



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA**

MARIZETE GOUVEIA DAMASCENO

**ONDE SE ESCONDE O RACISMO NA PSICOLOGIA CLÍNICA?
A EXPERIÊNCIA DA POPULAÇÃO NEGRA NA INVISIBILIDADE
DO BINÔMIO RACISMO E SAÚDE MENTAL**

Brasília

2018

MARIZETE GOUVEIA DAMASCENO

**ONDE SE ESCONDE O RACISMO NA PSICOLOGIA CLÍNICA?
A EXPERIÊNCIA DA POPULAÇÃO NEGRA NA INVISIBILIDADE
DO BINÔMIO RACISMO E SAÚDE MENTAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Profa. Dra. Valeska Maria Zanello de Loyola

Brasília

2018

Declaração de conflito de interesses

A autora declarou não haver potenciais conflitos de interesse em relação à pesquisa, autoria, e / ou sua publicação.

Financiamento

A autora não recebeu apoio financeiro para pesquisa, autoria e/ou publicação desta pesquisa.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

GG719o Gouveia Damasceno, Marizete
Onde se esconde o racismo na psicologia clínica? A
experiência da população negra na invisibilidade do binômio
racismo e saúde mental no Brasil. / Marizete Gouveia
Damasceno; orientador Valeska Maria Zanella de Loyola. --
Brasília, 2018.
115 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Psicologia Clínica e
Cultura) -- Universidade de Brasília, 2018.

1. Racismo. 2. Saúde Mental. 3. População negra. 4.
Psicologia clínica. 5. Formação profissional. I. Zanella de
Loyola, Valeska Maria, orient. II. Título.

MARIZETE GOUVEIA DAMASCENO

**ONDE SE ESCONDE O RACISMO NA PSICOLOGIA CLÍNICA?
A EXPERIÊNCIA DA POPULAÇÃO NEGRA NA INVISIBILIDADE DO
BINÔMIO RACISMO E SAÚDE MENTAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Psicologia Clínica e Cultura e aprovada pela seguinte banca:

Profa. Dra. Valeska Maria Zanello de Loyola – Presidente
Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Maria de Lourdes Teodoro – Membro externa
Sociedade de Psicanálise de Brasília - SPBSb

Profa. Dra. Larissa Polejack Brambatti – Membro interna
Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Ioneide Oliveira Campos – Membro interna
Universidade de Brasília – UnB

Prof. Dr. Nelson Fernando Inocencio da Silva – Membro suplente interno
Universidade de Brasília – UnB

Brasília, 13 de julho de 2018

Eu dedico a

Cenira e José, Antônia, Maria Joana, Benedita, Matildes,
Maristela, Marilúcia, Marilda, Moisés e Marcos,
quem tive a honra de ter como pais e irmãos.

O amor vale a pena.

Eu agradeço

à Criação, antes de tudo,
aos meus ancestrais, que me trouxeram até aqui,
aos que vieram e já se foram e em cujos rastros eu caminho,
aos meus contemporâneos, de cujas trocas me alimento,
aos que ainda não chegaram e que deverão prosseguir depois de mim.
À minha orientadora, Profa. Dra. Valeska Zanello, por tornar possível esta jornada.
A Henrique Campagnollo D´Ávila Fernandes, pela pronta e prestimosa colaboração.
Às sete mulheres negras, por me doarem tempo, conteúdo e confiança.
Às(aos) sete psicoterapeutas, pela mesmíssima doação.
Ao Prof. Dr. Wanderson Flor Nascimento, pela valorosa contribuição.
A Uila Gabriela Cardoso, pelo inestimável apoio ao final desta jornada.
À minha família, pelo apoio e pela guarida nos momentos de quase deserção.
Ao Núcleo do Distrito Federal da Articulação Nacional de Psicólogas(os) Negras(os) e
Pesquisadores(as) – ANPSINEP e ao Grupo de Estudos de Mulheres Negras da
Universidade Brasília pelo aconchego.
Ao Grupo de Saúde Mental e Gênero.
A todas e todos demais que contribuíram para a feitura deste trabalho.
Obrigada!

“O negro sabe que o branco criou a inquisição, o colonialismo, o imperialismo, o antissemitismo, o nazismo, o stalinismo e tantas outras formas de despotismo e opressão ao longo da história. O negro também sabe que o branco criou a escravidão e a pilhagem, as guerras e as destruições, dizimando milhares de vidas. O negro sabe igualmente que, hoje como ontem, pela fome de lucro e poder, o branco condenou e condena milhões e milhões de seres humanos à mais abjeta e degradada miséria física e moral.

O negro sabe tudo isto e, talvez, muito mais. Porém, a brancura, transcende o branco. Eles – indivíduo, povo, nação ou Estado brancos – podem “enegrecer-se”. Ela, a brancura, permanece branca. Nada pode macular esta brancura que, a ferro e fogo, cravou-se na consciência negra como sinônimo de pureza artística; nobreza estética; majestade moral; sabedoria científica etc. O belo, o bom, o justo e o verdadeiro são brancos. O branco é, foi e continua sendo a manifestação do Espírito, da Ideia, da Razão. O branco, a brancura, são os únicos artífices e legítimos herdeiros do progresso e desenvolvimento do homem. Eles são a cultura, a civilização, em uma palavra, a “humanidade”.

(Neusa Souza Santos, 1983, pp. 4-5)

E renascemos ao nos desidentificarmos com a representação que se nos impuseram.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é fruto de inquietações de longa data. Durante mestrado profissionalizante que realizei no Canadá (de 2002 a 2004), na área clínica, meu viés em todas as disciplinas era o de optar por abordagens inclusivas. Lá fiz meu primeiro contato com a psicologia transcultural e com a psicoterapia multicultural, chegando a elaborar em metodologia de pesquisa, o projeto que me interessava, a respeito da influência do estado de desenvolvimento da consciência racial branca sobre a eficácia de psicoterapeutas brancos em atendimento a clientes não brancos. Retornei ao Brasil em 2006 e inscrevi-me em um curso de especialização em área humanista da psicologia e acreditei estar em um porto seguro para prosseguir enfatizando a importância e a necessidade de abordar-se o humano a partir de suas vivências culturais e não apenas de teorias exclusivistas. Durante 2007 passei por quatro experiências acadêmicas/científicas que me deixaram muito entristecida por constatar que meus colegas, recém formados ou já com longa experiência clínica, todos sofriam de daltonismo racial. Questões de várias ordens levaram-me a postergar o doutorado por sete anos, mas a questão de pesquisa do projeto elaborado no mestrado continuava a desassossegar-me, até ter a chance de, em 2014, iniciar o doutorado. Desapontada, senti falta das relações raciais na psicologia, da mesma forma que havia sentido décadas antes, durante a graduação. Espantei-me a ter confirmada por minha orientadora, que minha missão seria trazer as relações raciais para o Instituto. Foi assim que, em 2016, voluntariei-me para a prática docente de uma disciplina, no âmbito dos tópicos especiais em psicopatologia, a qual denominei “Racismo e saúde mental”.

Durante esta jornada, tive a alegria de tornar-me integrante da Associação Nacional de Psicólogas(os) Negra(os) e Pesquisadoras(es) - ANPSINEP, co-fundadora do Núcleo do Distrito Federal e do projeto para atendimento a estudantes negras(os), com o grupo REVIRA (Ressignificando Vivências Raciais), que se consolida a cada dia.

E hoje, tenho o prazer de assinar a autoria desta tese, que tenta identificar os meandros e vincos, por onde teimosa e furtivamente caminha e indetectável se esconde o racismo dentro da psicologia clínica. A pesquisa realizada não é a mesma projetada durante o mestrado; foi reformulada e tomou contorno exclusivamente qualitativo, por ser assunto relativamente não pesquisado no Brasil. A tese é constituída por três artigos independentes, porém todos pertinentes à questão expressa em seu título.

Gostaria de entregar este trabalho a todos que vêm e virão depois de mim, com o convite de que façam com ele tudo o que puderem: REVIREM de cabeça para baixo, escarafunchem, corrijam meus erros, desconstruam, reconstruam. Façam o que for necessário; mas com a missão de nunca mais deixarem vazio este espaço.

Gouveia Damasceno, M. (2018). *Onde se esconde o racismo na psicologia clínica? A experiência da população negra na invisibilidade do binômio racismo e saúde mental*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

RESUMO GERAL

O presente trabalho propõe-se a verificar a existência e discutir a (in)visibilidade do racismo na pesquisa, ensino e prática da psicologia clínica. O trabalho é formado por três artigos, resultado de três etapas distintas da pesquisa. No primeiro artigo, o objetivo foi fazer um levantamento da produção bibliográfica brasileira que se ocupou do racismo contra negros e da saúde mental das pessoas alvo. Constatou-se a incipiente produção nessa área, dentro do critério de periódicos indexados. A produção acadêmica da psicologia envolvendo relações raciais é de modo geral baixa no Brasil, sendo pouca a contribuição da Psicologia Clínica e menos ainda das disciplinas que compõem os serviços públicos de saúde mental. A segunda etapa, empírica, ocupou-se em coletar relatos de mulheres negras sobre suas experiências de psicoterapia com profissionais brancos(as). Foram realizadas sete entrevistas, a partir de cujos conteúdos foram levantados quatro eixos temáticos: (1) Razão para buscar psicoterapia; (2) Processo psicoterapêutico; (3) Fatores terapêuticos coadjuvantes, e, (4) Formação do(a) psicoterapeuta para atender pessoas negras. Constatou-se o descontentamento das mulheres com os serviços psicoterapêuticos recebidos, uma vez que relações raciais e suas experiências de racismo como fonte de sofrimento mental, quando abordadas em sessão, não foram em geral bem recebidas, consideradas ou exploradas. A terceira etapa do trabalho, também empírica, entrevistou sete profissionais psicoterapeutas brancos(as) para colher relatos sobre suas experiências, ou ausência delas, de atendimento a pessoas negras. Por meio de análise de conteúdo, quatro categorias foram identificadas, quais sejam: (1) Formação; (2) Modos de intervenção para com as vivências raciais; (3) Pressupostos epistemológicos da psicologia; e, (4) Relação terapêutica inter-racial. Constatou-se uma lacuna na aquisição do conhecimento a respeito das relações raciais no Brasil, apontada pelos próprios profissionais. Dessa forma foi possível concluir que existe a necessidade de se incluírem relações raciais na formação psicológica, de forma a habilitar o (a) profissional a identificar o racismo como determinante da saúde mental da população negra. Requer-se igualmente o treinamento de habilidades específicas, o que possibilitará a capacitação adequada do (a) profissional para o atendimento adequado a clientes negros(as). Conclui-se que o racismo na psicologia clínica se torna presente por omissão: a invisibilização do racismo como gerador de sofrimento psicológico reverbera, por sua vez, tanto na teoria quanto no ensino-pesquisa, e retorna na prática clínica universalizante. Conclama-se a psicologia clínica a rever a aplicação de forma universal das teorias, métodos e práticas criadas por e para um único grupo, autodefinido como modelo para todos os povos; é necessário que se considerem as especificidades da existência étnico-racial-cultural de cada povo.

Palavras-chave: Racismo. Saúde mental. Psicologia clínica. Formação profissional

Gouveia Damasceno, M. (2018). *Where does racism hide in clinical psychology? The experience of the black population in the invisibility of the binomial racism and mental health*. PhD thesis, Institute of Psychology, University of Brasília, Brasil.

ABSTRACT

The present work proposes to verify the existence and discuss the (in) visibility of racism in the research, teaching and practice of clinical psychology. It consists of three articles, resulting from three distinct stages of research. In the first article, the objective was to verify the Brazilian bibliographic production that dealt with racism against blacks and the mental health of the target group. The findings based on the criterion of indexed periodicals indicated the incipient production in this area. The academic production of psychology involving race relations is generally low in Brazil, with little contribution from Clinical Psychology and even less from the disciplines that make up public mental health services. The second, empirical stage, was concerned with collecting reports of black women about their experiences of psychotherapy with white professionals. Seven interviews were carried out and four themes were raised: (1) Reason to seek psychotherapy; (2) Psychotherapeutic process; (3) Coadjuvant therapeutic factors, and, (4) Psychotherapist training to serve black people. The findings indicated women's dissatisfaction with the psychotherapeutic services received, since racial relations and their experiences of racism as a source of mental suffering, when approached in session, were generally not well received, considered or explored. The third stage of the work, also empirical, interviewed seven white psychotherapists to collect reports about their experiences, or lack thereof, of serving black people. Through content analysis, four categories were identified, namely: (1) Training; (2) Modes of intervention regarding racial experiences; (3) Epistemological assumptions in psychology; and, (4) Interracial therapeutic relationship. It was pointed out by the professionals themselves that there was a gap in the acquisition of knowledge about race relations in Brazil. It was possible to conclude, therefore, that there is a need to include racial relations in the training of psychologists, to enable professionals to identify racism as a determinant of mental health for the black population. Training in specific skills is also required, so that the professional will be capable of providing adequate care to black clients. The work pointed to the conclusion that racism in clinical psychology becomes present by omission: the invisibility of racism as the generator of psychological suffering reverberates in theory as well as in teaching-research and expresses itself in clinical practice through universalist approaches. Clinical psychology is called upon to review the universal application of theories, methods and practices created by and for a single group, self-defined as a model for all peoples; the specificities of the ethnic-racial-cultural existence of each people must be considered.

Keywords: Racism. Mental health. Clinical psychology. Professional training.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO GERAL	11
ARTIGO 1: SAÚDE MENTAL E RACISMO CONTRA NEGROS: PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA BRASILEIRA DOS ÚLTIMOS QUINZE ANOS	25
RESUMO	25
INTRODUÇÃO	27
METODOLOGIA	31
RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
<i>Categoria 1: Impacto do racismo/múltipla discriminação na saúde mental</i>	35
<i>Categoria 2: Abordagem histórica: incorporação do racismo em teorias psicológicas/psiquiátricas</i>	36
<i>Categoria 3: Percepção de psicólogos da saúde sobre o racismo</i>	38
<i>Categoria 4: A psicologia clínica/psiquiatria nas relações raciais ou nas relações que envolvam alteridade</i>	40
<i>Categoria 5: Crítica epistemológica / metodológica à Psicologia</i>	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	47
ARTIGO 2: A VIVÊNCIA DO RACISMO POR MULHERES NEGRAS DENTRO E FORA DO ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO	51
RESUMO	51
INTRODUÇÃO	53
METODOLOGIA	55
RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
<i>Categoria 1: Razão para buscar psicoterapia</i>	59
<i>Categoria 2: Processo Terapêutico</i>	60
<i>Categoria 3: Fatores Terapêuticos Coadjuvantes</i>	64
<i>Categoria 4: formação do(a) psicoterapeuta para atender pessoas negras</i>	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	70
ARTIGO 3: PSICOTERAPEUTAS BRANCOS(AS) EM ATENDIMENTO A PESSOAS NEGRAS: DEFICIÊNCIA DE FORMAÇÃO, INVISIBILIZAÇÃO DO RACISMO	72
RESUMO	72
INTRODUÇÃO	74
METODOLOGIA	78
RESULTADOS E DISCUSSÃO	80
<i>Categoria 1: Formação</i>	81
<i>Categoria 2: Modos de intervenção terapêutica para com as vivências raciais do(a) cliente</i>	84
<i>Categoria 3: Relação terapêutica inter-racial</i>	87
<i>Categoria 4: pressupostos epistemológicos da psicologia</i>	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	94
CONCLUSÃO GERAL	97
REFERÊNCIAS	102
ANEXOS	105
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CONSELHO DE ÉTICA EM PESQUISA.....	105
ANEXO B – ACEITE INSTITUCIONAL	107
ANEXO C – ESCLARECIMENTOS E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	108
ANEXO D – SOCIOBIOGRAFIA PARA CLIENTES	110
ANEXO E – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA CLIENTES	112
ANEXO F – SOCIOBIOGRAFIA PARA PSICOTERAPEUTAS	113
ANEXO G – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS	115

INTRODUÇÃO GERAL

A descoberta de novas terras e novos povos no século XV, pelos europeus, trouxe-lhes o questionamento sobre a humanidade desses povos. Os interesses econômicos guiaram a resposta a essa dúvida. A eugenia considerou o negro como intelectual, física e mentalmente inferior ao branco, e explicou essa inferioridade pela via genética (Engel, 1999; Masiero, 2002 e 2005; Parham, White, & Ajamu, 2000; Souza, 1983; Weyler, 2006). Assim, aqueles corpos foram marcados como inferiores, sem alma, e, portanto, passíveis de serem escravizados, para obtenção de mão de obra gratuita, sendo eles próprios mercadorias de interesse. O mundo branco europeu foi imposto como padrão, no qual todas as outras culturas deveriam se espelhar. O conhecimento humano, em toda a sua extensão, refletiu a marca de superioridade branca, e as teorias construíram modelos para inferiorizar o diferente. A psicologia, como área do conhecimento foi também afetada. Essa mentalidade baseou a concepção de sujeito, mostrou-se no elitismo da psicologia, excluiu povos étnico-racialmente diferentes e fez com que a psicologia se mantivesse alheia ao racismo como fonte de sofrimento psíquico.

É histórica a tentativa de se comprovar “cientificamente” a inferioridade negra. Em 1853, Arthur de Gobineau, publicou o *Ensaio sobre a desigualdade das raças humanas*, que quer justificar a suposta inferioridade não branca e a suposta superioridade branca. Contrapondo, porém, os ideais do racismo científico, o antropólogo haitiano, Joseph-Anténor Firmin, publicou em 1885, o importante ensaio *Da igualdade das raças humanas. Antropologia positiva*, no qual expõe a falta de fundamento das teorias de hierarquização das raças e refuta as teses sobre a desigualdade humana. Em 1897, também W.E.B. Dubois rejeitou rigorosamente a ideia de raça determinada pelo fenótipo, que não se relaciona com a cultura, o intelecto ou a cognição da pessoa; lança a ideia de raça socialmente construída, enfatizando a preponderância de atributos espirituais e culturais sobre os atributos físicos na definição das “raças” humanas, bem como o contexto histórico da sociedade em questão.

Em termos de desenvolvimento humano, após o modelo da inferioridade genética do negro lançou-se mão do modelo da privação cultural, já no século XX. Patto (1990), relata que pesquisas estadunidenses produzidas a partir dos anos 1950, foram expressão da profunda crença na inferioridade genética de negros, mestiços e índios, e que essa tese chegou a ressurgir, no auge da teoria da carência cultural, por obra do psicólogo Arthur Jensen. A teoria da carência cultural acreditava que a população negra sofria de déficit

intelectual, de estilos cognitivos e de estrutura familiar (Parham et al., 2000). Julgava-se o ambiente negro como deficitário em estimulação para o desenvolvimento da pessoa. Assim seria necessário prover-lhe a estimulação adequada, cuja fonte seria, mais uma vez, os pressupostos hegemônicos brancos etnocêntricos acima mencionados.

A psicologia ocidental tradicional foi uma tentativa de explicar os comportamentos de europeus a partir de um enquadre de referência europeu (Parham et al., 2000). Esse enquadre é subsidiado pelo olhar universalista, em que “o lugar do branco na situação das desigualdades raciais (...) tem um forte componente narcísico de autopreservação, porque vem acompanhado de um pesado investimento na colocação desse grupo como grupo de referência da condição humana” (Bento, 2003, p.30). Ora, se o negro fora considerado sem alma, ou seja, "não humano", a humanidade das teorias deverá referir-se somente aos brancos.

Uma das falhas das psicoterapias tradicionais foi descrita por D.W. Sue e D. Sue (2016), como *monoculturalismo etnocêntrico*: a expressão da crença na superioridade individual, institucional e cultural de um grupo sobre outro, juntamente com o poder de impor seus padrões sobre o grupo que considera subalterno. Os autores nomeiam seus cinco componentes: (a) crença na superioridade do grupo dominante: existe uma forte convicção sobre a superioridade da herança cultural de um grupo, cujas características são vistas positivamente, em detrimento de todos os outros grupos, por serem diferentes; (b) crença na inferioridade dos outros grupos: é o outro polo do componente anterior, ou seja, interiorização da crença na inferioridade da herança cultural dos grupos não brancos; (c) poder de impor padrões: o privilégio de ser referência universal e exercê-la; (d) manifestação em instituições: os valores e crenças etnocêntricos são manifestados nos programas de governo, nas instituições, nas políticas públicas, nas práticas e nas estruturas da sociedade; (e) véu invisível: por serem moldados por condicionamento cultural, valores e crenças (cosmovisão) das pessoas funcionam como um véu invisível fora da consciência, que as levam a pressupor a universalidade, que independentemente de raça, cultura, gênero ou etnia é compartilhada. Cosmovisões em si mesmas não são corretas ou erradas, boas ou más; tornam-se problema quando se manifestam na forma de monoculturalismo etnocêntrico (D. W. Sue & Sue, 2016). Algumas de suas manifestações históricas são: colonização, escravização, aculturação de povos indígenas, genocídio negro e indígena, ensino da

história¹ mundial, regional e local a partir do ponto de vista da cultura dominante, que ignora os nativos e os negros.

