018). An experimental test of microaggression detection in psychotherapy: Therapist multicultural orientation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(1), 9-21. <https://doi.org/10.1037/pro000012>
- Owen, J., Imel, Z., Tao, K. W., Wampold, B., Smith, A., & Rodolfa, E. (2011). Cultural ruptures in short-term therapy: Working alliance as a mediator between clients' perceptions of microaggressions and therapy outcomes. *Counselling & Psychotherapy Research*, 11(3), 204-212. <https://doi.org/10.1080/14733145.2010.491551>
- Owen, J., Tao, K. W., Imel, Z. E., Wampold, B. E., & Rodolfa, E. (2014). Addressing racial and ethnic microaggressions in therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(4), 283-290. <https://doi.org/10.1037/a0037420>
- Pacheco, A. C. L. (2008). *Branca para casar, mulata para f..., negra para trabalhar: escolhas afetivas e significados de solidão entre mulheres negras em Salvador, Bahia* [Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas]. Repositório da Unicamp. <https://cdn.revistaforum.com.br/wp-content/uploads/2015/09/PachecoAnaClaudiaLemos.pdf>
- Paiva, M. V. S. (2015). *Se é negro é suspeito, se é suspeito é negro: uma análise discursiva da produção de suspeita em notícias da Folha de S.Paulo* [Dissertação de Mestrado, Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow]. Repositório do Cefet. https://dippg.cefet-rj.br/pprer/attachments/article/81/36_Maria%20Vitoria%20Silva%20Paiva.pdf
- Reis Filho, J. T. (2005). *Negritude e sofrimento psíquico: uma leitura Psicanalítica* [Tese de Doutorado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositório PUC-SP. <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15816>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. del P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa*. 5a ed. Penso.
- Schucman, L. V. (2014). Sim, nós somos racistas: estudo psicossocial da branquitude paulistana. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 83-94. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309330671010>
- Schucman, L. V. (2016). *Entre o encardido, o branco e o branquíssimo: Branquitude, hierarquia e poder na cidade de São Paulo*. Veneta.
- Schucman, L. (2018). *Branquitude e privilégio. Violência e Sociedade: O racismo como estruturante da sociedade e da subjetividade do povo Brasileiro*. Escuta.

- Silva, S. S., Feijo, L. P., Farias, T. M., & Poletto, M. (2020). Parecer Branco para não Ser Discriminado? Revisão Sistemática sobre Estratégias de Embranquecimento. *Psi Unisc*, 4(2), 114-130. <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v4i2.14829>
- Simatele, M. (2018). A Cross-Cultural Experience of Microaggression in Academia: A Personal Reflection. *Education as Change*, 22(3), 1-23. <https://dx.doi.org/10.25159/1947-9417/3132>
- Souza, C. A. D. S. (2008). A solidão da mulher negra: sua subjetividade e seu preterimento pelo homem negro na cidade de São Paulo [Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositório da PUC-SP. <https://repositorio.pucsp.br/handle/handle/3915>
- Sue, D. W. (2001). Multidimensional Facets of Cultural Competence. *The Counseling Psychologist*, 29(6), 790-821. <https://doi.org/10.1177/0011000001296002>
- Sue, D. W. (2010). *Microaggressions in everyday life: Race, gender, and sexual orientation*. Wiley.
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M. B., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271-286. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- Tavares, J. S. C. (2021). Expressão do luto na população negra: entre o invisível e o patológico. In J. S. Santana (Org.), *Saúde das populações negras na América e África* (pp. 63-83). EduNEB.
- Tavares, N. O., Oliveira, L. V., & Lages, S. R. C. (2013). A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública. *Saúde em Debate*, 37(99), 580-587. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000400005>
- Viana, M. R. (2019). Decolonizando afetos: A presença do colonialismo na construção de afetos da população negra e a decolonialidade do ser. *Revista Textos Graduatedos*, 5(1), 69-84. <https://periodicos.unb.br/index.php/tg/article/view/22499>
- Williamson, M. E. (2014). *The Reluctance of African-Americans to Engage in Therapy* [Dissertação de Mestrado, University of Nebraska]. Repositório da Universidade de Nebraska. <https://digitalcommons.unl.edu/cgi/view-content.cgi?article=1218&context=cehsdiss>
- Wong, G., Derthick, A. O., David, E. J. R., Saw, A., & Okazaki, S. (2014). The what, the why, and the how: A review of racial microaggressions research in psychology. *Race and Social Problems*, 6(2), 181-200. <https://doi.org/10.1007/s12552-013-9107-9>
- Yosso, T., Smith, W., Ceja, M., & Solórzano, D. (2009). Critical Race Theory, Racial Microaggressions, and Campus Racial Climate for Latina/o Undergraduates. *Harvard Educational Review*, 79(4), 659-691. <https://doi.org/10.17763/haer.79.4.m6867014157m7071>

Thaíse Mendes Farias

Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo-RS, Brasil.


E-mail: psicologa.thaisefarias@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9821-3247>

Denise Falcke

Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre-RS, Brasil.


E-mail: dfalcke@unisinis.br

 <https://orcid.org/0000-0002-4653-1216>

Fernanda Barcellos Serralta

Psicóloga. Doutora em Psiquiatria pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo-RS, Brasil.

E-mail: fernandaserralta@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4602-6495>

Endereço para envio de correspondência:

Universidade Federal de Pelotas. Rua Gomes Carneiro, 1, Centro. CEP: 96010-610. Pelotas – RS. Brasil.

Recebido 17/06/2023

Aceito 20/02/2025

Received 06/17/2023

Approved 02/20/2025

Recibido 17/06/2023

Aceptado 20/02/2025

Disponibilidade de dados: os dados da pesquisa estão disponíveis no corpo do artigo.

<https://doi.org/10.1590/1982-3703003275681>

Como citar: Farias, T. M., Falcke, D., & Serralta, F. B. (2025). Percepções e Atitudes de Psicoterapeutas diante de Relatos de Racismo Vivenciados por Pacientes Negras(os). *Psicologia: Ciência e Profissão*, 45, e275681. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003275681>

How to cite: Farias, T. M., Falcke, D., & Serralta, F. B. (2025). Perceptions and Attitudes of Psychotherapists Towards Reports of Racism Experienced by Black Patients. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 45, e275681. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003275681>

Cómo citar: Farias, T. M., Falcke, D., & Serralta, F. B. (2025). Percepciones y Actitudes de los Psicoterapeutas ante los Relatos de Racismo Experimentados por Pacientes Negras(os). *Psicologia: Ciência e Profissão*, 45, e275681. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003275681>