Outra das falhas já fora descrita anteriormente por Wrenn (1962): trata-se do(a) *psicoterapeuta culturalmente encapsulado*. O termo foi cunhado por Wrenn (1962), para referir-se à tomada de estereótipos por realidade, a desconsideração de variações culturais em face das verdades estabelecidas como universais e o uso da definição de processo terapêutico com base na técnica; relaciona-se, portanto, à competência profissional no atendimento à diversidade e denomina profissionais que não entendem, ou ignoram, outros contextos culturais e a influência desses contextos na visão de mundo atual de seus(suas) clientes.

Ao conservar-se trancado(a) em sua visão de mundo, i.e., culturalmente encapsulado, o(a) psicoterapeuta estará suscetível a uma série de percepções estereotipadas que impactam o processo terapêutico: (a) estereotipar o(a) cliente: negros são preguiçosos e desmotivados, negros têm dificuldade em controlar sua raiva, etc.; (b) culpar o(a) cliente: a visão de mundo individualista leva à percepção do problema dentro do indivíduo, e não em seu meio ambiente; (c) objetificar o(a) cliente: a objetividade euramericana encoraja o individualismo que pode ser interpretado por clientes afrodescendentes como não-envolvimento, indiferença, insinceridade e desonestidade, pois sua cosmovisão entende existir uma conexão emocional e espiritual comunitária; (d) ser não diretivo com o(a) cliente: terapeutas são treinados(as), na crença de que o seu papel é primariamente não diretivo, vêem-se limitados e resistentes a responderem a demandas do(a) cliente, as quais vão além do âmbito da psicoterapia tradicional propriamente dita; (e) patologizar o(a) cliente: sem autoconhecimento e conscientização de suas crenças, valores e vieses o(a) psicoterapeuta pode acabar patologizando o(a) cliente naquilo que lhe é diferente; (f) ver raça como um problema: manifesta-se por meio do daltonismo racial (se a cor é problema, adota-se a atitude de fazer de conta que não a veem e de tratar a todos(as) como qualquer outro "ser humano"), o que significa negar uma parte importante da identidade do(a) cliente; (g) perceber o(a) cliente como paranoide: ver o(a) cliente como reservado(a), desconfiado(a) e com dificuldade em revelar-se, quando o que acontece de fato é o desconhecimento do(a) psicoterapeuta de estabelecer *rapport* e uma relação de confiança com clientes racialmente

¹ No Brasil a Lei 10.639, decretada em 9 de janeiro de 2003, torna obrigatório o ensino da história e cultura afro-brasileira e africana do Ensino Fundamental até o Médio; ainda assim, 15 anos depois da Lei, sua implementação encontra obstáculos e resistência. Para saber mais sobre os desafios enfrentados, ver o texto <http://www.scielo.br/pdf/er/n47/03.pdf>.

diversos(as).

As teorias psicológicas euramericanas homogeneizantes, autoproclamadas únicas e legítimas, não conseguiram responder às necessidades de saúde mental de populações não brancas. Impulsionaram, assim, uma busca por novas visões e paradigmas psicológicos não etnocêntricos, a partir da década de 1970, no intuito de abarcar a pluralidade humana, e obter soluções inclusivas para populações de origem étnico-racial não branca (Arredondo et al., 1996; Korman, 1974; Nobles, 1972; Pedersen, 1991; D. W. Sue et al., 1982). Solidificou-se a ideia de que, no trabalho com populações não dominantes, não importa em que país, psicólogos(as) devem considerar fatores sociopolíticos e econômicos que podem impactar o desenvolvimento, e que a ausência de tal consideração seria falta ética (D. Sue, 1997). No entanto, para que o psicólogo esteja apto a considerar tais fatores, essa visão deverá constar de sua formação. Na psicologia clínica, no contexto internacional, a preocupação com a inadequação das teorias hegemônicas gerou escolas de pensamento que se ocuparam em elaborar as especificidades de populações não brancas. Ou seja, o processo de construção da ideia de raça e do racismo teve impactos não apenas sociais e econômicos, mas na própria construção das ciências, incluindo-se a psicologia. Nesse sentido, torna-se necessária uma reflexão sobre os pressupostos assumidos em grande parte das teorias amplamente utilizadas no campo das psicoterapias.

Na tentativa de subverter a lógica estritamente universalizante das áreas do conhecimento, surgiu a escola do multiculturalismo, que formatou também a psicoterapia multicultural. Há, nessa proposta, a visão de uma identidade que inclui três dimensões (D. W. Sue & D. Sue, 2003): (a) a dimensão individual, que nos torna únicos; (b) a dimensão social, pela qual matrizes culturais formam grupos de referência para nossa visão de mundo; e, (c) o componente universal, pelo qual nos identificamos como *Homo sapiens* (capacidade de usar símbolos, consciência de si, experiência vitais comuns e semelhanças biológicas e físicas). A partir desse entendimento, D. W. Sue (2001) propõe que a dimensão grupal, historicamente negligenciada ou utilizada para justificar a dominação do outro, seja considerada como fator de formação de personalidade, identidade, tratamento e cura, saindo-se assim dos modelos de tratamento que vêem a pessoa como um produto apenas do individual e do universal.

A modalidade psicoterapêutica foi nomeada multicultural, mas os autores (D. W. Sue & D. Sue, 2016) se referem constantemente aos grupos alvo como “grupo racial/cultural”, como alteridade. Eles propõem que o pertencimento a esses grupos é que

propicia o compartilhamento de experiências e características. As identidades grupais são poderosas referências na formação de cosmovisões (interpretações da realidade, natureza das pessoas, origem dos transtornos, classificação de normal e anormal e abordagens terapêuticas). Além de apresentarem um capítulo sobre terapia específico para cada grupo (negros, nativos, asiáticos, hispânicos, multirraciais, minorias sexuais, idosos, mulheres, pessoas incapacitadas), também incluem modelos de desenvolvimento da identidade racial para minorias raciais/culturais (negros, asiáticos e hispânicos, no contexto estadunidense). Tais aplicações diferirão da aplicação no Brasil, onde o racismo é muito mais fenotípico do que cultural², o que irá requerer mais adaptações de eventuais modelos e intervenções.

Assim, define-se a psicoterapia multicultural (MCT- Multicultural Counseling and Therapy), no que tange ao processo terapêutico e o papel do profissional,

como processo e relação de ajuda que *define* objetivos consistentes com a experiência de vida e os valores culturais do(a) cliente; que *reconhece* que as identidades do(a) cliente incluem as dimensões individual, grupal e universal; que *advoga* o uso de estratégias e papéis tanto culturalmente específicos quanto universais no processo psicoterapêutico; e, que *equilibra* a importância do individualismo e do coletivismo na avaliação, diagnóstico e tratamento do(a) cliente e seus sistemas (D. W. Sue & D. Sue, 2003, p. 16)³.

O modelo de competência multicultural tido como o mais influente é o de Sue, Berbier, Duran et al. (1982), que tem sido refinado e foi operacionalizado. Esse modelo engloba competências do(a) psicoterapeuta em três domínios: (a) *conscientização*: entendimento do próprio condicionamento cultural e de como esse condicionamento afeta crenças pessoais, valores e atitudes da população culturalmente diversa; (b) *conhecimento*: entendimento das visões de mundo de grupos e indivíduos culturalmente diversos; e (c) *habilidades*: saber determinar e usar estratégias de intervenção culturalmente apropriadas

² O racismo fenotípico considera o padrão de valor e beleza caucasiana a ser seguida pelo resto do mundo: “pele clara, olhos claros, cabelos lisos e narizes finos - enfim, os “brancos” ocidentais, europeus em geral e muito particularmente os anglo-saxões” (Carvalho, 2008, p. 1); quanto mais os traços da pessoa se aproximam desse padrão, mais positivamente ela é valorizada; é também chamado de racismo biológico, que tenta sustentar argumentos que justifiquem as hierarquias sociais baseadas no fenótipo. O racismo cultural, por sua vez, classifica culturas para justificar as hierarquias sociais, onde “diferenças linguísticas, religiosas e de modos de vida de diferentes grupos são significadas como inferiores ou inassimiláveis à cultura dominante” (Schucman, 2014, p. 86). Não deixa de estar ligado ao racismo fenotípico, uma vez que essas culturas, inferiores ou superiores, estão associadas aos corpos dos indivíduos que as compõem.

³ Tradução livre e grifos da autora

no trabalho com grupos diferentes (D. W. Sue & D. Sue, 2016). Outros atributos, como a abertura para a diversidade e a *humildade cultural* parecem fundamentais para a psicoterapia multicultural efetiva. A humildade cultural, que contrasta com o etnocentrismo, assemelha-se mais a uma maneira de ser do que uma maneira de fazer.

É possível inferir a partir dessas competências, a necessidade do aprendizado prévio da empatia, como requisito. Na descrição de um treinamento desta habilidade, Falcone (1999) a define como composta por três aspectos:

(a) *um componente cognitivo*, caracterizado pela capacidade de compreender, acuradamente, os sentimentos e perspectivas de outra pessoa; (b) *um componente afetivo*, identificado por sentimentos de compaixão e simpatia pela outra pessoa, além de preocupação com o bem-estar desta; (c) *um componente comportamental*, que consiste em transmitir um entendimento explícito do sentimento e da perspectiva da outra pessoa, de tal maneira que esta se sinta profundamente compreendida (Falcone, 1999, par. 4)⁴.

Rodrigues, Peron, Cornélio e Franco (2014) utilizaram a mesma perspectiva, como a mais recente relativa ao conceito da empatia: uma habilidade social multidimensional, constituída por aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais. As autoras listaram importantes efeitos positivos da empatia, apresentados pela literatura, como: (a) a formação de vínculos afetivos de maior qualidade; (b) ajustamento marital e maior satisfação conjugal; (c) diminuição da angústia pessoal e do desgaste emocional; (d) desenvolvimento de condutas pró-sociais; (e) maior capacidade de resolução de problemas; (f) maior adesão ao tratamento; e, (g) aumento da autoestima do paciente. Em seu estudo de implementação e avaliação de um programa de desenvolvimento da empatia em estudantes de psicologia, verificaram “o desenvolvimento da capacidade de se colocar no lugar do outro com a minimização dos próprios julgamentos, a promoção de uma prática reflexiva e verbalização empática, e a ampliação do conhecimento teórico-prático” (Rodrigues et al., 2014, p. 926). Estudos anteriores também constataram a generalização dos efeitos das intervenções do treinamento para o contexto relacional dos participantes.

A partir desses resultados é válido prever que em uma díade psicoterapêutica birracial, a empatia pode ser uma ferramenta de grande utilidade para o entendimento de

⁴ Grifo da autora

cosmovisões de grupos e indivíduos. Na impossibilidade de se conhecer cada cultura e cada cosmovisão, faz-se necessário que o(a) psicoterapeuta desenvolva essa habilidade em sua formação.

Também em busca de soluções para o atendimento psicoterapêutico a grupos não dominantes, vários modelos de desenvolvimento da identidade racial foram propostos, sendo considerados a abordagem mais promissora na área de psicoterapia multicultural. Janet Helms (1984) propôs modelos de desenvolvimento da identidade de indivíduos negros e brancos. Os modelos descrevem a possível identidade racial que cada um pode alcançar, ao aceitar sua raça/cor. Os modelos são propostos em estados (processo dinâmico e interativo) de desenvolvimento, e não estágios (categorias estáticas). Os estados *não* são mutuamente exclusivos, e o gatilho para o desenvolvimento é a necessidade. O ego seleciona o estado que idealmente protege o senso de bem-estar e a auto estima da pessoa. Um estado é dominante, quando utilizado primariamente em muitas das situações que o ego percebe como racial; o estado secundário é aquele potencialmente acessível na circunstância imediata.

Para o desenvolvimento da identidade racial negra, Helms (1984) postulou cinco esquemas de conscientização racial, que vai da negação da negritude e baixa autoestima até um estado de aceitação da negritude: (a) *Pré-Encontro*: diz respeito à idealização do povo branco e da cultura branca e a desvalorização do povo negro e da cultura negra; (b) *Pós-Encontro*: o segundo estado descreve atitudes, comportamentos e emoções consequentes de eventos raciais impactantes ou pessoalmente inquietantes; (c) *Imersão*: refere-se ao isolamento psicológico a ambientes negros, inclusive desvalorização do povo e da cultura brancos, e a idealização do povo e das experiências negras; (d) *Emersão*: refere-se ao vínculo emocional e social positivo com pessoas negras; (e) *Internalização*: é uma orientação humanista derivada de um compromisso positivo com o povo negro e a cultura negra e a consequente valorização das experiências de vida de outros grupos não-dominantes.

Para a identidade racial branca, Helms (1984) propôs um modelo similar, com seis estados de ego, ou seja, estratégias com as quais as pessoas interpretam e respondem àquilo que entendem por raça, no percurso do desenvolvimento da consciência racial branca. Os estados são: (a) *Contato*: satisfação com o *status quo* racial, ausência de conscientização a respeito do significado sócio-político de pertencer a um grupo racial, especialmente seu próprio grupo, desconhecimento do racismo e de sua participação no racismo; (b) *Desintegração*: desorientação e ansiedade causadas por dilemas raciais morais não

resolvidos, que forçam a pessoa a escolher entre a lealdade ao próprio grupo e os ideais humanistas (conscientização ambivalente da branquitude); (c) *Reintegração*: idealização do próprio grupo racial, difamação e intolerância a outros grupos, aprovação ativa e passiva da superioridade branca; (d) *Pseudo-independência*: comprometimento intelectualizado para com o próprio grupo e tolerância enganosa para com outros grupos, *aparente* reconhecimento das implicações sócio-políticas das diferenças raciais; (e) *Imersão/emersão*: busca por um entendimento do significado pessoal do racismo e das maneiras pelas quais se beneficia, redefinição de branquitude; (f) *Autonomia*: comprometimento informado e positivo com o grupo racial, uso de padrões internos na auto definição, capacidade de abandonar privilégios. Para chegar a uma identidade racial branca saudável (autonomia) será necessário processar e internalizar adequadamente as experiências raciais anteriores.

Para Helms (1995), a questão principal nesse desenvolvimento de identidade racial é, para o negro, transpor o racismo internalizado, e, para o branco, abandonar seus privilégios.

Ainda com relação aos processos de desenvolvimento da identidade racial, existem predisposições atitudinais e comportamentais, que os indivíduos trazem para terapia, ligadas a um determinado estado de consciência racial. A maneira como essas predisposições se expressam pode depender de uma variedade de fatores, incluindo a atitude própria e a atitude percebida na outra pessoa com quem a relação terapêutica será estabelecida. Helms (1984) descreve as predisposições tanto do(a) psicoterapeuta quanto do(a) cliente associadas a cada estado de consciência racial. É esta a impactante utilidade das teorias de desenvolvimento da identidade racial em psicoterapia de díades racialmente díspares. Pode-se hipotetizar que ao se construir uma díade, o importante não seja o pertencimento grupal o mais importante, mas sim o grau de desenvolvimento da consciência racial/cultural das partes.

Estará fadada ao fracasso uma díade psicoterapêutica composta por pessoas em graus conflitantes de desenvolvimento, como explica Helms (1984), ao falar da importância de se avaliarem os estados de consciência racial do(a) psicoterapeuta e do(a) cliente⁵. A partir dessa avaliação, Helms propõe quatro tipos de relações psicoterapêuticas possíveis: *paralela, cruzada, progressiva e regressiva*. No caso de serem de raças diferentes, as díades paralelas são aquelas em que psicoterapeuta e cliente tem atitudes semelhantes sobre negros

⁵ Helms desenvolveu também três escalas para a avaliação do grau de desenvolvimento da identidade racial para povos de cor, para negros e para brancos: People of Color Racial Identity Attitude Scale (PRIAS), White Racial Identity Attitude Scale (WRIAS) e Black Racial Identity Attitude Scale (BRIAS), cada uma com subescalas correspondentes aos estados descritos nos respectivos modelos.

e brancos (por exemplo, internalização/autonomia), enquanto as díades cruzadas envolvem estados opostos de desenvolvimento racial, portanto atitudes opostas sobre negros e brancos (por exemplo, imersão/reintegração). Cada díade envolve dois tipos de atitude por pessoa: uma para com negros e uma para com brancos. Quando apenas um tipo de atitude é similar, ou dissimilar, o processo psicoterapêutico incluirá uma mistura de características de cada estado envolvido.

Na relação progressiva, o estado de desenvolvimento racial do(a) psicoterapeuta está pelo menos um estado mais avançado que o do(a) cliente. Idealmente, o(a) psicoterapeuta será capaz de impulsionar o movimento do(a) cliente na direção de um estado mais saudável. No entanto, se o(a) psicoterapeuta se mantém no mesmo estado de desenvolvimento, a relação passará a ser paralela, provavelmente gerando um impasse terapêutico: ele(ela) não pode mover o(a) cliente além do ponto que ele(ela) próprio(a) alcançou. Na relação regressiva, o desenvolvimento racial do(a) cliente está pelo menos um estado mais avançado que do(a) psicoterapeuta. Este é o tipo de relação mais provável de acabar em término precoce, porque o(a) psicoterapeuta é incapaz de entrar no quadro de referência do(a) cliente. As implicações específicas das relações paralela e cruzada irão provavelmente diferir dependendo da composição intra ou inter-racial da díade, mas a identificação dos estados de desenvolvimento racial do membros da díade pode tornar possível prever a qualidade da relação psicoterapêutica, bem como seus possíveis resultados (Helms, 1984). Entende-se o motivo – completude, de o modelo de Helms ser um dos mais promissores na psicoterapia multicultural.

Outra possibilidade alternativa às práticas tradicionais de psicologia é representada pela psicologia africana. A escola do pensamento afrocêntrico, que tem suas raízes nas reivindicações abolicionistas e foi consolidado no século XIX com o pan-africanismo (Nascimento & Finch III, 2009), gerou a psicologia africana, também chamada de psicologia afrocentrada, psicologia afrocêntrica, psicologia negra, ou, no Brasil, psicologia preta. Segundo Akbar (1984), o termo ‘afrocêntrico’ é utilizado no sentido de que a África é o contexto primordial para o crescimento e a liberação humanos. O modelo afrocêntrico, apesar de sua relevância para os povos africanos, é mais aplicável à transformação de seres humanos em qualquer contexto nacional. E, na verdade, representa uma “devolução conceitual” (p.404), uma vez que antecedeu o modelo eurocêntrico, mas foi por ele apagado.

A criação da *Association of Black Psychologists* (ABPsi) deu-se em meio ao furacão social, cultural e político dos direitos civis e movimentos Black Power que ocorreram no

Estados Unidos. A ABPsi teve, então como objetivo utilizar as habilidades dos psicólogos negros para beneficiar a comunidade negra; seu fim era impactar positivamente a saúde mental da comunidade negra por meio de planejamento, programas, serviços, treinamento e advocacia (Nobles, 2015). É contínua a tarefa de criar uma psicologia negra pan-africana, que faça não somente “curar os danos do colonialismo histórico, da escravização, da exploração política e da ocidentalização, mas também servir para orientar as pessoas africanas para o próximo milênio” (Nobles, 2015, p. 401). Existe a necessidade de uma psicologia afrocentrada que responda às necessidades das comunidades africanas. Nobles (2015) conclama os psicólogos à feitura de uma psicologia que reflita as realidades dos povos negros do continente africano e da diáspora, e defende a utilização de reflexões epistemológicas e habilidades africanas para enfrentar os desafios correntes e desenvolver políticas e programas onde quer que existam africanos. Para ele, levar a psicologia ocidental para a África é o mesmo que

ser cúmplice da *lavagem cerebral e do terrorismo psíquico* [...] da África e partilhar da adoção das próprias ferramentas e teorias que foram usadas para nos rebaixar, difamar, debilitar e prejudicar. Com efeito, apenas avançar a psicologia ocidental na África seria semelhante ao uso indiscriminado de veneno como se fosse remédio para curar e reviver a nós mesmos. A disciplina e prática projetadas para ajudar na cura e gestão dos assuntos humanos dos povos africanos devem ser intransigentemente afrocentradas e fundamentadas na filosofia e tradições de sabedoria dos povos africanos (Nobles, 2015, p. 401) ⁶.

O autor concebe, ainda, uma iniciativa global futura para o exame e desenvolvimento de uma psicologia negra pan-africana (também como disciplina global) e o apoio à implementação de programas de cura e serviços em todo o mundo africano. Tal iniciativa iria

oferecer oportunidades de ensino, treinamentos, educação continuada, workshops / seminários, consultas profissionais, além de discussões contínuas sobre filosofias, teorias, intervenções terapêuticas, orientações de pesquisa, abordagens metodológicas para a implementação geral e disseminação de uma psicologia negra

⁶ Tradução livre e grifo da autora.

pan-africana (Nobles, 2015, p. 411)⁷.

As alternativas às psicoterapias tradicionais aqui apresentadas são ainda abordagens em desenvolvimento e alvos de pesquisa. Portanto, os parâmetros aqui expostos estão passíveis de mudança ou aperfeiçoamento.

Com relação à formação específica para atendimento multirracial, nos Estados Unidos, a luta histórica por tratamento diferenciado para populações diferenciadas deu-se basicamente em duas frentes: criação de associações profissionais e estabelecimento de um currículo mínimo na formação. Em consequência da pressão exercida por psicólogos de minorias étnico-raciais sobre a Associação Americana de Psicologia (*American Psychology Association* - APA) em defesa de seus interesses, foram estabelecidas representações regionais de psicologia: Associação de Psicólogos Negros (*Association of Black Psychologists* – ABPsi) em 1968; a Associação de Psicólogos pela Raça (*Association of Psychologists Por La Raza*), em 1970; a Associação Asiático-Americana de Psicologia (*Asian American Psychological Association*), em 1972; e a Sociedade de Psicólogos Indianos (*Society of Indian Psychologists*), em 1975 (Abreu, Chung, & Atkinson, 2000).

A APA reconheceu em 1973 a necessidade de se abordar a diversidade étnico-cultural no treinamento de psicólogos e em 1986 criou a Divisão concernente (*Division of Ethnic Minority Affairs* (*Division 45*)), sendo que já no final da década de 1920 despontavam as primeiras produções de psicólogos na crítica à branquitude da psicologia. Em 1996, o credenciamento profissional passou a exigir a preparação para o atendimento efetivo de populações diversas. Em 1980, estimava-se que 41% dos programas de psicologia clínica ofereciam cursos relativos à diversidade cultural e 9% exigiam um curso obrigatório. Em 1990 esses números subiram para 62% e 26%, respectivamente. No final da década 1990 quase todos os programas de doutorado em psicologia clínica pesquisados (89%) declararam ter um curso multicultural obrigatório (Abreu et al., 2000).

Comparativamente à evolução do assunto em outros países, no Brasil o processo reveste-se de uma certa morosidade, mas tem ultimamente tomado algum impulso. O Conselho Federal de Psicologia (CFP) manifestou-se em 2002, por meio da Resolução nº 18, que pretendeu estabelecer “normas de atuação para os psicólogos em relação ao preconceito e à discriminação racial” (Conselho Federal de Psicologia - CFP, 2002).

⁷ Tradução livre da autora.

Contudo, uma resolução não é suficiente para orientar o(a) psicólogo(a) como agente do antirracismo na sua prática. Alargando esse horizonte, o Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas do CFP lançou, em setembro de 2017, a publicação de referência sobre relações raciais (Conselho Federal de Psicologia - CFP, 2017), que representa um grande passo na divulgação da pesquisa e da prática psicológicas pautadas pelo enfrentamento ao racismo, e um caminho na direção da definição de ações concretas e intervenções. Nesse trabalho do CREPOP nota-se a prevalência da produção científica da psicologia social; destaca-se na área clínica a contribuição de Floricélia Santana Teixeira que estudou a invisibilização do negro na saúde e os consequentes erros diagnósticos em pacientes negros(as) (Conselho Federal de Psicologia - CFP, 2017). Oliveira e Nascimento (2017) reafirmaram a ação política do documento de referência, mas apontaram que o recorte temporal da pesquisa bibliográfica invisibilizou a produção da década de 2000, período por elas classificado como emblemático para o Brasil e para a psicologia, durante o qual a produção adquiriu ímpeto. Ainda no nível do sistema conselhos, começaram a ser criadas comissões especiais na área de relações étnico-raciais.

O Instituto AMMA Psique e Negritude, fundado em São Paulo em 1995, tem iniciativas de formação e prática clínica, com o objetivo de identificar, elaborar e desconstruir o racismo e seus efeitos psicossociais. A instituição tem como base a crença de que o enfrentamento do racismo, da discriminação e do preconceito se faz não apenas pela via política, mas necessariamente também pela via psíquica. Promove, ainda, oficinas de identificação e abordagem do racismo institucional; ciclos formativos sobre os efeitos psicossociais do racismo; assessoria para grupos, instituições, organizações governamentais e não-governamentais, bem como profissionais das áreas de saúde e educação; grupos temáticos de discussão e de vivência, e atendimento psicoterapêutico (individual, grupo e família). Ao elencarem elementos do pensamento, da história e dos posicionamentos éticos da psicologia brasileira relativos às relações raciais, Schucman e Martins (2017) descrevem essas e muitas outras ações que, segundo eles, representaram um movimento da psicologia na discussão das questões raciais.

Ainda assim, a existência de 54% de população negra não justificou um esforço na criação de programas de treinamento ou disciplinas de psicologia em instituições de ensino superior, que contemplem a diversidade racial do país, na psicologia clínica. Em relação as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em psicologia, o Ministério da Educação prevê princípios e compromissos que regimentam a prática do profissional de

psicologia; no entanto, não há normativa que assegure disciplinas que tratem das relações raciais no Brasil para a formação de psicólogos(as) (Brasil, 2011).

Constata-se, portanto a preocupação dos profissionais de saúde mental, em outros países, e seus esforços para usarem técnicas de psicoterapias adequadas a cada tipo de grupo, de acordo com suas especificidades. Em diádes psicoterapêuticas racialmente díspares, há o intuito de se evitar a reencenação, em sessão, das dinâmicas de privilégio e opressão já existentes na sociedade em geral. O treinamento e a prática baseados em teorias de psicoterapia desenvolvidas principalmente por homens brancos colocam os terapeutas brancos em risco de prejudicar seus clientes negros (Gouveia, 2008), por causa da utilização destas formas de conceituar eurocêtricas tendenciosas.

A ausência dessa preocupação no Brasil motivou este trabalho. É necessário verificar-se como se processa a invisibilização do racismo dentro da psicologia clínica. É necessário descobrir-se onde se encontram as falhas que fizeram com que a psicologia se esquecesse das relações raciais e culturais onde os indivíduos estão inseridos. É necessário que entendamos as possíveis formas de influenciar na descolonização da psicologia, para que cheguemos a ensinar psicologias inclusivas, principalmente tendo-se em conta a maioria negra do país.

Esta tese compõe-se de três artigos independentes e inter-relacionados. O primeiro deles é uma revisão sistemática da literatura, cujo objetivo geral foi encontrar na literatura científica brasileira estudos sobre o impacto do racismo na saúde mental da população negra no Brasil; o objetivo específico foi verificar a contribuição da psicologia nesse tópico. Dezenove artigos foram considerados relevantes para análise, o que indica que o tema é pouco estudado no Brasil e não tem sido tomado como relevante pelas pesquisas científicas, tem pouca contribuição da psicologia e menos ainda das demais disciplinas afetas aos CAPS (Centros de Assistência Psicossocial), espaços buscados majoritariamente pela população negra de baixa renda.

O segundo artigo foi motivado pela pergunta sobre como o povo negro, a parcela de mais de 50% da população do país, é servida no sistema de saúde mental, especificamente na clínica psicológica de atendimento a clientes negros/as. O objetivo deste trabalho foi coletar relatos de pessoas negras atendidas por psicoterapeutas brancos/as, sobre suas experiências de racismo e de acolhimento. Quatro categorias foram identificadas a partir dos relatos: (1) Razão para buscar psicoterapia; (2) Processo psicoterapêutico; (3) Fatores terapêuticos coadjuvantes, e, (4) Formação do(a) psicoterapeuta para atender pessoas negras.

Os temas mais importantes, apresentados por todas as entrevistadas, foram a transferência inter-racial no processo terapêutico e a falta de formação do(a) psicoterapeuta para atender clientes negros/as.

O terceiro artigo teve como objetivo coletar de psicoterapeutas brancos(as), por meio de entrevista semiestruturada, o relato de sua experiência e/ou entendimento sobre o atendimento psicoterapêutico a clientes negros(as). Foram identificadas quatro categorias: (1) Formação; (2) Modos de intervenção sobre as vivências raciais; (3) Pressupostos epistemológicos da psicologia; e, (4) Relação terapêutica inter-racial. Constata-se que o racismo é invisibilizado como fator de sofrimento mental para negros(a) e que grande parte das dificuldades dos psicoterapeutas no atendimento a pessoas negras origina-se de falha em sua formação.

Espera-se, assim, uma contribuição concreta, que nos possa auxiliar na direção da construção de ações racialmente pensadas para a formação, pesquisa e clínica psicológicas, que sejam adequadas para as populações negras.

ARTIGO 1: SAÚDE MENTAL E RACISMO CONTRA NEGROS: PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA BRASILEIRA DOS ÚLTIMOS QUINZE ANOS

Resumo

Opressão, agressão e violência são práticas que afetam a saúde mental da pessoa alvo. O racismo, como crença na superioridade de algumas raças sobre outras, que justifica a desigualdade entre os grupos, é uma forma de opressão, de agressão e de violência. O objetivo geral desta revisão sistemática foi encontrar na literatura científica brasileira estudos sobre o impacto do racismo na saúde mental de negros no Brasil; o objetivo específico foi verificar a contribuição da psicologia nesse tópico. Foram realizadas buscas nas plataformas Scielo e Lilacs, referentes ao período de 1999 a 2014, as quais retornaram 509 artigos, que foram filtrados segundo critérios definidos. Dezenove artigos foram considerados relevantes para análise, mesmo que não tratando exclusivamente do impacto do racismo na saúde mental. Concluiu-se que o tema tem baixa produção acadêmica no Brasil de modo geral, pouca contribuição da psicologia clínica e menos ainda, ou nenhuma, das demais disciplinas que compõem os serviços públicos de saúde mental. Sugere-se a inclusão, na agenda da psicologia clínica, de mais pesquisa sobre os impactos do racismo na saúde mental da população negra.

Palavras-chave: Racismo, Saúde mental, População negra, Negros, Brasil.

Mental health and racism against black: Brazilian bibliographic production within the last fifteen years

Abstract

Oppression, aggression and violence are practices that affect the mental health of the target person. Racism, the belief that some races are superior to others, which justifies inequalities among groups, is a form of oppression, aggression and violence. The general objective of this systematic review was to find in the Brazilian scientific literature studies on the impact of racism on mental health of the black population in Brazil; the secondary objective was to

verify the contributions of psychology to this topic. Searches, carried out in Scielo and Lilacs platforms, returned 509 articles, that were filtered according to criteria of interest. Nineteen articles were considered relevant for analysis, even if they did not deal exclusively with the impact of racism on mental health. It was concluded that the subject has low academic production in Brazil in general, little contribution of the clinical psychology and still less, or none, of the other disciplines that compose the public services of mental health. It is suggested that more research on the impacts of racism on the mental health of the black population be included in the clinical psychology agenda.

Key words: Racism, Mental health, Black population, Blacks, Brasil.

Salud mental y racismo contra negros: Producción bibliográfica brasileña de los últimos quince años

Resumen

La opresión, la agresión y la violencia son prácticas que afectan a la salud mental de la persona objetivo. El racismo, la creencia de que algunas razas son superiores a otros, o que justifica las desigualdades entre grupos, es una forma de opresión, de agresión y de violencia. El objetivo general de esta revisión sistemática fue encontrar en la literatura científica brasileña estudios sobre el impacto del racismo en la salud mental de los negros en Brasil; el objetivo específico fue investigar la contribución de la psicología a este tema. Las búsquedas se realizaron en las plataformas Scielo y Lilacs, para el período 1999-2014, que volvió 509 artículos, los cuales se filtraron según los criterios de interés. Diecinueve artículos fueron considerados relevantes para el análisis, aunque no se tratara exclusivamente del impacto del racismo en la salud mental. Se concluyó que el tema tiene baja producción académica en Brasil de modo general, poca contribución de la psicología clínica y menos aún, o ninguna, de las demás disciplinas que componen los servicios públicos de salud mental. Se sugiere la inclusión, en la agenda de la psicología clínica, de más investigación sobre los impactos del racismo en la salud mental de la población negra.

Palabras clave: Racismo; Salud mental; Población negro; Negros; Brasil.

Introdução

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2013 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população negra é maioria no Brasil, com 53,6% afirmando ser "preto" ou "pardo"⁸ e 45,5% se declarando de cor branca (IBGE, 2015). A população negra brasileira ocupou historicamente as classes sociais mais pobres e de condições mais precárias na pirâmide social. As condições indignas de vida da população negra persistem, evidenciando o racismo silencioso e não declarado. Permanecem, portanto, o preconceito e discriminação raciais no Brasil (Heringer, 2002; Igreja, 2016; Lins, Lima-Nunes, & Camino, 2014; Nunes, 2006; Schucman, 2014; Silvério & Trinidad, 2012), tal como constataram os estudos promovidos pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), em 1950, no quadro de sua agenda antirracista (Maio, 2001).

Contra esse estado de coisas os movimentos sociais reivindicaram políticas públicas inclusivas, que zelassem pela redução da desigualdade e pela ampliação de acesso aos bens e serviços públicos. Nesse intuito foi formulada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2006, instituída pelo Ministério da Saúde (MS) em 2009 e foi inserida na dinâmica do Sistema Único de Saúde (SUS). Enfatiza-se aqui o reconhecimento, desde então, pelo MS, da existência do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional no âmbito do SUS (Brasil 2013; Brasil, 2016).

Se o quadro é este em termos de saúde geral da população negra, melhor não será quando se afunila para a saúde mental especificamente. Note-se, contudo, que a saúde mental da população negra é contemplada no capítulo terceiro da política acima mencionada, quando se define como “estratégias de gestão”: (a) o “fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social” (Brasil, 2013, p. 28), e (b) o “fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e

⁸ O IBGE considera atualmente cinco categorias para a autodeclaração quanto à característica cor/raça/etnia: 1) branca, 2) preta, 3) amarela (pessoa que se declarou de origem japonesa, chinesa, coreana etc.), 4) parda (pessoa que se declara mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor/raça/etnia) e 5) indígena (pessoa que se declarou indígena ou índia) (IBGE, 2015). A população negra é considerada como o somatório das pessoas autodeclaradas pretas e pardas.

homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas” (Brasil, 2013, p. 28). Ou seja, na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra a saúde mental não ficou esquecida. Além disso, o Ministério da Saúde reconheceu que a discriminação racial afeta a saúde mental. Outra estratégia dessa política é o “fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o acesso da referida população aos serviços e ações de saúde” (Brasil, 2013, p. 28). Daí conclui-se que a saúde mental negra está incluída entre os temas cuja pesquisa o Estado fomentará.

A discriminação racial e seu impacto em pessoas negras têm sido documentados de forma interdisciplinar. Pieterse, Todd, Neville & Carter (2012) apontam o compartilhamento de objetivos entre os trabalhos de Dubois, de Fanon e de Feagin, qual seja, que “as experiências de racismo impõem um fardo psicológico significativo sobre as pessoas” (p.2). De especial interesse para este estudo é o trabalho de Fanon (2008), cujo original data de 1952, que argumentou que o racismo ocidental penetra as estruturas psíquicas do homem moderno de forma que opressor e oprimido terminam regidos por um mesmo registro de recalque e repressão. Contemporaneamente, os próprios estudos de psicólogos multiculturais (Carter, Helms, Parham, Pedersen, Ponterotto, Ridley, os irmãos Sue, etc) são elaborações do pensamento de Frantz Fanon.

O impacto da discriminação racial permanece objeto de estudo e tem ganhado força mundialmente (Carter, 2007; Helms, 1984; Helms & Cook, 1999; Paradies, 2006; D. W. Sue & Sue, 2003, 2016). Os estudos sugerem uma conexão entre racismo e saúde física que parece continuar ao longo da vida da pessoa alvo. Elucidam uma gama de possíveis efeitos, os quais podem resultar do estresse do racismo e, por sua vez, comprometer a saúde mental, culminando no “Dano por Estresse Traumático de Base Racial”⁹ (Race-Based Traumatic Stress Injury – RBTS, segundo Carter, 2007). Os estudos alcançaram o desenvolvimento de uma escala para avaliação desse dano (Carter et al., 2013).

Em um dos raros escritos nacionais (não indexado) sobre o tema, Silva (2004) afirma “sem medo de errar” (p. 129) que a grande maioria da população negra vive em incessante sofrimento mental devido, por um lado, às condições de vida precárias atuais e, por outro, à impossibilidade de antecipar melhor futuro. Ela aponta diversos sintomas físicos e psíquicos advindos da permanente condição “de tensão emocional, de angústia e de ansiedade, com rasgos momentâneos dos distúrbios de conduta e do pensamento” (p.130), vivida

⁹ Tradução da autora.

cotidianamente pela pessoa alvo do racismo. Essa condição constante causa transtornos tais como taquicardia, hipertensão arterial, úlcera gástrica, ansiedade, ataques de pânico, depressão, dificuldade de se abrir, ataques de raiva violenta e aparentemente não provocada, comprometimento da identidade e distorção do autoconceito. Enfim, a exposição cotidiana a situações humilhantes e constrangedoras pode desencadear um número de processos desorganizadores dos componentes psíquico e emocional (Da Silva, 2004). Em sendo um problema para a saúde física e mental da pessoa, esse sofrimento causado pelo racismo passa, necessariamente, a ser um problema de saúde pública. Como tal requer proposições de políticas públicas que garantam o direito a um serviço de saúde mental eficaz direcionado especificamente ao sofrimento da população negra produzido pelo racismo.

Historicamente, a vinculação entre raça e doença mental da teoria e da prática alienista do final do século XIX no Brasil levou os psiquiatras a construírem relações entre doença mental e as "raças" que eram consideradas inferiores. Eram "feitas associações entre características étnico-raciais e tipos de caráter, atribuindo-se certas formas de doença mental como típicas de determinadas etnias-raças" (Santos, Schucman e Martins, 2012, p.169). Prevalcia a ideia de que negros e mestiços estavam destinados à loucura, pois eram povos degenerados por definição, argumento que justificou e legitimou a instituição de dispositivos de controle social (Engel, 1999).

Por meio das concepções eugenistas, estava, portanto, determinado, preparado e justificado o tratamento a ser dado ao sofrimento psíquico do negro, uma vez que não havia como interferir na etnia das pessoas, na sua destinação à degeneração e à loucura. É válido supor que o pensamento eugenista não considerava que o negro passasse por sofrimento algum: ele apenas seguia seu destino determinado por sua genética. E desta forma, por meio da apropriação de ideias e ideais eugênicos, o sofrimento de minorias raciais e étnicas tornou-se alheio à construção do conhecimento, às ciências humanas, por tempo demasiado longo.

A relação entre raça e saúde, de maneira geral, e mais ainda entre raça e saúde mental especificamente é tema que ficou esquecido no pensamento brasileiro, muito provavelmente como consequência do mito da democracia racial brasileira. Na proposta de Zanello & Gouveia (2016), são fortes no Brasil os indícios de que o racismo saiu da visibilidade das teorias raciais do início do século XX e adentrou a invisibilidade da prática clínica atual, em um fenômeno que ultrapassa os limites da psiquiatria e penetra outras áreas clínicas. Um dos indícios é a não obrigatoriedade de se declarar a cor/raça do paciente quando da coleta inicial

de dados cadastrais.

A psicologia não ficou imune ao alheamento às questões afetas à diversidade racial e étnica e o lugar que elas ocupam na sociedade; nesta área a psicologia tem um histórico de omissão, a exemplo da psiquiatria. Segundo Munanga (2003), vítimas de preconceito racial e discriminação recebem pouca atenção da psicologia clínica. Ele acredita que a psicologia brasileira tem muito a produzir no conhecimento do racismo e suas consequências na estrutura psíquica tanto das pessoas-alvo quanto das perpetradoras do racismo.

A saúde mental é um campo pluridisciplinar. A todas disciplinas da saúde mental, inclusive à psicologia clínica, cabe a prontidão para contribuir com pesquisa e intervenções adequadas a qualquer tipo de população e de dor psíquica. A ajuda psicológica é fundamental também para pessoas que a buscam devido ao sofrimento psíquico pelo qual passam como consequência da experiência de racismo. É crescente o número de psicólogos (as) que acolhem clientes cujo sofrimento psíquico é originado no encontro inter-racial; esses profissionais deparam-se com subjetividades certamente afetadas pelo racismo cotidiano. A ausência de um olhar crítico do profissional impossibilita-lhes atentar para processos de preconceito e discriminação racial presentes no sofrimento psíquico de pessoas negras.

Na realidade da psicologia clínica brasileira inexistente a preocupação com a experiência de populações não brancas. Martins, Santos e Colosso (2013) encontraram apenas um artigo na área clínica (psicanálise), do total de 42 artigos. A tendência da disciplina é europeizante e arianizante na totalidade de seus modelos. A psicologia social foi, na década de 1930, pioneira nos estudos de relações raciais (Santos, Schucman & Martins, 2012), e é até hoje a área de psicologia que mais produz nessa temática (Martins, Santos & Colosso, 2013). É crescente o interesse da psicologia brasileira em investigar a opressão, a discriminação e a humilhação social como produtos das desigualdades nas categorias classe e gênero sem, no entanto, legitimar a categoria raça como variável de importância (Santos & Schucman, 2015). Tal realidade leva ao questionamento sobre a produção da psicologia clínica relativa às relações raciais.

Levando-se em consideração o forte impacto do racismo na saúde mental, como reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) e pelo Ministério da Saúde, e sua aparente invisibilidade como elemento importante na construção do sofrimento psíquico negro, o presente trabalho teve como objetivo geral fazer um levantamento e mapear o que foi publicado sobre o tema no Brasil, de 1999 a 2014. Como objetivo

específico, buscou-se verificar a contribuição que a Psicologia Clínica tem dado para esse debate.

Metodologia

Este estudo é uma revisão sistemática de publicações sobre racismo e saúde mental da população negra, em periódicos brasileiros indexados. A revisão sistemática de literatura é uma técnica para reunião, avaliação crítica e sintética dos resultados de múltiplos estudos em vários campos do conhecimento. Difere da revisão de literatura tradicional, no sentido de que, ao invés de adotar uma perspectiva informal e subjetiva de busca e síntese de dados, a revisão sistemática preza por um processo formal e controlado, com critérios claros de inclusão e exclusão de estudos (Zoltowski, Costa, Teixeira, & Koller, 2014).

Para fazer o levantamento e mapeamento da produção bibliográfica brasileira sobre o tema saúde mental e racismo, foram escolhidas duas grandes fontes de periódicos científicos latino-americanos: a SciELO e a LILACS. Essa escolha justifica-se por aglutinarem parcela significativa de periódicos brasileiros indexados. Ambas possuem textos completos e de acesso gratuito. A SciELO (Scientific Electronic Library Online) é uma biblioteca multidisciplinar, enquanto que a LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) é uma base de dados que abrange exclusivamente a produção em ciências da saúde. Em ambas as plataformas a pesquisa foi feita com o recorte geográfico “Brasil”.

O período pesquisado foi de 1999 a 2014. A escolha do recorte temporal longo para as publicações justifica-se exatamente pelos indícios de serem essas escassas, quiçá inexistentes. Esta busca foi realizada entre 30 de setembro de 2014 e 30 de novembro de 2014. Os descritores pesquisados foram Psicologia Clínica e Saúde Mental e equivalentes de um lado, e Racismo e correlatos, de outro. A escolha dos descritores de profissões privilegiou as categorias profissionais presentes no Centro de Assistência Psicossocial (CAPS): Psicóloga (o), Psiquiatra, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional e Enfermeiro (a). É uma literatura importante por mostrar as pesquisas feitas nesses campos e o possível impacto na e/ou da formação desses profissionais.

O grupo de descritores relativos à Psicologia Clínica e Saúde Mental e equivalentes foi composto por 48 descritores: abordagem human*, abordagem multicultural, aconselhamento psicológico, adoecimento mental, adoecimento psicológico, adoecimento

psíquico, análise comportamental, análise existencial, assistência psicológica, atendimento psicológico, doença mental, doença psicológica, doença psíquica, gestalt terapia, psicologia clínica, saúde mental, saúde psicológica, saúde psíquica, sofrimento mental, sofrimento psicológico, sofrimento psíquico, terapia de base analítica, terapia de base humanística, terapia existencial, terapia multicultural, transtorno mental, transtorno psicológico, transtorno psíquico, transtornos mentais comuns, tratamento psicológico, trauma de base racial, ansiedade, depressão, psicanálise, psicanalista, psicologia, psicólogo, psicopatologia, psicoterapia, psicoterapeuta psiquiatria, psiquiatra, serviço social, assistente social, terap* ocupacional, enfermagem enfermeir*, trauma.

O grupo relativo a racismo e correlatos incluiu termos correspondentes a formas de manifestações de racismo e termos especificamente relativos à etnia negra, no total de 15 descritores: *assédio racial, discriminação racial, injúria racial, ofensa racial, preconceito racial, relações étnico-raciais, relações raciais, violência racial, afrodescendente* ou afrodescendente*, etnia, negr*, negritude, raça, racia*, racismo.*

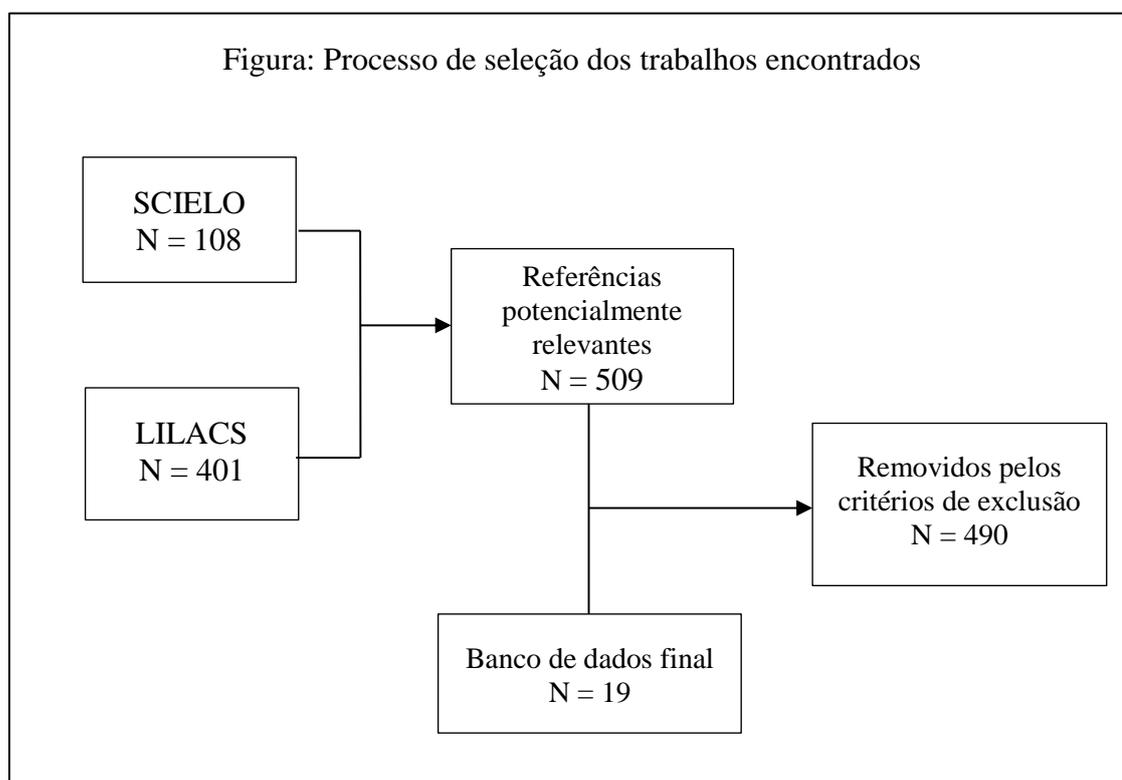
Cada descritor do primeiro grupo foi cruzado com todos os descritores do segundo grupo por meio de operadores booleanos, resultando em 720 combinações possíveis. A busca nas duas plataformas totalizou 509 resultados, sendo 108 na SciELO e 401 na LILACS. Dos 509 trabalhos, quatro não estavam disponíveis virtual ou fisicamente, foram solicitados via Programa de Comutação Bibliográfica (COMUT) e recebidos com êxito.

Os 509 trabalhos passaram por leitura do resumo e posterior filtragem pelos seguintes critérios de exclusão: (a) itens em duplicidade, ou seja, os artigos repetidos foram considerados apenas uma vez, as duplicadas foram descartadas; (b) trabalhos que, apesar de conterem ambos os descritores, não foram classificados como relevantes para a proposta desta pesquisa, por pertencerem a áreas do conhecimento não afins (por exemplo, HIV e comportamento sexual em Rio Negro); (c) itens que não eram artigo científico publicado em periódico indexado (teses, dissertações, capítulos, resumos, livros, manuais, informes, relatórios, etc.); (d) estudos que não tratavam de população brasileira nem de contexto brasileiro. Artigos que versavam sobre a saúde mental em geral, onde se pesquisou apenas um aspecto da saúde da população negra, não foram incluídos. O racismo necessariamente teria que ser foco; já a saúde mental poderia ser foco ou fundo.

Inicialmente o levantamento bibliográfico trazia como critério artigos que apresentassem a situação de intervenção. Uma vez encontrado apenas um artigo que lidava com a situação de intervenção, decidiu-se pela exclusão deste critério. Foram encontrados,

assim, dezenove artigos que tratavam da questão do racismo e da saúde mental de pessoas negras, que servem de pavimentação para o entendimento do tema deste trabalho.

A figura abaixo ilustra o processo completo de seleção descrito:



Os dezenove artigos foram lidos em sua totalidade, para produção de novos resumos, diferentes daqueles encontrados nas plataformas foram produzidos. Os temas foram distribuídos em cinco categorias: (a) Impacto do racismo / múltipla discriminação na saúde mental; (b) Abordagem histórica: incorporação do racismo em teorias psicológicas / psiquiátricas; (c) Percepção de psicólogos da saúde sobre o racismo; (d) A psicologia clínica / psiquiatria nas relações raciais ou nas relações que envolvam alteridade; e, (e) Crítica epistemológica / metodológica à Psicologia

Resultados e Discussão

Nos resultados apresenta-se a pífia produção do período estudado (1999-2014). Faz-se mister destacar, no entanto, que apesar dessa exígua produção, a Psicologia tem contribuído de maneira mais efetiva dentre as disciplinas de serviços de saúde. Os temas

variaram e distribuíram-se em cinco categorias como mostra a tabela abaixo, e serão apresentados em seguida, separados segundo: a categoria temática, criada a partir do agrupamento de artigos sob um nome genérico, com base nas características compartilhadas de seus conteúdos (Bardin, 2011; Koller, Couto & Hohendorff, 2014), a área do conhecimento do(a) 1^{o(a)} autor(a) e a área do periódico de publicação.

Tabela:

Distribuição numérica dos artigos por categorização temática

Categoria	N	%	Área 1^{o(a)} Autor/a	Área Periódico
1) Impacto do racismo/ múltipla discriminação na saúde mental	2	10,5	Psicologia: 1 Psiquiatria: 0 Serviço Social: 0 Terapia Ocupacional: 0 Enfermagem: 1	Saúde Pública: 1 Enfermagem: 1
2) Abordagem histórica: incorporação do racismo em teorias psicológicas / psiquiátricas	9	47,4	Psicologia: 5 Psiquiatria: 2 Serviço Social: 0 Terapia Ocupacional: 0 Enfermagem: 0 Antropologia Social: 1 História: 1	Psicologia: 4 Psicopatologia: 3 Saúde Coletiva: 1 História, Ciências, Saúde: 1
3) Percepção de psicó- logos da saúde sobre o racismo	1	5,3	Psicologia	Saúde
4) A psicologia clínica/psiquiatria nas relações raciais ou nas relações que envolvam alteridade	5	26,3	Psicologia//Intervenção: 1 Psicologia//Análise social: 1 Medicina Social//Análise social: 1 Psicologia//Formação do Psicólogo: 2	Saúde Social: 1 Psicologia: 2 Psicanálise: 1 Etnia e Doenças: 1
5) Crítica epistemológica / metodológica à Psicologia	2	10,5	Psicologia	Psicologia
	19	100	Psicologia: 12	Psicologia: 8

Categoria 1: Impacto do racismo/múltipla discriminação na saúde mental

Nesta categoria foram inseridos dois artigos: um de autoria de profissional da Psicologia (Bastos, Barros, Celeste, Paradies, & Faerstein, 2014), publicado em periódico da área de Saúde Pública e o outro oriundo da Enfermagem (Da Cruz, 2004), com publicação em periódico da mesma área.

Bastos et al. (2014) realizaram estudo empírico quantitativo, desenvolvido no contexto de um projeto de pesquisa que incluía o desenvolvimento e a avaliação psicométrica de um novo instrumento de autorrelato de experiências pessoais com discriminação (de raça, classe e idade). Os autores objetivaram preencher a lacuna de pesquisa em discriminação ao coletar informações fora dos Estados Unidos, avaliar experiências discriminatórias com múltiplas atribuições e explorar interações e associações com transtornos mentais comuns. Participaram 424 estudantes brasileiros de graduação em universidade pública

Ao estudar, porém o impacto de múltiplas discriminações na saúde mental, na crença de “aprofundar o entendimento de discriminação como um fenômeno social, como ele se manifesta e como pode ser combatido” (p. 177), o impacto da discriminação racial perde sua centralidade e dilui-se na interação com outras discriminações. Ao diluirmos o tema, o objetivo foge da esfera racial e, portanto, deixa de fomentar políticas públicas para a população negra, e leva nossa pesquisa em relações raciais e saúde mental a permanecer indefinidamente incipiente. É importante, ainda, mencionar que o estudo considerou cor/raça, classe e idade, e não considerou a dimensão gênero, que poderia levar a resultados diferentes. Por fim, o trabalho como um todo sugere, em uma eventual replicação mais rigor metodológico, principalmente em se tratando de desenvolvimento e validação de instrumento psicométrico.

A revisão bibliográfica realizada por Da Cruz (2004), de 1990 a 2003, na área de enfermagem, analisou a situação da mulher negra em atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de buscar informações sobre as quais basear a criação de ações afirmativas em face ao racismo e ao sexismo institucionais sofridos pelas mulheres negras no âmbito do SUS. A autora (a) verificou que o desconhecimento das necessidades da mulher negra por parte das instituições e dos profissionais de saúde contribui para a persistência de estruturas de discriminação; (b) constatou que o número de textos sobre saúde da mulher negra, violência contra mulheres, violência doméstica é exíguo; (c)

observou o impacto do racismo, do sexismo e da discriminação sobre a saúde mental da mulher negra a partir da constatação de distúrbio da autoestima e distúrbio do auto conceito; (d) atribuiu a presença do sofrimento psíquico à opressão, materializado na taxa de mortalidade por transtornos mentais, superior ao de pacientes brancas, provavelmente resultantes de tratamento racializado; (e) sugeriu intervenções afirmativas possíveis de serem efetuadas por todos os envolvidos: a paciente negra, os profissionais, as instituições, a sociedade civil organizada e os gestores do SUS.

É considerável o número de prejuízos que atingem a mulher negra, levantados já há mais de uma década, por Da Cruz (2004). Desde então tem crescido a pesquisa sobre interseccionalidade, conceito que expressa o fato de que formas sexuais de injustiça são análogas e empiricamente entrelaçadas com outras formas de injustiça, como, por exemplo, as relativas a raça, etnia, classe e religião (Kerner, 2012). Apesar de não ser este o tema deste trabalho, é válido apontar que a desconstrução da imagem negativa das mulheres negras, duplamente invisibilizadas, é parte fundamental do processo de desconstrução do racismo como um todo, sendo atualmente a interseccionalidade gênero-raça um crescente e promissor campo de pesquisa nesse sentido.

Categoria 2: Abordagem histórica: incorporação do racismo em teorias psicológicas / psiquiátricas

Esta categoria foi contemplada com nove artigos. São várias as áreas profissionais do primeiro autor/da primeira autora: cinco da Psicologia (Masiero, 2002; Masiero 2005; Weyler, 2006; Serra & Scarcelli, 2014; Santos, Schucman & Martins, 2012), dois da Psiquiatria (Oda, 2004; Oda & Dalgalarrodo, 2004); um da Antropologia Social (Venancio, 2004) e um da História (Engel, 1999). Seis artigos são referentes à Psiquiatria e três à Psicologia. Já com relação à área do periódico, quatro são de Psicologia (Masiero, 2002; Masiero 2005; Weyler, 2006; Santos et al., 2012), três de Psicopatologia (Serra & Scarcelli, 2014; Oda, 2004; Oda & Dalgalarrodo, 2004); um de Saúde Coletiva (Venancio, 2004) e um da área de História, Ciência e Saúde (Engel, 1999).

Dos nove artigos, oito giram em torno da entrada das teorias raciais, da eugenia e do racismo científico nas teorias psicológicas e psiquiátricas no Brasil. Por exemplo, Masiero (2002) analisou a tentativa de vigilância e disciplinamento das manifestações religiosas de matriz africana, com base em uma psicologia tomada por ideias eugênicas. Também Masiero

(2005) demonstrou como as teorias raciais entraram no âmbito das ciências psicológicas e direcionaram seus conceitos e práticas. Para Weyler (2006), as teorias raciais europeias adotadas a partir de 1870 para entender a loucura cumpriam funções sociais e políticas e influenciaram, com o Estado, na percepção da saúde mental e nas práticas psicológicas e psiquiátricas no Brasil. Serra e Scarcelli (2014) também analisaram a influência da ciência eugênica no trabalho psiquiátrico prático e teórico. Em 1999, Engel já discutira o quanto a definição de normal e anormal pela psiquiatria refletiu a sua inserção política e social a serviço do controle social. Venancio (2004) analisou as concepções de Juliano Moreira sobre doença mental, raça e sexualidade, concluindo que ele não atribuiu nem à raça nem ao gênero os males mentais sofridos por negros e mulheres. Oda (2004) apresenta o antropólogo, médico legal e psiquiatra, Nina Rodrigues e sua reafirmação da mestiçagem como responsável pela predisposição à alienação mental, à sugestionabilidade e ao desequilíbrio mental. Por fim, Oda e Dalgalarondo (2004) apresentam ideias de Nina Rodrigues (1862-1906) sobre a capacidade dos negros de manifestarem paranoia. Alguns destes artigos merecem observação.

A importância das duas análises históricas feitas por Masiero (2002 e 2005) para a psicologia provém do fato de mostrarem com clareza a força com que as teorias eugênicas penetraram o saber psicológico, que, como a psiquiatria, desempenhou funções sociais e políticas, sobretudo com a utilização da psicometria para o exercício cientificamente justificado da seleção/exclusão dos indesejáveis. E permanece forte até hoje nos ramos mais positivistas e organicistas da psicologia, devido à crença em sua cientificidade.

O autor relembra o papel fundamental da história da psicologia na formação do profissional: "Para além de sua suposta neutralidade, no passado ou no presente, a ciência pode servir a interesses de classes ou de justificativas para a segregação de minorias, sobretudo no Brasil, onde as teorias racistas foram outrora cultivadas por uma elite intelectual motivada mais ideológica que cientificamente" (Masiero, 2005, p. 205). Isto nos remete à atual escalada da intolerância racial no Brasil, fato que provavelmente terá impacto na demanda por atendimento de pessoas alvo do racismo, o que intensifica a necessidade de consideração das relações raciais pela psicologia clínica.

Venancio (2004) constatou que Juliano Moreira (a) transmutou em discurso antideterminista as teorias psiquiátricas organicistas alemãs; (b) teria considerado a degeneração como doença mental, porém sem qualquer ligação com raça, cor ou nacionalidade; (c) nos textos pesquisados não se encontrou conexão entre sífilis e raça,

tampouco referências conectando a origem da degeneração à natureza feminina. Sendo negro e tendo tido mestres brancos e formação organicista e eurocêntrica, este psiquiatra parece ter vivido à frente do seu tempo (1873-1933). É também digno de nota que tenha sido necessário um psiquiatra negro para discordar da base dita científica da eugenia.

O nono artigo nesta categoria, Santos et al. (2012), apresenta um histórico do pensamento psicológico brasileiro sobre as relações étnico-raciais. Os autores identificaram uma linha no tempo por onde velejou o pensamento psicológico brasileiro, “momentos de ruptura e de configuração de novos saberes em Psicologia” (p. 174), relativos à compreensão da alteridade, do poder e da intersubjetividade. O primeiro momento, denominado biológico-causal, do final do século XIX ao início do século XX, caracterizou-se pelo estabelecimento do modelo médico psicológico. Nesse período incluem-se os demais oito artigos históricos. Os outros períodos foram denominados culturalista, com a desconstrução do determinismo biológico (de 1930 a 1950) e relacional (a partir de 1990), caracterizado pelo início dos estudos sobre branqueamento e branquitude (Santos et al., 2012).

Nota-se nesta categoria, que os estudos de abordagem histórica tratam, na maioria, de temas psiquiátricos, e visitam o passado sem avançar, no entanto, proposta ou chamamento para o presente ou para o futuro. Dos nove textos desta categoria, apenas dois foram escritos por psiquiatras; no entanto, seis textos - teóricos - versaram sobre a psiquiatria. Esses dados levantam um questionamento sobre a ação da psiquiatria brasileira contemporaneamente, no que diz respeito ao racismo dentro dos serviços de saúde mental. Já os textos de psicologia nesta categoria, mesmo tendo abordagem histórica trazem, ao contrário, alguma recomendação à guisa de conclusão. Não cremos ser cedo demais para supor que a psicologia se adiantou à psiquiatria em seu interesse por relações étnico-raciais e saúde mental e pela consequente produção científica a respeito da temática. Na verdade, o artigo de Santos et al. (2012) constata a preocupação com relações raciais na psicologia desde a década de 1930, ainda que restrita à psicologia social.

Categoria 3: Percepção de psicólogos da saúde sobre o racismo

Nesta categoria foi obtido apenas um artigo, Tavares, Oliveira e Lages (2013), cuja primeira autora é profissional de psicologia, e cujo periódico é da área de saúde. Neste estudo empírico, sete psicólogos do setor de psicologia de três hospitais públicos de Belo Horizonte passaram por entrevista semiestruturada. Os dados foram interpretados por análise de

conteúdo. Identificaram-se seis núcleos temáticos: (a) percepção do racismo institucional; (b) iniquidade em saúde; (c) conhecimento sobre as leis e ações afirmativas em prol da promoção da igualdade racial; (d) interpretação dos psicólogos sobre o racismo; (e) existência de preconceitos e discriminação dentro dos centros de saúde; efeitos psicossociais do racismo; (f) papel da psicologia frente ao racismo institucional na saúde.

Apenas uma profissional percebeu a existência do tratamento desigual no atendimento a usuários negros. As relações étnico-raciais, notadamente o racismo, não são problematizadas pelos profissionais, ou seja, as desigualdades são naturalizadas, não questionadas, invisíveis. Um profissional deixou transparecer uma sugestão de branqueamento como saída, que é a *ideologia da miscigenação*¹⁰ como solução para a opressão do negro. Nenhum profissional soube definir racismo institucional. Os profissionais desconheciam as vulnerabilidades específicas da população negra. Apenas dois entrevistados assinalaram conhecer anemia falciforme, e nenhum soube nomear qualquer outra patologia, sequer as psicológicas, originadas por preconceito e discriminação. Todos os profissionais desconhecem a Lei 9.934, de 26/06/2010 (sobre política municipal de promoção da igualdade racial), assim como a Política Municipal de Saúde da População Negra, de 25/04/2008.

Não apareceu nas entrevistas o adoecimento psíquico como resultante das relações

¹⁰A miscigenação entre negros e brancos no Brasil não foi espontânea; foi parte da escravização colonial, resultado de um cruzamento forçado pela violência e pela exploração portuguesas. As ideias de branqueamento, articuladas principalmente por juristas positivistas brasileiros, surgiram no período pré-abolição, uma vez que a miscigenação era irreversível. A chamada “ideologia da miscigenação” tem, assim, lugar central na autoimagem nacional e influencia a produção científico-artístico-cultural no Brasil.

Tal ideologia se materializou com uma política de branqueamento do país no final do século XIX, com o incentivo da imigração europeia como forma de promover a assimilação gradual pela população brasileira de características (somáticas, mentais e psicológicas) atribuídas à branquitude, consideradas superiores (Guimarães, 2004). O desejo do branqueamento se estendia do campo da ciência para as artes, escritos dos pesquisadores, imprensa (Bento, 2012).

Essa ideologia correspondia, naquela época, às necessidades, anseios, preocupações e medos das elites brancas; atualmente, essa mesma ideologia atribui ao negro o desejo de branquear ou de alcançar os privilégios da branquitude por inveja, imitação ou falta de identidade étnica positiva. Ou seja, o fenômeno, socialmente imposto - a negação da identidade negra (física e cultural), é patologizado, como se fosse um problema estritamente negro; ignora-se seu agenciamento ideologicamente motivado.

Consequência duradoura, e das mais impactantes na *psique* negra, é o espelhar-se no ideal de ego branco, em cuja construção “a primeira regra básica que ao negro se impõe é a negação” (Souza, 1983, p. 34); é a pele negra de máscara branca (Fanon, 2008), ou o escravismo psíquico (Akbar, 1984), ou ainda o que, segundo Speight (2007), é o mais perverso dano psicológico causado pelo racismo: a internalização do racismo.

Nas palavras de Akbar (1984) a “escravidão psíquica”, comparando racismo internalizado com a escravidão dos anos 1800, seria “a escravidão que captura a mente e encarcera a motivação, percepção, aspiração e identidade em uma teia de anti ego imagens, gerando uma autodestruição pessoal e coletiva, mais cruel do que as algemas nos pulsos e tornozelos. A escravidão que se alimenta da psicologia, invadindo a alma do homem, destruindo sua lealdade a si mesmo e estabelecendo fidelidade às forças que o destroem é uma forma ainda pior de captura” (p. 2).

étnico-raciais malfazejas. Tampouco o silêncio e a inexistência de denúncia por mau tratamento devido à cor foram vistos pelos profissionais como sinais do preconceito e discriminação. As autoras concluem pela ausência de percepção do racismo institucional por parte dos profissionais entrevistados e sugerem como solução os cursos de formação em psicologia e a implementação, pelos Conselhos, de ações para sensibilizar e instrumentar a categoria.

Este artigo é particularmente significativo por retratar o desconhecimento praticamente total, por parte dos psicólogos, da realidade da população negra a quem atende rotineiramente, uma vez que trabalham em hospital público. O desconhecimento das políticas públicas já existentes em benefício da população negra nos leva à conclusão de que esses profissionais lidam com essa população com base em padrões díspares da realidade negra. O estudo evidencia, sobretudo, a lacuna na formação do psicólogo no que tange as relações étnico-raciais, principalmente as especificidades da saúde da população negra e o racismo institucional, sobremaneira invisibilizado.

Categoria 4: A psicologia clínica/psiquiatria nas relações raciais ou nas relações que envolvam alteridade

Nesta categoria foram incluídos cinco artigos, sendo um relativo a intervenção (Guimarães & Podkameni, 2008), dois tratam de análise social da temática (Zamora, 2012; Pavão, Ploubidis, Werneck, & Campos, 2012) e outros dois dizem respeito à formação do psicólogo e seu comprometimento social (Delfino, Reis Filho, Foscarini & Avelino, 2001; Azeredo, 2002). Quanto à área de atuação dos profissionais, quatro eram da Psicologia (Guimarães & Podkameni, 2008; Delfino et al., 2001; Azeredo, 2002 e Zamora, 2012) e um da área de Medicina Social (Pavão et al., 2012); por periódico de publicação, um é da área de Saúde Social (Guimarães & Podkameni, 2008), dois de Psicologia (Azeredo, 2002; Zamora, 2012), um de Psicanálise (Delfino et al., 2001) e um de Etnia e Doença (Pavão et al., 2012).

Guimarães e Podkameni (2008) realizaram estudo empírico de 1999 a 2000, junto a gestantes negras e não negras no Rio de Janeiro, tendo por método a pesquisa-ação e a observação participante, baseados no pensamento teórico clínico winnicottiano, e tendo como estratégia de intervenção a Rede de Sustentação Coletiva. O conceito de “situação conflitual traumatizante” foi desenvolvido pelos autores e diz respeito ao prejuízo na

manutenção e realimentação do espaço potencial winnicottiano, que, no caso da população negra, é gerado pela vivência contínua em um ambiente nocivo. O racismo fomenta situações conflituais traumatizantes. A Rede de Sustentação coletiva, que é a intervenção criada pelo primeiro autor (Guimarães, 2001), para atender a situação traumatizante por meio da manutenção e realimentação do campo subjetivo, consiste em 20 encontros que intercalam vivências grupais com palestras informativas com temas de interesse específico. Os autores avaliaram positivamente o projeto como facilitador da elaboração e do escoamento psíquicos. Concluíram que a experiência da Rede de Sustentação Coletiva pode ser utilizada como estratégia possível para obstrução dos efeitos nocivos do meio ambiente sociocultural brasileiro sobre a saúde mental afrodescendente.

Nos dois artigos relativos à análise social da temática, primeiramente, Pavão et al. (2012) verificaram o impacto da discriminação racial na saúde da população negra no Brasil, investigando a associação entre discriminação racial e três efeitos na saúde: autopercepção da saúde (SRH), morbidade física e depressão. Como resultado (a) a discriminação racial teve uma forte associação com três aspectos pesquisados: autoavaliação da saúde, morbidade física e depressão; (b) a experiência de qualquer nível de discriminação racial foi associada a um aumento de 1,4 vezes na probabilidade de se ter uma saúde fragilizada; (c) a depressão foi o efeito na saúde que apresentou a associação mais pronunciada com a discriminação racial.

No segundo artigo, Zamora (2012) utiliza o modelo da produção de subjetividade e da concepção de biopoder de Foucault para examinar estudos que tratam das consequências do racismo como veículo de subjetivação. A autora apresenta noções de raça, racialismo e racismo e dados concretos sobre a desigualdade racial no Brasil e demonstra como a desigualdade não pode ser reduzida somente à pobreza. Zamora aponta a incongruência do racismo brasileiro sem racistas: enxerga-se o preconceito racial na sociedade brasileira, sem que, no entanto, a pessoa se veja como preconceituosa. São apontadas outras especificidades do racismo brasileiro: fortes resistências à mudança baseadas no persistente mito da democracia racial; desqualificação das tentativas de solução das inequidades sociais como racismo inverso; atribuições à raça de traços negativos dos negros. A autora menciona Bento (2003), que revela a negação do racismo implícito nessas e outras práticas de violência brutal, bem como a dificuldade de destacar-se como negro, por ser sempre “o estranho no ninho” sem poder contrapor-se a uma opressão que não é assumida. A autora identifica como o local desprivilegiado de subjetivação do negro afeta sua saúde física e mental, além de

reduzir-lhe várias oportunidades em termos de garantia de direitos e cidadania. Zamora conclui apontando a urgência da necessidade de políticas públicas com a participação da população negra, e identifica também a necessidade de aumentar a ainda incipiente produção da psicologia clínica brasileira no campo das relações étnico-raciais, e de se repensar a formação do psicólogo clínico e seu papel social (Zamora, 2012).

Para responder à pergunta “o que escuta um psicanalista quando fala um negro?”, Delfino et al.(2001) fizeram uma reflexão a respeito dos efeitos, sobre o psiquismo dos negros, da associação histórica do fracasso ao negro. Os autores se perguntam de que um psicanalista branco não dá conta, quando ele interpela o psicanalista negro para encaminhar-lhe um cliente negro sob a alegação de que “Não dou conta de trabalhar com negro”.

É descrito muito apropriadamente o desenvolvimento da relação do negro com seu corpo, objeto a ser lapidado pelo olhar alheio, de um padrão que sequer se assemelha ao seu próprio. O que o negro busca é, segundo os autores, simplesmente "ser negro" (Delfino et al., 2001). Os autores questionaram, ainda, se estariam os psicanalistas, inclusive psicanalistas negros, preparados para o processo analítico de pessoas negras. Por fim, advertiram que o não receber clientes negros(as) equivaleria a falhar, pois o(a) cliente negro(a) deveria representar um convite a novas leituras que alcancem além do corpo negro no divã, e conclamaram a essa releitura. Afinal, o inconsciente que está sendo ouvido, “não tem cor, nem sexo, nem idade” (Delfino et al.2001). Consideramos que uma releitura de teorias euro-centradas sob o viés das relações étnico-raciais e a apropriação de teorias afrocentradas, são fundamentais na formação de todos os profissionais da saúde mental. É o que possibilitará ver se há uma cor, um sexo, uma idade ou uma classe naquele inconsciente “humano” sendo escutado.

Azerêdo (2002) também defende a necessidade de suprir a falha de formação em Psicologia no que tange à dimensão política como abertura para todas as diversidades. As explicações não consideram aspectos sociais produtores de grandes problemas mentais e sociais, em uma sociedade onde a pluralidade impera, mas é esquecida como motivadora da separação da sociedade em coletividades raciais, étnicas, de gênero, de classe, conforme a conveniência do poder estabelecido. Ao terminar sua formação, o psicólogo está familiarizado com o enfoque individualista e alheio a questões sociais; as questões raciais, étnicas, de gênero e de classe tendem a permanecer invisíveis, uma vez que o profissional não foi exposto à busca de soluções coletivas para resolver a questão da desigualdade. A autora finaliza apresentando sua experiência docente inspirada na técnica do grupo

operativo, de Enrique Pichón-Rivière, “para criar uma metodologia de ensino que possibilite a expressão da diversidade e o restabelecimento da pluralidade” (p. 19), e lidar com a questão da construção da identidade de grupos excluídos (mulheres, imigrantes nordestinos, travestis e negros). A psicologia precisa deixar que o enfoque individualista, historicamente privilegiado, ceda o devido lugar aos determinantes históricos e à dimensão política da constituição do ser humano.

Categoria 5: Crítica epistemológica / metodológica à Psicologia

Esta categoria inclui dois artigos: Santos & Martins (2013) e Oliveira (2002), cujos autores são profissionais da área de Psicologia e o periódico de publicação é também da Psicologia. Santos e Martins (2013) criticaram as metodologias científico-naturais, que dissociam os fenômenos de seus contextos sociais, humanos e ecológicos e desconsideram as categorias intencionais e valorativas, impedindo a compreensão das atividades humanas que incluem valores, principalmente os éticos e políticos. Apresentaram a psicologia crítica como uma alternativa para dar conta dos pontos cegos do cientificismo na atividade teórica e prática da Psicologia, com a função de “desconstruir, reconstruir e construir o conhecimento psicológico” (p.50) visando à mudança de suas práticas. Oliveira (2002) fez uma análise histórico-filosófica do preconceito, mostrando suas raízes sociais, como uma construção a serviço da ideologia dominante de base europeia, em cujos mitos estamos mergulhados. A base da discriminação é a presença de qualquer característica indesejada pelo grupo dominante e não segue qualquer raciocínio lógico e/ou prova científica. O desafio da psicologia estaria então em desvencilhar-se da ideologia dominante e abrir-se para a pluralidade e produzir conhecimento científico sério como forma de afastamento do mito.

Considerações finais

O objetivo do presente estudo foi realizar um levantamento da produção científica a respeito dos impactos do racismo na saúde mental da população negra e, ao mesmo tempo, verificar a contribuição da psicologia nessa produção. O resultado alcançado na presente revisão de literatura mostrou-se insatisfatório. A discussão da temática no Brasil mostrou-se muito incipiente. Quanto à contribuição da psicologia, esta mostrou ter contribuído mais que a psiquiatria em termos de proposições.

No que se refere a limitações deste estudo aponta-se o critério que exclui a produção acadêmica não publicada em periódico indexado a uma das plataformas pesquisadas. Artigos não indexados não aparecem nesta pesquisa, o que não quer dizer que não existam. Foram localizados artigos a partir das referências dos artigos alvo deste trabalho, que, embora de qualidade razoável, não constaram do levantamento bibliográfico por não estarem indexados. Além destes, é do nosso conhecimento a existência de literatura não indexada que contempla o tópico deste trabalho, mas que se mantém invisibilizada. Isto pode indicar que tanto os mecanismos de indexação de periódicos científicos, quanto os mecanismos de outras formas de publicação, seguem a mesma lógica criterial atravessada pelo racismo institucional (assim como pelo machismo e pela misoginia). Pode ser isto mais uma ação do racismo epistêmico, impeditivo da circulação de informações sobre o racismo brasileiro. É, portanto, necessário pensar-se uma política de visibilidade da pesquisa psicológica em relações raciais no contexto brasileiro. Não pode ser considerada exótica a produção de conhecimento que diz respeito a mais de 54% por cento da população do país.

A partir da leitura dos dezenove artigos pode-se depreender o seguinte:

1. É incipiente a pesquisa em relações étnico-raciais e saúde mental no Brasil.
2. É importante a pesquisa da interseccionalidade no caso das mulheres negras.
3. As teorias raciais, a eugenia e o racismo científico ainda têm forte rastro sobre a psicologia e a psiquiatria brasileiras, refletidas no desempenho de funções sociais e políticas.
4. Os psicólogos da saúde parecem ter pouca percepção das relações étnico-raciais deletérias no Brasil, e não será fora de mira afirmar o mesmo dos psicólogos de outras áreas, principalmente a clínica.
5. Depressão teve a associação mais pronunciada com experiências de discriminação racial, comparada com auto avaliação da saúde e morbidade física.
6. Quando adequadamente contemplados os efeitos nocivos do racismo brasileiro na saúde psíquica dos afrodescendentes podem ser obstruídos.
7. É necessário um esforço de releitura das teorias hegemônicas sob um olhar crítico antirracista, ou mesmo a adoção de teorias afrocentradas.
8. A psicologia ignora aspectos políticos e sociais geradores de problemas mentais e sociais; é necessário que a psicologia: (a) passe a considerar mais o coletivo; (b) enfrente o desafio de desapegar-se da ideologia dominante e abra-se para outras formas epistemológicas; e, (c) utilize-se da psicologia crítica para

instrumentar a mudança em suas práticas metodológicas.

O cenário das pesquisas apresentadas aponta, portanto, a necessidade urgente de ênfase investigativa, na agenda da psicologia clínica, dos impactos do racismo na saúde mental de pessoas negras, vistos de uma perspectiva dual, qual seja, tanto a vivência diária do racismo como estressor e causador de sofrimento, quanto o racismo invisível dos serviços de saúde mental, que primariamente deveriam acolher a pessoa alvo do racismo. A população negra se beneficiará ainda mais com a extensão dessa agenda às demais áreas de conhecimento que compõem os serviços dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial): psiquiatria, serviço social, enfermagem, terapia ocupacional, pedagogia, etc. Boa parte do atendimento à população negra concentra-se nesse serviço público de assistência à saúde mental.

É necessária a desconstrução da psiquiatrização racial e consequente medicalização do negro - resquício das práticas psiquiátricas do Brasil do início do século XX, de inspiração racista eugênica (Costa, 2007; Zanello & Gouveia, 2016) - por meio de uma nova organização do serviço de saúde mental como um todo. Para tanto, precisamos de reflexão acadêmica equilibrada com a reflexão política. As pesquisas da área clínica podem dialogar fartamente com a psicologia social, utilizando seu arcabouço teórico, por ser a subárea da psicologia de maior produção de conhecimento sobre o tema, como verificaram Martins, Santos e Colosso (2013). Lamentavelmente, relações étnico-raciais na saúde mental continuam não sendo tema para a pesquisa psicológica clínica.

Aponte-se aqui a existência de uma lacuna estatística nos serviços de saúde no Brasil com relação ao pertencimento étnico-racial da população atendida. Persiste a dificuldade prática de implementação do quesito cor ou raça/etnia nos cadastros de tais serviços, mesmo tendo o Brasil assumido o compromisso na Conferência Mundial de Durban, em 2001, de cumprir políticas e práticas de coleta e desagregação de dados, pesquisas e estudos nessa área. A população negra passou de minoria a maioria, mas permanece invisível. A parcela da população negra brasileira atendida em serviços de saúde mental como um todo (aconselhamento, assistência social, psicoterapia e psiquiatria), consequentemente permanece invisível, uma vez que a coleta de dados relativos ao pertencimento étnico-racial não é feita. As palavras de Jewel (2002) ainda se aplicariam aqui e agora: clientes de minorias raciais e étnicas continuam a ser desconhecidos. E são consequentemente mal servidos. Em termos de Brasil, tais minorias seriam as populações não brancas.

É igualmente necessário promover maior consciência e compreensão de como o racismo opera, a multiplicidade de suas manifestações e o impacto que tem sobre as pessoas. É importante estudar e reconhecer este impacto para que as consequências das agressões raciais não continuem sendo ignoradas, subestimadas, invisibilizadas. É imprescindível a realização de pesquisas para se traduzirem em práticas as recomendações da resolução 018/02, que “Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação ao preconceito e à discriminação racial” (CFP, 2002).

No nível governamental, a preocupação do Ministério da Saúde com o racismo como causador de sofrimento psíquico e com a relação inversa entre racismo e saúde mental, geralmente ignorada nos serviços de saúde mental (Brasil, 2016), resultou na criação, em abril de 2014, do Grupo de Trabalho sobre Racismo e Saúde Mental. Em sua constituição o GT contou com a parceria da Política Nacional de Humanização, com a participação de outros representantes do governo, da sociedade civil e de universidades. Seu objetivo principal era discutir estratégias em busca do aprimoramento das práticas e em busca da ampliação do olhar dos profissionais, para o reconhecimento do racismo enquanto produtor de sofrimento psíquico (Brasil, 2016). Apesar de seu importante trabalho de conscientização, o Grupo de Trabalho sobre Racismo e Saúde Mental sofreu interrupção de atividades, no rastro das recentes mudanças políticas, retrocessos e desfigurações da política de saúde mental, repudiadas pelo CFP.

O racismo no Brasil é um fenômeno ao mesmo tempo presente e negado (Zamora, 2012). Os profissionais da saúde mental são incapazes de reconhecer a linguagem, o comportamento e as atitudes racistas internalizadas de seu próprio racismo encoberto. Para o usuário afrodescendente, tal experiência estressante e traumática tem efeito cumulativo ao longo da vida e impactará a saúde mental da pessoa. O profissional que, teoricamente, contribuiria para o alívio da pessoa, ao contrário, lhe inflige mais dor. Essa invisibilidade do racismo no campo dos dispositivos da saúde mental é aparentemente ainda muito pouco problematizada. Assim, a inserção da temática do racismo como estressor responsável por dor, sofrimento e até morte, na agenda da psicologia deve ser feita não apenas de forma transversal no currículo, mas também como disciplina específica; é necessária no ensino/treinamento, na prática clínica, e na pesquisa psicológica.

Referências

Referências marcadas com asterisco indicam os estudos incluídos na revisão.

- *Akbar, N. (1984). Africentric social sciences for human liberation. *Journal of Black Studies*, 14(4), 395–414. <https://doi.org/10.1177/002193478401400401>
- Azerêdo, S. M. da M. (2002). O político, o público e a alteridade como desafios para a psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 22(4), 14–23. <https://doi.org/doi:10.1590/S1414-98932002000400003>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bastos, J. L., Barros, A. J. D., Celeste, R. K., Paradies, Y., & Faerstein, E. (2014). Age, class and race discrimination: their interactions and associations with mental health among Brazilian university students. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(1), 175–186. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00163812>
- Bento, M. A. S. (2003). Branqueamento e branquitude no Brasil. In I. Carone & M. A. S. Bento (Orgs.), *Psicologia social do racismo: Estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil* (2º ed, p. 25–58). São Paulo: Vozes.
- Bock, A. M. B., Ferreira, M. R., Gonçalves, M. D. G. M., & Furtado, O. (2007). Sílvia Lane e o projeto do “Compromisso Social da Psicologia”. *Psicologia & Sociedade*, 19(spe2), 46–56. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000500018>
- Brasil. (2016). *Temático Saúde da População Negra. (Painel de Indicadores do SUS; v. 7, n. 10.)* (Vol. VII).
- Brasil. (2013). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política do SUS* (2.). Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Carter, R. T. (2007). Racism and Psychological and Emotional Injury. *The Counseling Psychologist*, 35(1), 13–105. <https://doi.org/10.1177/0011000006292033>
- Carter, R. T., Mazzula, S., Victoria, R., Vazquez, R., Hall, S., Smith, S., ... Williams, B. (2013). Initial development of the Race-Based Traumatic Stress Symptom Scale: Assessing the emotional impact of racism. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/a0025911>
- Conselho Federal de Psicologia - CFP. (2002). *Resolução 018/2002*. Brasília/DF: Conselho Federal de Psicologia.
- Costa, J. F. (2007). *História da psiquiatria no Brasil. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Cruz, I. C. F. da. (2004). A Sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(4), 448–457. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000400011>
- Delfino, E. M., Reis Filho, J. T., & Avelino, S. R. G. F. W. (2001). Violência e questão racial no Brasil - uma leitura psicanalítica. *Reverso*, 23(48), 17–23.

- Engel, M. G. (1999). As fronteiras da anormalidade: psiquiatria e controle social. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701999000100001>
- Fanon, F. (2008). *Pele negra máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA. <https://doi.org/10.7476/9788523212148>
- Guimarães, A. S. A. (2004). Preconceito de cor e racismo no Brasil. *Revista de Antropologia*, 47(1), 9–43. <https://doi.org/10.1590/S0034-77012004000100001>
- Guimarães, M. A. C. (2001). *A rede de sustentação: um modelo winnicottiano de intervenção em saúde coletiva*. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- Guimarães, M. A. C., & Podkameni, A. B. (2008). A Rede de Sustentação Coletiva, Espaço Potencial e Resgate Identitário: Projeto Mãe-Criadeira. *Saude E Sociedade*, 17(1), 117–130. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000100011>
- Helms, J. E. (1984). Toward a theoretical explanation of effects of race on counseling Black and white model. *The Counseling Psychologist*, 12(4), 153–165. <https://doi.org/10.1177/0011000084124013>
- Helms, J. E., & Cook, D. A. (1999). *Using race and culture in counseling and psychotherapy: Theory and process*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Heringer, R. (2002). Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(suppl), S57–S65. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700007>
- IBGE. (2015). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) - Síntese de Indicadores 2013*. IBGE. Rio de Janeiro.
- Igreja, R. L. (2016). Combate al racismo y la discriminación racial en Brasil : legislación y acción institucional. *Revista de Antrpología Social*, (51), 32–49.
- Jewel, P. (2002). Multicultural Counselling Research – An Evaluation with Proposals for Future Research. In Sage (Org.), *Multicultural Counselling – a Reader*. (p. 241–267). London.
- Kerner, I. (2012). Tudo é interseccional?: Sobre a relação entre racismo e sexismo. *Novos Estudos - CEBRAP*, (93), 45–58. <https://doi.org/10.1590/S0101-33002012000200005>
- Koller, S. H., Couto, M. C. P. de P., & Hohendorff, J. Von. (2014). *Manual de Producao Cientifica*. (S. H. Koller, M. C. P. de P. Couto, & J. Von Hohendorff, Orgs.). Poeto Alegre/RS: Penso Editora.
- Lins, S. L. B., Lima-Nunes, A., & Camino, L. (2014). O papel dos valores sociais e variáveis psicossociais no preconceito racial brasileiro. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 95–105. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100011>
- Maió, M. C. (2001). UNESCO and the Study of Race Relations in Brazil: Regional or National Issue? *Latin American Research Review*.
- Martins, E., Colosso, M., & Santos, A. de O. dos. (2013). Relações étnico-raciais e psicologia : publicações em periódicos da SciELO e Lilacs. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3), 118–133.
- Masiero, A. L. (2002). “Psicologia das raças” e religiosidade no Brasil: uma intersecção histórica. *Psicologia: ciência e profissão*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932002000100008>

- Masiero, A. L. (2005). A Psicologia racial no Brasil (1918-1929). *Estudos de Psicologia*, 10(2), 199–206. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2005000200006>
- Munanga, K. (2003). Prefácio. In I. Carone & M. A. S. Bento (Orgs.), *Psicologia social do racismo: Estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil* (2a. ed., p. 9–11). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Nunes, S. D. S. (2006). Racismo no Brasil: tentativas de disfarce de uma violência explícita. *Psicologia USP*, 17(1), 89–98. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000100007>
- Oda, A. M. G. R. (2000). Nina Rodrigues e a loucura epidêmica de Canudos. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*, III(2), 139–144. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1415-47142000002009>
- Oda, A. M. G. R., & Dalgalarrodo, P. (2004). Uma preciosidade da psicopatologia brasileira: A paranóia nos negros , de Raimundo Nina-Rodrigues. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VII(2), 147–160.
- Oliveira, C. M. de. (2002). Pluralidade racial: Um novo desafio para a psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*.
- OMS. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genève, Suíça.
- Paradies, Y. (2006). A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *International Journal of Epidemiology*, 35(4), 888–901. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl056>
- Pavão, A. L. B., Ploubidis, G. B., Werneck, G., & Campos, M. R. (2012). Racial Discrimination and Health In Brazil: Evidence from a Population-Based Survey. *Ethnicity & Disease*, 22(3), 353–359.
- Pieterse, A. L., Todd, N. R., Neville, H. A., & Carter, R. T. (2012). Perceived racism and mental health among Black American adults: A meta-analytic review. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/a0026208>
- Santos, A. de O. dos, & Schucman, L. V. (2015). Desigualdade, Relações Raciais e a Formação de Psicólogos(as). *Epos*, 6(2), 117–140.
- Santos, A. de O. dos, Schucman, L. V., & Martins, H. V. (2012). Breve Histórico do Pensamento Psicológico Brasileiro Sobre Relações Étnico-Raciais. *Psicologia: ciência e profissão*, 32(spe), 166–175. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500012>
- Santos, H. P. dos, & Martins, J. B. (2013). O cientificismo como obstáculo à compreensão ético-política da Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(spe), 42–53. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000500006>
- Schucman, L. V. (2014). Sim, nós somos racistas: estudo psicossocial da branquitude paulistana. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 83–94. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100010>
- Schucman, L. V., & Martins, H. V. (2017). A psicologia e o discurso racial sobre o negro: “do objeto da ciência” ao sujeito político. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37, 172–185. <https://doi.org/10.1590/1982-3703130002017>
- Serra, L. N., & Scarcelli, I. R. (2014). A pure bandeirante race: Pacheco e ssilva, an enthusiast of the eugenist theory in são paulo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(1), 85–99. <https://doi.org/10.1590/S1415->

47142014000100007

- Silva, M. L. (2005). Racismo e os efeitos na saúde mental. In *Seminário Saúde da População Negra do estado de São Paulo 2004*. (p. 129–132). São Paulo: Instituto de Saúde.
- Silvério, V. R., & Trinidad, C. T. (2012). Há algo novo a se dizer sobre as relações raciais no Brasil contemporâneo? *Educação & Sociedade*, 33(120), 891–914. <https://doi.org/10.1590/S0101-73302012000300013>
- Souza, N. S. (1983). *Tornar-se Negro ou As Vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Speight, S. L. (2007). Internalized Racism: One More Piece of the Puzzle. *The Counseling Psychologist*, 35(1), 126–134. <https://doi.org/10.1177/0011000006295119>
- Sue, D. W., & Sue, D. (2003). *Counseling the Culturally Diverse: Theory and Practice*. (4th ed). New York: John Wiley & Sons.
- Sue, D. W., & Sue, D. (2016). *Counseling the Culturally Diverse: Theory and Practice*. (7a.). Hoboken, NJ: Wiley.
- 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*. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000400005>
- Venancio, A. T. A. (2004). Doença Mental, Raça e Sexualidade nas Teorias Psiquiátricas de Juliano Moreira 1. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 14(2), 283–305.
- Weyler, A. R. (2006). A loucura e a república no Brasil: a influência das teorias raciais. *Psicologia USP*. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000100003>
- Zamora, M. H. R. N. (2012). Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. *Fractal: Rev. Psicol.*, 24(3), 563–578. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922012000300009>
- Zanello, V., & Gouveia, M. (2016). Psicopatologia e Racismo no Brasil. In F. C. S. Lemos, D. Galindo, P. P. G. de Bicalho, E. T. A. Ferreira, B. de A. Cruz, T. de S. Nogueira, ... R. H. S. Aquime (Orgs.), *Práticas de judicialização e medicalização dos corpos, no contemporâneo*. (1a ed, 768 p.). Brasília/DF: Editora CRV.
- Zoltowski, A. P. C., Costa, A. B., Teixeira, M. A. P., & Koller, S. H. (2014). Qualidade Metodológica das Revisões Sistemáticas em Periódicos de Psicologia Brasileiros. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(1), 97–104.

ARTIGO 2: A VIVÊNCIA DO RACISMO POR MULHERES NEGRAS DENTRO E FORA DO ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO

Resumo

A crença na democracia racial brasileira vem sendo desconstruída por vários índices de desigualdade social e de vitimização pela violência. Ainda que mais de 50% da população do país seja negra, a produção científica brasileira relativa a racismo e saúde mental não é significativa. O tema das relações raciais é, em geral, invisibilizado dentro das ciências *psi*. Esta situação desperta a pergunta sobre como essa parcela da população é servida no sistema de saúde mental, especificamente na clínica psicológica de atendimento a clientes negros/(as). O objetivo deste trabalho foi coletar relatos de pessoas negras atendidas por psicoterapeutas brancos/as, sobre suas vivências de racismo no cotidiano e sobre como se deu a escuta na terapia na díade birracial. Sete mulheres participaram do estudo. Foram identificadas quatro categorias temáticas: (1) Razão para buscar psicoterapia; (2) Processo psicoterapêutico; (3) Fatores terapêuticos coadjuvantes, e, (4) Formação do(a) psicoterapeuta para atender pessoas negras. Os temas mais importantes, apresentados por todas as entrevistadas, foram a transferência inter-racial no processo terapêutico e a falta de formação do(a) psicoterapeuta para atender clientes negros(as).

Palavras-chave: Racismo; Saúde mental; Psicoterapia.

Article 2: The experience of racism in and out of clinical practice by black women

Abstract

The belief in racial democracy in Brazil has been deconstructed by various indices of social inequality and violence victimization. Although more than 50% of the country's population is black, Brazilian scientific production on racism and mental health is not significant. The subject of race relations is, in general, invisible within the *psy* sciences. This situation raises the question of how this portion of the population is served in the mental health system, specifically in the psychological clinical service for black clients. The objective of this work

was to collect narratives of black persons, who had white psychotherapists, regarding their experiences of racism in daily life, as well as to how they were listened to in a biracial dyad in psychotherapy. Seven women took part in the study. Four thematic categories were identified: (1) Reason to seek psychotherapy; (2) Psychotherapeutic process; (3) Coadjuvant therapeutic factors, and, (4) Psychotherapist specific training to serve black people. The most important issues, presented by all the interviewees, were the interracial transference in the therapeutic process and the lack of training of the psychotherapist to serve black clients.

Keywords: Racism; mental health; psychotherapy.

Artículo 2: La vivencia del racismo dentro y fuera de la práctica clínica por mujeres negras

Resumen

La creencia en la democracia racial brasileña viene siendo deconstruida por varios índices de desigualdad social y de victimización por la violencia. Aunque más del 50% de la población del país es negra, la producción científica brasileña relativa al racismo y la salud mental no es significativa. El tema de las relaciones raciales es, en general, invisibilizado dentro de las ciencias *psi*. Esta situación despierta la pregunta sobre cómo esta porción de la población se sirve en el sistema de salud mental, específicamente en la clínica psicológica de atención a clientes negros (as). El objetivo de este trabajo fue recolectar narrativas de personas negras atendidas por psicoterapeutas blancos / as, sobre sus vivencias de racismo en el cotidiano y sobre cómo se dio la escucha en terapia con profesionales de pertenencia racial diverso del suyo. Siete mujeres participaron en el estudio. Se identificaron cuatro categorías temáticas: (1) La razón para la búsqueda de la psicoterapia; (2) Proceso psicoterapéutico; (3) Factores terapéuticos secundarios, y (4) Formación del psicoterapeuta para atender a las personas negras. Los temas más importantes, por haber sido presentados por todas las entrevistadas, fueron la transferencia interracial en el proceso terapéutico y la falta de formación del psicoterapeuta para atender a clientes negros (as).

Palabras-clave: Racismo; salud mental; psicoterapia.

Introdução

O século XX testemunhou um esforço na abordagem da história da injustiça racial e da opressão, em várias áreas do conhecimento (Carter, 2007). Uma das áreas que mais recentemente considerou relações raciais foi a psicologia e, mais tarde ainda, a psicologia clínica. Fora do Brasil, o fator raça/etnia e sua influência no processo de psicoterapia passou a ser objeto de estudo a partir dos anos 1970 e recebeu crescente atenção a partir de 1980 (Parham, 2002). É de fato notável a profícua produção de pesquisas sobre o assunto em vários países desde então, sendo destaque os países que tiveram e/ou têm algum sistema de migração, seja forçada, seja voluntária. Em suma, países cuja população é diversa e não apenas caucasiana.

Segundo Carter (2007), relatório do governo estadunidense, de 2001, constatou que os povos de cor têm menos acesso a serviços de saúde mental, têm menos probabilidade de receberem o necessário cuidado e, quando o recebem, é de qualidade mais baixa que a população hospedeira. As minorias, em sua luta histórica e presente contra o racismo e discriminação, têm sua saúde mental afetada. Muito se estuda sobre os efeitos sociais, econômicos e políticos do racismo, mas menos é entendido sobre os aspectos ligados a efeitos psicológicos nas pessoas alvo e as reações psicológicas por elas desenvolvidas (Carter, 2007).

Williams & Priest (2015) apontam que no Reino Unido, mesmo sendo onde se encontram os dados mais completos sobre a saúde de negros e de outros imigrantes, as disparidades étnico-raciais em saúde são evidentes e incluem “menos satisfação com a vida e menos bem-estar subjetivo, assim como taxas mais altas de morbidade e mortalidade ao longo da vida, com tais disparidades presentes em todas as camadas sociais.” (p.127). Em países de baixa renda, o tópico das disparidades étnico-raciais em saúde tem sido muito menos considerado, na literatura empírica, do que nos países de alta renda. Quando existe algum dado, a disparidade remanesce; por exemplo, na África do Sul, na Índia e no Brasil, onde as pessoas de origem indígena, negras e mestiças apresentam vários indicadores de saúde muito baixos (Williams & Priest, 2015).

A ausência de dados, consequência do racismo no Brasil, se inicia na captação do quesito raça nos censos e se estende aos preenchimentos de formulários cadastrais em geral. Do nascimento à morte, a identidade racial é atribuída por profissionais de entidades,

conforme as categorias branca, parda, preta, indígena e amarela, praticadas pelo IBGE¹¹. Apesar da melhoria da qualidade no preenchimento desses formulários, há muitas identidades raciais ignoradas. Também a resistência de profissionais em registrar auto declarações raciais gera imprecisões; além da fluidez dos limites entre os grupos, a classificação depende ainda, muito, dos olhos de quem vê (Schwartzman, 1999). Essa ausência de dados inicia a formalização da invisibilidade.

Em artigo ainda não publicado, verificou-se a baixa produção científica brasileira na área de saúde mental e racismo no período de 15 anos, de 1999 a 2014. A maior parte da produção é da psicologia social, sendo praticamente nula a produção na área clínica, e não há intercâmbio entre as duas áreas. O tema é invisibilizado dentro das ciências *psi* em geral; quase metade dos 19 artigos encontrados fizeram a abordagem histórica da incorporação do racismo nas teorias psicológicas/psiquiátricas e a afirmação da psiquiatria no Brasil como ciência via eugenia e racismo científico. Doze artigos têm profissionais de psicologia como primeiros/as autores/as e apenas um deles relatou a experiência de intervenção clínica racialmente contextualizada (Gouveia & Zanello, 2018).

O Brasil conta com 54% de população negra (IBGE, 2015). Sua história é marcada por um longo período de escravidão criminoso e por uma abolição que beneficiou o branco e a branquitude. De 518 anos de história, 388 (3/4 ou 75%) foram de escravização do negro, com apoio da sociedade, da política e da religião. A lei abolicionista de 1888 não proveu distribuição de terras, educação ou qualquer outra forma de compensação ou promoção de cidadania, o que se reflete no parco acesso da população negra à educação, ao mercado de trabalho, à saúde, à habitação, à infraestrutura urbana e a bens materiais no país. Hoje, 130 anos depois de abolida a escravização, as disparidades entre os dois grupos no Brasil ainda são espantosas; as desigualdades se mantêm segundo uma lógica bipolar com base em raça (Heringer, 2002; A. de O. dos Santos & Schucman, 2015; Schucman, 2012): uma lógica racializada e racista.

Houve uma permanência do racismo em outras bases. Se antes, na escravização, era nítido, ele se tornou insidioso e capilar, muito mais forte e muito mais difícil de captar. O fato de ser invisibilizado e insidioso não torna o racismo menos efetivo ou menos danoso. É

¹¹ O IBGE considera atualmente cinco categorias para a auto declaração quanto à característica cor/raça/etnia: 1) branca, 2) preta, 3) amarela (pessoa que se declarou de origem japonesa, chinesa, coreana etc.), 4) parda (pessoa que se declara mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor/raça/etnia) e 5) indígena (pessoa que se declarou indígena ou índia) (IBGE, 2015). A população negra é considerada como o somatório das pessoas autodeclaradas pretas e pardas.

o que demonstram vários estudos. Na literatura produzida por Carter (2007) e Carter et al. (2013), por exemplo, a experiência do racismo é associada com TEPT (Transtorno por Estresse Pós Traumático). Ele não utiliza a nomenclatura “transtorno”, que indicaria algo originado na própria pessoa; em vez disso ele nomeia o estado de “dano por estresse traumático de base racial” (*Race-Based Traumatic Stress Injury*)¹², para indicar uma condição devida a causas ambientais. Outro exemplo é o da literatura da psiquiatria cultural, que associa a posição de desempoderamento, particularmente dos marginalizados, estigmatizados e discriminados – como é o caso da população negra (Good & Kleinman, 1985; Littlewood, 2002; Ngui, Khasakhala, Ndeti, & Weiss, 2010), aos transtornos mentais comuns.

Contaminada pela psiquiatria ou não, fato é que a psicologia esteve e permanece ausente da cena quando o assunto é relações raciais. Já em 1962, Wrenn introduziu o conceito do psicoterapeuta culturalmente encapsulado em sua visão monocultural do mundo, para falar das aplicações universais pela psicoterapia de seus conceitos e objetivos, em detrimento das visões culturalmente específicas (D. W. Sue, 1981; Wrenn, 1962). A psicologia é criticada por reproduzir as relações de poder do colonialismo, utilizando as teorias hegemônicas, constituídas com base na cultura e no funcionamento da população branca, para a pessoa branca, porém como se fossem teorias de aplicação universal (D. W. Sue & Sue, 2003).

É inegável a relevância da existência do racismo e do seu impacto na saúde mental da população negra. Faz-se necessário pensar esse impacto e como essa população tem sido atendida pelos serviços de saúde disponibilizados não só pelo Estado, mas também por particulares, como é boa parte dos atendimentos em psicologia clínica. Levando isso em consideração, a presente pesquisa teve como objetivo ouvir pessoas negras que passaram por processos psicoterapêuticos atendidas por profissionais brancos(as). Pretendeu-se coletar relatos sobre suas vivências de racismo no cotidiano e sobre como se deu a escuta em terapia quando o(a) profissional tinha um pertencimento racial diverso do seu.

Metodologia

A abordagem escolhida para esta pesquisa foi qualitativa, por meio de entrevista

¹² Tradução da autora.

semiestruturada, visando apreender como cada cliente vivenciou sua psicoterapia com profissionais brancos(as). O método qualitativo, de acordo com Minayo (2013) “é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (p. 57).

O processo de recrutamento de participantes foi feito por meio de anúncio em redes sociais para coletivos negros do *campus* de uma universidade pública brasileira, além do auxílio de colegas que também anunciaram a pesquisa a seus amigos. Foram selecionadas e entrevistadas sete mulheres auto identificadas como negras. Apesar de sexo não ter sido critério de exclusão, nenhum homem negro manifestou interesse durante o período de chamada para a participação na pesquisa. As entrevistas foram realizadas em locais reservados, escolhidos pelas(os) participantes, de forma a que não incorressem em despesas de deslocamento e que, também, fosse preservado o sigilo.

Os critérios de inclusão utilizados foram (1) auto declaração como pessoa negra e (2) ter passado por ou estar em processo psicoterapêutico com profissional branca(o). Para as entrevistas utilizou-se o recurso da paridade racial - entrevistadora negra entrevistou as participantes (todas negras) - no intuito de não introduzir elementos perturbadores (gênero e raça da pessoa entrevistadora) na situação de entrevista e de evitar potencial resistência, comum em díades de raça/etnia díspares. A paridade racial justifica-se também por sermos um país racializado, onde “tensões nem sempre explícitas entre brancos e negros estão presentes”, bem como por “propiciar o discurso livre.” (Carone, 2003, p. 21). A duração média das entrevistas foi de uma hora. Para preservar o sigilo de suas identidades, cuidamos de substituir seus nomes verdadeiros por nomes de pedras preciosas por elas escolhidos, quais sejam, Diamante, Esmeralda, Quartzo Rosa, Pérola, Turmalina e Ametista.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi composto de um questionário sócio biográfico e um roteiro para a entrevista semiestruturada. A entrevista semiestruturada caracteriza-se pela coleta de dados a partir de questões norteadoras, ou seja, servem como um direcionamento da entrevista no caminho desejado sem torná-la inflexível.

As participantes foram convidadas a relatar sua história de forma livre: (1) Conte-me um pouco de você, da sua vida, da sua experiência pessoal, sua experiência com psicoterapia, desde quando você a iniciou até atualmente. Durante a entrevista foram utilizados recursos (como paráfrase, afirmadores, e outros estímulos) para o direcionamento do conteúdo da fala em torno das experiências de psicoterapia com profissionais brancos(as).

A entrevista semiestruturada teve como norte as seguintes perguntas: (1) Em sua opinião, como deveria ser o contato entre cliente e psicoterapeuta em uma psicoterapia inter-racial, para que esta fosse a mais exitosa possível? (2) Você acha que a cor da pele do(a) psicoterapeuta e do(a) cliente tem algum impacto no processo terapêutico? Você poderia descrever sua experiência quanto a esse aspecto? (3) Você se lembra de ter vivido em psicoterapia alguma situação desconfortável, cuja origem você imaginava ou imagina tenha sido devido à sua raça, etnia, ou cor de pele? Por favor, descreva seus pensamentos, sentimentos e ações naquela situação. (4) Você aborda assuntos étnico-raciais em terapia? (5) Algum(a) psicoterapeuta seu(sua) aborda/abordou assuntos étnico-raciais em terapia? Que postura ele(ela) demonstrou? Qual é/foi sua reação/postura?(6) Você acha que pode existir uma psicoterapia para “minorias”?

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, e a partir desses textos foi realizada análise de conteúdo conforme proposta por Bardin (2011). As duas pesquisadoras procederam, separadamente, a leitura integral do *corpus* das entrevistas. A partir desse conteúdo procedeu-se à seleção das unidades de análise, que foram distribuídas em categorias e temas por meio de codificação, agrupamento/reagrupamento, para se chegar à configuração final das categorias.

Campos (2004) caracteriza as categorias “como grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo seu grau de intimidade ou proximidade, e que possam através de sua análise, exprimirem significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos de estudo e criem novos conhecimentos, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos (p. 614).

A partir da análise de conteúdo, foram elencadas quatro categorias, a saber: (1) Razão para buscar psicoterapia; (2) Processo psicoterapêutico; (3) Fatores terapêuticos coadjuvantes, e, (4) Formação do(a) psicoterapeuta para atender pessoas negras.

Esta pesquisa seguiu as normas e princípios estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12/12/2012 e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CAAE: 68033617.8.0000.5540), sob o parecer de número 2.094.292.

Resultados e Discussão

A idade das entrevistadas variou entre 22 e 30 anos (média de 25 anos); tendo quatro se declarado pardas e três pretas; três heterossexuais e quatro bissexuais. Quatro mulheres são originárias do DF, uma de Goiás e duas de Minas Gerais. O nível de escolaridade situou-se entre graduação (5) e mestrado (2); o estado civil de quatro mulheres é solteira, uma é casada e duas vivem em união estável. Quatro mulheres são estudantes, uma é funcionária pública, uma é autônoma e uma é professora, e as rendas variam entre R\$ 1.500,00 e R\$ 15.000,00, com a média em torno de R\$ 5.000,00, sendo que quatro mulheres ganham de 1 a 5 salários mínimos. Quanto à saúde mental duas delas já tiveram diagnóstico de depressão e foram medicadas; a duração das psicoterapias variou de um a dez anos. Todas declararam ter uma rede de apoio, sendo que cinco delas declaram ter na religião esse recurso. Apenas três mulheres tiveram ou têm terapeutas negras.

Os temas abordados pelas entrevistadas se distribuíram em quatro categorias, conforme tabela abaixo, e serão apresentados individualmente em seguida:

Tabela:

Categorias e temas abordados pelas clientes negras entrevistadas

Categoria	Tema
1. Razão para buscar psicoterapia	<ul style="list-style-type: none"> a. Dispositivo amoroso b. Perda de familiar próximo c. Passagens
2. Processo psicoterapêutico	<ul style="list-style-type: none"> a. Parede de vidro b. Transferência inter-racial
3. Fatores terapêuticos coadjuvantes (rede de apoio)	<ul style="list-style-type: none"> a. Religião afro b. Grupos (familiares/amigas negras) c. Militância/ativismo
4. Formação do(a) psicoterapeuta para atender pessoas negras	<ul style="list-style-type: none"> a. Instrução acadêmica b. Empatia

Categoria 1: Razão para buscar psicoterapia

Nesta categoria foram agrupados os variados motivos apresentados para a busca de psicoterapia ou o gatilho que de fato desencadeou a ação de procurar a ajuda de um/a psicoterapeuta. Esses motivos incluíram os temas (a) sofrimento amoroso, (b) perda de pessoas próximas e (c) passagens da vida, como por exemplo, a entrada em um novo ambiente, que pode ser uma mudança de escola, ou o ingresso no mundo universitário ou do trabalho. Algumas participantes apresentaram mais de um tema nos seus motivos para buscar a psicoterapia.

O motivo ligado ao sofrimento amoroso foi encontrado em cinco mulheres e pode ser ilustrado pela fala de Pérola: “... *eu estava tentando terminar um relacionamento... na verdade eu vivi um relacionamento muito abusivo. Muita violência psicológica, que eu não sabia como sair ...*”. Quartzo Rosa também apresentou esse disparador: “... *a questão que mais me atribulava na época era um namoro que eu tinha ... eu tinha muitos conflitos com ele ... enfim estava me causando sofrimento.*” Em Serpentina o tema se mostrou de forma denegada: “... *eu iniciei o processo terapêutico de fato quando eu terminei o meu namoro... muita coisa acontecendo, muitas coisas, e eu tinha acabado de terminar meu namoro, não que eu estava mal por isso, mas era um momento ... para entrar nesse mergulho em mim mesma...*”.

O sofrimento na esfera amorosa apareceu também por se relacionarem com homens que, apesar do envolvimento, não as assumiam para relações afetivas estáveis e com compromisso, como foi o caso de Diamante. Ametista também trouxe uma relação indefinida com um homem branco: “*Eu tinha um namoradinho meio indefinido, como era de praxe, branco de classe média alta, estudante de psicologia (...) eu falei namoradinho, algo como relação indefinida, porque sempre ficava num não lugar, não era namoro, mas era sim, mas estava comigo, mas não tava, não assumia nunca.*”

O “sofrimento amoroso” em mulheres negras apresenta-se mediado pela construção cultural do preterimento afetivo dos homens (brancos e negros) em relação a elas. Não à toa, tem crescido o debate em torno da questão da solidão da mulher negra e seus impactos sobre sua saúde mental (Pacheco, 2013; Zanello, 2018). Isso acaba por criar uma vulnerabilidade identitária maior entre elas: se há o preterimento afetivo, quando são “escolhidas”, muitas acabam por se submeter e a suportar maiores situações de abuso, violência e descaso.

A “perda de pessoas próximas” também se revelou como tema da categoria em

Diamante, “*É... meu primo faleceu [morreu assassinado], na rua de cima da minha casa, esse primo era o primo que todo mundo tinha que eu ia casar com ele...*”, bem como em Esmeralda, “*... eu perdi um tio muito próximo, e uma sucessão de coisas foram acontecendo e eu senti como se a vida tivesse me atropelando, sabe, como se as coisas estivessem acontecendo muito além da minha capacidade de entende-las...*”.

O terceiro tema das razões para se buscar psicoterapia, qual seja, “passagens vitais”, mostrou-se nas falas de duas mulheres. Esmeralda, na primeira vez em que buscou terapia, motivou-se tanto pela perda de familiar próximo, quanto pelo estresse com a finalização da graduação somada aos compromissos assumidos. Turmalina também passou pela situação de adaptação a um novo ambiente quando foi transferida de escola ainda aos 13 anos de idade. Destaque-se que vivências de “passagem” podem ser situações ameaçadoras, em geral, para qualquer pessoa. No entanto, podem tornar-se ainda mais interpeladoras em pessoas negras, devido ao racismo vivenciado cumulativamente em vários ambientes, como escolas, universidades e mercado de trabalho.

Categoria 2: Processo Terapêutico

Esta categoria teve dois temas identificados: (a) parede de vidro e (b) transferência/relação terapêutica inter/intra-racial. “Parede de vidro” é a denominação referente ao processo de estagnação da psicoterapia, que foi apresentado pelas sete entrevistadas, e que se desenvolve de diferentes formas. A estagnação pode acontecer por três motivos: (a) porque a(o) profissional é alheio(a) a questões raciais, sendo essa a razão para não as abordar na psicoterapia, ou porque (b) ignora, minimaliza ou universaliza, quando a entrevistada aborda, ou ainda porque (c) a entrevistada não tocou no assunto por temor de que o(a) profissional não fosse “dar conta”. Então, tanto as expectativas frustradas da paciente – que não consegue o que tenta ou nem tenta por não acreditar – quanto a incapacidade do(a) psicoterapeuta participam da constituição, para estas mulheres, da “parede de vidro”. As participantes passaram por essa experiência de estagnação independentemente da raça / cor do(a) psicoterapeuta. A presença da parede de vidro, ou seja, a estagnação do processo psicoterapêutico, na díade com paridade racial aponta na direção de que não é a vivência racial comum entre cliente e psicoterapeuta que garante o sucesso da psicoterapia de pessoas negras. Pode ser um aspecto que inicialmente auxilie o engajamento no processo psicoterapêutico, mas não se apresenta como suficiente para o

êxito da psicoterapia.

Ametista, que queria aprofundar sua vivência da diferença no processo psicoterapêutico, relatou “...eu fiquei com uma sensação de que tinha chegado no limite ... eu percebi que quando eu levava temas relacionados a minha diferença isso confrontava o universalismo das posições dela ...”. Diamante precisou de algum tempo para se decidir pelo término da psicoterapia, tendo até solicitado outras funções (*coaching*) para a profissional, mas sabia que não mais continuariam: “... tínhamos a conexão profissional – cliente. Mas chegou um tempo que teve um limite ... por isso não progrediu mais”. Ela precisou explicitar isso para a terapeuta: “...teve um momento que eu cheguei e falei: tudo o que eu te falo é porque eu sou preta, tipo, é isso”. Serpentina teve uma vivência similar: “...é que eu cheguei a um limite com ela... Eu vi um muro entende? Não sei se ela chegou no limite dela, mas eu senti que talvez ela não conseguisse, talvez eu tenha colocado esse limite. Não vai fluir aqui com ela mais, tipo eu coloquei esse limite. Nunca vou saber se ela teria dado conta de me acolher ou não”.

Esmeralda, por seu turno, afirmou: “...mas eu não sei se [a terapeuta] não consegue, não se preocupa, como se conversar sobre isso com ela fosse uma coisa que ela não conseguisse me entender, não conseguisse me ajudar, não conseguisse me orientar, não conseguisse me ajudar mesmo sabe...”. Pérola desistiu do processo já na sessão de acolhimento: “... a psicóloga foi pouco sensível com a questão que eu coloquei. Desviou o foco aí eu falei ah não, não vou voltar nesse negócio não porque essa mulher não vai me ajudar ... eu fiquei pensando, véi, ela está achando que eu estou em crise de identidade e ela não entendeu nada, ela não vai me ajudar, não vale a pena eu voltar aqui ...”

Quartzo Rosa encontrou uma solução de compromisso com esse limite, evitando o desagradável e preferindo, como declarou em outro trecho, usar seu tempo de psicoterapia com assuntos que poderiam fluir. Com relação à psicóloga branca ela declarou: “...eu fico tanto com o pé atrás que eu não dou oportunidade pra isso acontecer entendeu, porque eu já ouvi muito isso de outras pessoas. Tipo assim, você chegar no consultório e falar de uma experiência de violência fudida assim, que é obviamente racial, e a pessoa só deslegitimar e sei lá falar que você está exagerando, falar que você é doido, que tipo tá na sua cabeça, que você tem mania de perseguição ... Então, eu só falo dessas coisas quando eu sinto que eu tenho espaço pra isso, entendeu. Mas é foda demorar tanto tempo assim, pra eu confiar em uma pessoa que devia estar preparada, entendeu”. Sobre a psicoterapeuta negra ela também aponta reservas: “Eu acho que eu quero continuar, mas talvez não com ela, talvez

eu procure outra pessoa, uma pessoa com formação racial, saiba lidar com algumas coisas que eu leve pra lá. Tipo assim, nem são as coisas que são especificamente sobre raça, sacou? Tipo, outras situações da minha vida que isso também tá presente de forma subsidiária assim. Eu gostaria muito da sensação de não ter que ficar explicando, porque eu acho que a formação do profissional é trabalho do profissional, entendeu, não do cliente...”

Turmalina, também, preferiu não tocar no assunto das questões raciais, por temor de se desmotivar e abandonar a psicoterapia, pois esta atendia parcialmente suas necessidades: *“Eu não me sentia muito à vontade de abordar porque, aquele medo de não saber se aquilo vai ser deslegitimado enquanto experiência de raça. ... já tem o problema e quando você fala que o problema é de raça ... e a pessoa não considera isso como sendo uma narrativa válida, isso já traz uma carga de frustração, eu tinha medo daquilo me desestimular a continuar com o tratamento, entendeu?”*. E completa: *“...eu nem dei a chance de a psicoterapeuta tentar abordar aquilo, mas pelo fato dela ser branca eu já me senti, já senti barreira assim como se tivesse o risco de aquilo não sair muito bem entendeu, aquela fala e tudo mais. Então eu deixei como uma situação secundária...”*

A transferência inter/intra-racial, tema da categoria “processo psicoterapêutico”, já existiria de forma inconsciente quando a entrevistada buscou ajuda. Com uma psicoterapeuta branca já se pressupõe que ela “não vai dar conta”; quando a psicoterapeuta é negra há uma esperança de empatia, que viria pela vivência racial compartilhada; mas essa empatia nem sempre foi confirmada. De fato, a partir de vivências, a(o) psicóloga(o) pode ter consciência de questões raciais. No entanto falta a formação. Assim, pelo menos no primeiro momento, parece fazer diferença ter um(a) psicoterapeuta branco(a) ou negro(a), mas isso não parece ser determinante da eficácia terapêutica. É preciso também que o(a) psicoterapeuta abandone seu alheamento, sua alienação às questões raciais, o que começa, segundo Helms (1990), pela tomada de consciência de si como um ser racial, e que tenha a formação adequada que considere especificidades. Todas as entrevistadas manifestaram um tipo de transferência ou ambos. Esmeralda, por exemplo, continha-se para levar à terapia suas vivências de racismo sofrido: *“Por muito tempo eu evitei falar de raça com ela [terapeuta branca], porque ela não vai me entender, já sei que não vai funcionar, não vai dar certo”*. Quartzó Rosa também ressaltou seu cuidado em levantar o assunto com a psicoterapeuta branca: *“...eu tinha muito pé atrás de falar sobre raça com uma psicóloga branca, porque eu achava que ela não ia entender. Eu demorei muito tempo pra criar uma*

relação de confiança com ela, que, enfim, veio com o tempo, mas eu precisei de tipo, de provas, de que ela entendia o que eu tava falando". Além da expectativa de que a psicoterapeuta não iria entender, foi apontado também o medo de não ver suas vivências e percepções legitimadas: "... medo de não saber se aquilo vai ser deslegitimado enquanto experiência de raça (...) você sendo uma mulher negra sofrer com aquilo, e a pessoa não considerar isso como sendo uma narrativa válida..." (Turmalina).

Esse receio apareceu mesmo com uma psicoterapeuta negra: "*Eu já percebi várias vezes durante a terapia, com as duas [terapeutas, uma branca e outra negra], de eu evitar falar certas coisas que eu só acho que elas não vão entender"* (Quartzo-Rosa). Já Turmalina apresentou idealização da psicoterapeuta negra em sua segunda experiência, pois na primeira, aos 13 anos, sua psicoterapeuta era negra, mas o trabalho "maior", segundo seu relato, foi com sua autoestima e controle de pensamentos negativos, sem recorte racial: "*...eu acho que se fosse uma mulher negra, talvez eu conseguiria abordar pelo sentido de experiência compartilhada, tem muitas experiências compartilhadas."*

Além das vivências transferenciais inter e intra-raciais, as entrevistadas trouxeram detalhes da relação terapêutica estabelecida com suas terapeutas (brancas e/ou negras), no quesito do manejo das vivências raciais. Ametista, por exemplo, muito crítica da psicologia em geral, expressou-se: "*Mas todas as experiências [com psicoterapeutas] que eu tive sempre confirmaram as críticas [de que a psicologia não daria conta das especificidades das vivências raciais]*". Quando levava para a terapia situações de racismo sofrido, sua psicoterapeuta branca tentava convencê-la de que "*somos todos um, que somos todos iguais ... parece que as pessoas não ouviam o que eu estava falando e afirmavam uma universalidade da experiência*". Diamante, por seu turno, afirmou: "*Ela [a psicoterapeuta branca] é o tipo de pessoa que tenta fazer um esforço, mas não tem formação. População negra não é uma coisa que circunda a vivência dela, então eu acho que ela não vai procurar muito não...*". Pérola, com relação à sua primeira experiência com psicoterapia, anterior à sua consciência racial, avaliou: "*Então hoje eu acho que foi péssimo. Se eu tivesse uma psicoterapia que pontuasse outras questões raciais talvez as coisas tivessem sido outras"*. Da sua segunda experiência ela disse: "*E acho que nenhum psicoterapeuta branco consegue ter a sensibilidade que um psicoterapeuta negro. Porque ele não compartilha a mesma vivência com a gente"*.

Na categoria "processo terapêutico" fica bastante evidente a crença das clientes contribuindo para impedir a realização de seus processos. Parece preferível manter-se do

lado seguro e tentar evitar o que pode ser uma revitimização. Essas atitudes parecem originárias da disparidade entre os estados de desenvolvimento da identidade racial: o(a) profissional se encontra no estado de conformidade (ausência de questionamento da branquitude) e a cliente está pelo menos dois estados à frente (Helms, 1984). Não depende, portanto, da linha terapêutica, da composição racial ou de gênero da díade terapêutica, ou de tempo de experiência profissional. A solução requer a conscientização racial do(a) psicoterapeuta, tendo a compreensão empática como requisito para compreender a cosmovisão do outro, e o letramento racial, como o entendimento de como o racismo é construído e mantido, política e ideologicamente; é preciso contato com a história de outros povos que constituem nossa sociedade.

Categoria 3: Fatores Terapêuticos Coadjuvantes

Frente à quase inexistência da abordagem de questões raciais nos atendimentos psicoterapêuticos, foram encontrados fatores terapêuticos coadjuvantes, ou seja, fatores auxiliares de cura localizados fora do consultório. Tratam-se de (a) a religião de matriz africana e (b) de grupos de apoio negros, que por sua vez se subdividem em três: a família, os(as) amigos(as) negros(as), bem como a militância/ativismo próprio ou familiar, círculos nos quais as vivências raciais podem e são discutidas.

Categoria 4: formação do(a) psicoterapeuta para atender pessoas negras

Na categoria referente à formação do(a) psicoterapeuta para atender pessoas negras dois temas emergiram: (a) a “instrução acadêmica em si” e, (b) a “empatia”, que também é uma habilidade que pode ser adquirida e treinada durante a formação. Seis mulheres abordaram assuntos relativos à instrução acadêmica, às vezes concomitantemente com a empatia.

Um dos aspectos ressaltados foi a violência operada pela universalização das teorias euro americanas adotadas pelos(as) psicoterapeutas, as quais tomam o branco como o modelo humano universal. A fala de Ametista exemplifica esse sofrimento: “...*eu não podia me narrar sob a perspectiva da diferença, ‘ah mas isso é humano’...isso me feria tanto, toda vez que eu ouvia isso eu tinha vontade de morrer. O ‘ser humano’, que ser humano? Para! Não tem ser humano, tem grupos e grupos e grupos diversos e isso não me contempla, é a minha corporeidade, é a minha experiência afetiva, é a minha experiência territorial, é tudo*”

diferente. Eu não posso falar né? Eu to errada?”.

Nesse sentido, foi destacada a falta de formação em questões raciais específicas como fator limitante para a eficácia da psicoterapia, "*muitas vezes a gente chega lá e [a(o) terapeuta] não tem esse preparo*" (Quartzo-Rosa). Como Diamante claramente apontou: "*...entendo que existem brancos aliados, que tentam fazer qualquer coisa, e existem pessoas que não fazem esforço mínimo nenhum. Ela é o tipo de pessoa que tenta fazer um esforço, mas não tem formação (...) eu acho que a questão do treinamento, a questão da formação, ela vem para trazer isso. Eu acho que para mim é um combo, sabe? Que é a sensibilidade com a formação acadêmica*". Sobre a atuação do(a) psicoterapeuta branco(a), Pérola sublinhou a possibilidade de sensibilização sobre os temas raciais em sua formação, de forma que o(a) cliente não necessite explicar para o(a) psicoterapeuta onde está o racismo na experiência relatada.

Mas, ao que parece, essa falta de formação ocorre tanto com psicoterapeutas brancos(as) quanto negros(as). No caso desses últimos, a semelhança de certas vivências *não são* necessariamente garantia da qualidade de atendimento e de compreensão das mesmas. Serpentina, em seu processo de redescoberta como mulher negra, afirmou a respeito de sua psicoterapeuta preta: "*Ela é uma psicóloga negra, mas ela não coloca, ela não pontua coisas de questões raciais do que eu levo pra ela (...) eu já trouxe algumas coisas de percepção tipo o negro em ascensão social e tal (...) e ela sempre coloca como tema que eu estou me formando (...) Eu não estou em crise porque eu estou me formando, eu estou em crise porque eu estou me descobrindo de novo [como preta]*". Ou seja, como sublinhou Quartzo-Rosa [ao falar de sua psicoterapeuta negra]: "*...apesar de ela ser negra ela não tinha formação racial, e tipo assim faltava... ela sabe que ela é negra, mas ela não tem uma formação na psicologia que envolva raça como uma questão fundamental da saúde mental das pessoas, entendeu?*". A entrevistada também destacou a necessidade de o(a) psicoterapeuta negro(a) estar resolvido com suas questões raciais para diminuir os riscos de prejudicar o processo: "*Se não dá um flashback, pelo menos dá uma dor no coração*", disse ela, para sublinhar que a(o) profissional negro(o) pode reviver com seu(sua) cliente suas próprias experiências raciais em sessão e que as mesmas precisam estar elaboradas.

Por fim, no tema da "formação" foi apontada a possibilidade de uma abordagem afro centrada na psicologia: "*...seria a psicologia ter uma leitura de espiritualidade africana: do que é mente, do que é o consciente dentro da espiritualidade africana, ... de a gente ver como abordar o corpo preto e sua espiritualidade preta dentro da terapia, dentro da*

psicologia...” (Pérola).

Este é um tema que merece debate dentro da formação do psicólogo clínico em nosso país. Fanon (2008) indicou as limitações das teorias existentes (europeias) para a compreensão dos impactos do racismo sobre a saúde mental. Esse pensamento foi ampliado pelos psicólogos multiculturais, tais como os irmãos Sue, Arredondo, Charles Ridley, Ponterotto, Pedersen, Helms, Carter, etc. Na década de 1980 começou a surgir um interesse na psicologia pelo paradigma afrocentrado, para contestar o eurocentrismo da psicologia e suas pretensões de universalidade, como aponta Naidoo (1996). Desde aquela década houve um aumento significativo no número de livros, artigos, capítulos e recursos de mídia instrucional que abordam o papel da raça na teoria, pesquisa e prática psicológicas (Thompson & Carter, 2012), mas, infelizmente, esse avanço parece não ter impactado os currículos de formação dos profissionais de psicologia clínica no Brasil.

A empatia foi mencionada por três mulheres como um aspecto fundamental. Ametista encontrou empatia: *“Se eu não puder ser mais livre nessa psicoterapia eu não vou participar, mesmo que eu pare de fazer... Não vou, mas aí deu certo. Rolou bastante empatia. Rola. E eu falo tudo”*, mesmo sendo branca sua terapeuta, pois ela *“...é o que o eu tenho...”*. Diamante, com um pouco de idealização da psicoterapeuta negra, disse: *“Eu acho que se ela fosse negra teria rolado empatia. Se ela fosse negra teria rolado.”* Esmeralda crê que *“...essa questão da empatia, acho que a experiência pessoal fala muito forte, então psicólogos negros, acho que teriam mais essa capacidade; mas não podendo ser psicólogos negros, que os psicólogos brancos tivessem mais empatia, sabe pra entender essas questões, pra conhecer sobre esse tema, é pra gente não ter que explicar...”*

O termo ‘empatia’ tem sido vulgarizado e perdido seu verdadeiro sentido. A empatia é uma habilidade adquirível e treinável, que não se resume a dizer “entendo você”, ou “uhum/aham”, ou a concordar com o que foi dito. Na descrição de um treinamento desta habilidade, Falcone (1999) a define como uma habilidade de comunicação que incluiria três aspectos:

- (1) um componente cognitivo, caracterizado pela capacidade de compreender, acuradamente, os sentimentos e perspectivas de outra pessoa;
- (2) um componente afetivo, identificado por sentimentos de compaixão e simpatia pela outra pessoa, além de preocupação com o bem-estar desta;
- (3) um componente comportamental, que consiste em transmitir um entendimento explícito do sentimento e da perspectiva

da outra pessoa, de tal maneira que esta se sinta profundamente compreendida (Falcone, 1999, par. 4).

Embora não suficiente, trata-se de um atributo necessário, e não somente a psicoterapeutas, mas a qualquer profissional de saúde. Falcone (1999) propôs um programa de treinamento da empatia (PTE) desenvolvido com estudantes universitários em situação de interação, em 11 encontros de duas horas cada, no qual tanto os conteúdos verbais quanto os não verbais do comportamento empático foram avaliados pré- e pós-treinamento. Os resultados apontaram que o PTE foi eficaz para o desenvolvimento do comportamento empático nos estudantes e para a transferência do aprendizado para o contexto relacional. Outras autoras obtiveram resultados semelhantes (Kerstenberg, 2010; Rodrigues et al., 2014), seja no desenvolvimento, seja no aprimoramento das habilidades empáticas.

Considerações finais

O Brasil é um país composto majoritariamente por negros, descendentes de população africana para cá trazida sob a égide da escravização. Historicamente essa população tem sido sistematicamente vítima de violências materiais e simbólicas (tanto racismo fenotípico quanto cultural (Carvalho, 2008; Schucman, 2014)), muitas vezes explícitas, outras insidiosas, mas nem por isso menos daninhas para a saúde em geral e bem-estar de quem as recebe.

Nas falas das mulheres negras aqui entrevistadas, ficou evidente que, independentemente da cor do(a) psicoterapeuta, nenhum(a) deles(as) iniciou o assunto de relações raciais, nem utilizou situações para iniciar o assunto: a abordagem sempre foi feita pelas clientes. A continuidade do assunto não foi facilitada, sendo ignorado, minimizado, universalizado, enfim, de alguma forma, descartado, tanto pela profissional negra quanto pela branca. Instaurou-se, dentro do próprio processo psicoterapêutico, uma "parede de vidro".

Talvez a psicoterapeuta preta não dê conta por questões diferentes da psicoterapeuta branca: a branca porque não consegue ver ou perceber, por sua alienação em relação ao mundo negro e à sua própria branquitude; já a negra, porque o assunto pode abordar questões raciais que a tocam e que ela talvez não tenha tido oportunidade de nomear ou elaborar para si mesma, ou ainda porque lhe seja doloroso. A formação necessária deverá, portanto,

alcançar diferentes áreas falhas: para a psicoterapeuta branca, no sentido de tornar o sofrimento de base racial visível, começando pela consciência de sua própria identidade racial; para a psicoterapeuta negra, no sentido de instigá-la e conduzi-la a elaborar suas próprias questões raciais, igualmente a partir da plena conscientização de sua identidade.

O disfarce que cobre as teorias psicológicas euro-americanas, hegemônicas e universalizantes é problema mor: parece inofensivo e humanitário, mas, de fato, não fornece especificidades de saber que amparem o psicólogo clínico na escuta de outros grupos que não a população branca. A expressão “isso é humano” ignora a violência que é o racismo; é como se o sofrimento não tivesse em sua raiz a raça, o gênero e a classe social; essa humanização de fachada invisibiliza o sofrimento, recusa perceber que a pessoa negra está vivenciando e falando de racismo. Na verdade, acaba por desumanizar o sofrimento. Quando se trata como igual os diferentes, incorre-se em um tipo de violência que se caracteriza, nesse caso, como institucional. A ausência de abordagem das questões raciais foi percebida pelas entrevistadas como uma limitação do(a) psicoterapeuta. As questões raciais para essas mulheres são trabalhadas, pela maioria, com a família e com amigas negras que têm identidade racial desenvolvida, grupos que aparecem em papel terapêutico coadjuvante.

Além do aporte teórico racial inexistente nos cursos de graduação no Brasil, é importante que se exija do(a) treinando(a) que faça sua psicoterapia pessoal, o que também parece não ocorrer. Além disso, de modo geral, vimos que há uma demanda para um melhor treinamento das habilidades para a ajuda, como por exemplo, a empatia. No entanto, mesmo sendo necessária, sozinha é insuficiente.

Outro aspecto importante a ser considerado é a relação terapêutica, vista como fator de eficácia, como tendo “papel decisivo para o curso e o resultado do método adotado, bem como para a manutenção ou não das modificações psíquicas e comportamentais dele resultantes.” (Cordioli et al., 2008, p.83) A relação terapêutica também é tratada no universal, como um encontro entre dois seres "humanos", porém desconhecendo o sujeito humano negro, o sujeito humano nativo, o sujeito humano asiático nas suas particularidades. Como vimos, logo de início, já na busca pela psicoterapia, como também no estabelecimento da relação terapêutica, existem transferências que são racializadas e que têm desdobramentos importantes no próprio processo psicoterapêutico. Torna-se necessário, portanto, racializar e gendricar o conhecimento, os estudos e pesquisas sobre esse encontro; é preciso aí abrir espaço para o nosso humano.

Apesar da inexistência do viés racial nas psicoterapias relatadas pelas mulheres

negras entrevistadas, cabem duas observações: (a) nenhuma das mulheres percebeu racismo na situação terapêutica e b) todas relataram algum benefício, pelo menos mínimo. Mas também foi unanimidade que haveria muito mais benefício se existisse a formação adequada que considerasse as relações raciais. Aqui precisamos ressaltar a existência do racismo sob sua forma insidiosa. Ao não visibilizar questões que são fundamentais para entender a nossa cultura e a subjetivação das pessoas brasileiras, não considerando um importante aspecto da identidade negra, a psicologia clínica acaba por endossar o racismo.

Em suma, a formação da(o) psicóloga(o) no Brasil parece não trazer os elementos necessários para o atendimento da população específica do país. Estamos fazendo uma psicologia colonizada: tratamos o universal, usamos o argumento do "sofrimento humano", mas não o humano aqui constituído - mestiço, negro, indígena - e não tratamos os males causados por doenças sociais como o racismo. Ou seja, pratica-se o racismo por omissão, característica encontrada em todos os relatos desta pesquisa. Precisamos materializar a dor: ela tem sexo, cor de pele, classe social, idade, etc. Temos, pois, que "desuniversalizar" a psicologia clínica.

Por fim, apontam-se os limites deste estudo, que justificariam sua replicação: a seleção restringiu-se a mulheres negras universitárias, fato que excluiu o estudo comparativo com recorte de gênero e com grupos socialmente mais vulnerabilizados; o número maior de entrevistadas bem como diversificação da amostra, poderão servir para aumentar a confiabilidade dos resultados obtidos.

Referências

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Campos, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 611–614. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>
- Carter, R. T. (2007). Racism and Psychological and Emotional Injury. *The Counseling Psychologist*, 35(1), 13–105. <https://doi.org/10.1177/0011000006292033>
- Carter, R. T., Mazzula, S., Victoria, R., Vazquez, R., Hall, S., Smith, S., ... Williams, B. (2013). Initial development of the Race-Based Traumatic Stress Symptom Scale: Assessing the emotional impact of racism. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/a0025911>
- Carvalho, J. J. (2008). Racismo fenotípico e estéticas da segunda pele. *Anthropologie*, 8(11), 1–14.
- Cordioli, A. V. (2008). *Psicoterapias Abordagens atuais*. (3º ed). Porto Alegre: Artmed.
- Falcone, E. (1999). A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*.
- Fanon, F. (2008). *Pele negra máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA. <https://doi.org/10.7476/9788523212148>
- Good, B., & Kleinman, A. (1985). *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross - Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. California: University of California.
- Gouveia, M., & Zanello, V. (2018). Saúde Mental e Racismo Contra Negros : Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(3), 1–15. <https://doi.org/doi.org/10.1590/1982-37030003262017>
- Helms, J. E. (1990). Toward a Model of White Racial Identity Development. In *Black and White Racial Identity: Theory, Research and Practice*. CT: Greenwood Press.
- Heringer, R. (2002). Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(suppl), S57–S65. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700007>
- IBGE. (2015). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) - Síntese de Indicadores 2013*. IBGE. Rio de Janeiro.
- Kestenberg, C. C. F. (2010). *Avaliação de um programa de desenvolvimento da empatia para graduandos de Enfermagem*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Littlewood, R. (2002). *Pathologies of the West. An Anthropology of Mental Illness in Europe and America*. Cornell: Cornell University Press.
- Minayo, M. C. de S. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (13a.). São Paulo, SP: Hucitec.
- Naidoo, A. V. (1996). Challenging the hegemony of eurocentric psychology. *Journal of Community and Health Science*, 2, 9–16.
- Ngui, E. M., Khasakhala, L., Ndetei, D., & Weiss, L. (2010). Mental disorders, health

- inequalities and ethics: A global perspective. *Int Rev Psychiatry*, 22(3), 235–244. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.485273>.Mental
- Pacheco, A. C. L. (2013). *Mulher negra: afetividade e solidão*. Salvador/BA: EDUFBA.
- Rodrigues, M. C., Peron, N. B., Cornélio, M. M., & Franco, G. de R. (2014). Implementação e avaliação de um Programa de Desenvolvimento da Empatia em estudantes de Psicologia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(3), 914–932.
- Santos, A. de O. dos, & Schucman, L. V. (2015). Desigualdade, Relações Raciais e a Formação de Psicólogos(as). *Epos*, 6(2), 117–140.
- Schucman, L. V. (2012). *Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”: Raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana*. <https://doi.org/10.11606/T.47.2012.tde-21052012-154521>
- Schucman, L. V. (2014). Sim, nós somos racistas: estudo psicossocial da branquitude paulistana. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 83–94. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100010>
- Schwartzman, S. (1999). Fora de foco: diversidade e identidades étnicas no Brasil. *Novos Estudos Cebrap*, 55(1), 83–96.
- Sue, D. W. (1981). Evaluating Process Variables in Cross-Cultural Counseling and Psychotherapy. In A. J. Marsella & P. B. Pedersen (Orgs.), *Cross-Cultural Counseling and Psychotherapy* (p. 102–125). New York: Pergamon.
- Sue, D. W., & Sue, D. (2003). *Counseling the Culturally Diverse: Theory and Practice*. (4th ed). New York: John Wiley & Sons.
- Thompson, C. E., & Carter, R. T. (2012). Race, Socialization, and Contemporary Racism Manifestations. In *Racial Identity theory: Applications to individual, group, and organizational interventions*. New Jersey: Routledge.
- Williams, D. R., & Priest, N. (2015). *Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional*. *Sociologias* (Vol. 17). <https://doi.org/10.1590/15174522-017004004>
- Wrenn, C. G. (1962). The culturally encapsulated counselor. *Harvard Educational Review*, 32, 444–449.
- Zanello, V. (2018). *Saúde Mental, Gênero e Dispositivos: Cultura e Processos de Subjetivação*. Curitiba/PA: Appris.

**ARTIGO 3: PSICOTERAPEUTAS BRANCOS(AS) EM ATENDIMENTO A PESSOAS NEGRAS:
DEFICIÊNCIA DE FORMAÇÃO, INVISIBILIZAÇÃO DO RACISMO**

Resumo

O racismo tem efeitos perversos para a *psique* humana, o que incita a necessidade de qualificar essa vivência no entendimento do sofrimento psíquico, quando do atendimento à população negra. O objetivo deste trabalho foi coletar de psicoterapeutas brancos(as), por meio de entrevista semiestruturada, o relato de sua experiência e/ou entendimento sobre o atendimento psicoterapêutico a clientes negros(as). Sete profissionais participaram do estudo. Foram identificadas quatro categorias: (1) Formação; (2) Modos de intervenção para com as vivências raciais; (3) Pressupostos epistemológicos da psicologia; e, (4) Relação terapêutica inter-racial. Constata-se que o racismo é invisibilizado como fator de sofrimento mental para negros(a) e que grande parte das dificuldades dos psicoterapeutas no atendimento a pessoas negras origina-se de falha na formação profissional. Urge, portanto, que a psicologia inclua relações raciais no treinamento de seus(suas) profissionais, de forma a habilitá-los(as) a identificar e nomear o racismo, reconhecer seus impactos psicológicos e explorá-lo em sessão.

Palavras-chave: Racismo; Saúde mental; Psicoterapia; Formação profissional.

White psychotherapists in psychotherapy with black people: gap in training, invisibility of racism.

Abstract

Racism has perverse effects on the human psyche, which incites the need to qualify this experience for the understanding of psychic suffering when serving the black population. The objective of this work was to collect from white psychotherapists, through semi-structured interview, the narrative of their experience with and/or understanding of the care for black clients. Seven professionals participated in the study. Four categories were identified: (1) Training; (2) Modes of intervention on racial experiences; (3) Epistemological

assumptions of psychology; and, (4) Interracial therapeutic relationship. It was observed that racism is unseen as factor of mental suffering for blacks and that part of the difficulties of psychotherapists in the care of black people stems from a flaw in their professional training. It is therefore imperative that psychology include racial relations in the training of its professionals in order to enable them to identify and name racism, recognize its psychological impacts and explore it in session.

Keywords: Racism; mental health; psychotherapy; professional qualification.

Psicoterapeutas blancos (as) en atención a personas negras: deficiencia de formación, invisibilización del racismo

Resumen

El racismo tiene efectos perversos para la psique humana, lo que incita a la necesidad de calificar esa vivencia en el entendimiento del sufrimiento psíquico, en la atención a la población negra. El objetivo de este trabajo fue recoger de psicoterapeutas blancos (as), por medio de entrevista semiestructurada, la narrativa de su experiencia y / o entendimiento sobre atención psicoterapéutica a clientes negros (as). Siete profesionales participaron en el estudio. Se identificaron cuatro categorías: (1) la formación; (2) Modos de intervención sobre las vivencias raciales; (3) Supuestos epistemológicos de la psicología; y (4) Relación terapéutica interracial. Se constata que el racismo es invisibilizado como factor de sufrimiento mental para negros (a) y que parte de las dificultades de los psicoterapeutas en la atención a las personas negras se origina de falla en su formación. Por lo tanto, urge que la psicología incluya relaciones raciales en el entrenamiento de sus (sus) profesionales, para habilitarlos a identificar y nombrar el racismo, reconocer sus impactos psicológicos y explotarlo en sesión.

Palabras clave: Racismo; salud mental; la psicoterapia; formación profesional.

Introdução

O atendimento psicoterapêutico a populações negras, asiáticas, indígenas e outras racialmente oprimidas tem sido problematizado internacionalmente, principalmente em países como Inglaterra, Austrália, Estados Unidos e Canadá, sendo a maioria das pesquisas realizadas nos Estados Unidos. Psicólogos pesquisadores e psicoterapeutas perceberam a necessidade de uma abordagem mais adequada para a diversidade em suas sociedades crescentemente multirraciais. O interesse nas chamadas psicoterapias multiculturais cresceu a partir dos anos 1960 e a pesquisa constatou a importância em se abordar assuntos relacionados a raça e etnia quando estes surgem na díade birracial de psicoterapia e/ou de supervisão (Patel, 2014). Para Cardemil e Battle, (2003), por exemplo, a prontidão e a disposição do clínico para engajar o(a) cliente no diálogo sobre questões raciais na sessão de terapia é essencial para criar um ambiente terapêutico seguro e confiável. Além disso, as discussões iniciadas por psicoterapeutas, ou supervisores(as), relativas a questões raciais, podem facilitar a aliança de trabalho e assim reduzir o potencial de um impasse terapêutico, um término prematuro da psicoterapia, ou uma resistência à supervisão (Helms & Cook, 1999).

O mais importante fator para a subutilização dos serviços de saúde mental por parte de pessoas de origem não branca envolve a incapacidade de psicoterapeutas brancos(as) em prover formas de tratamento culturalmente sensíveis, ou seja, se eles(as) são capazes de prover uma relação psicoterapêutica efetiva numa díade culturalmente díspar (Sue & Zane, 2009). O fenômeno da *desconfiança cultural*, é um estilo de resposta cultural negra estadunidense resultante de experiências com racismo e opressão. No entanto, a resposta descrita por Whaley (2001) pode ser aplicada transculturalmente: no ambiente de saúde mental, um microcosmos da sociedade, clientes negros(as) vêem seus (suas) psicoterapeutas brancos(as) da mesma forma que a população negra como um todo vê os(as) profissionais brancos(as) de maneira geral, ou seja, com um grau limitado de confiança, devido à pertença racial / cultural diferente.

A necessidade de atenção específica para usuários afrodescendentes nos serviços de saúde mental teve suas hipóteses pesquisadas. Algumas delas são: (a) paridade étnico-racial da díade: acreditou-se que a causa do atendimento inadequado a negros(as) na psicoterapia tradicional fosse a falta de paridade étnico-racial na díade psicoterapêutica, mas esta é uma área que produziu resultados empíricos não consistentes desde 1960 (Weekes, 2010); (b)

preferência do(a) cliente: as pesquisas sobre a preferência do(a) cliente pela raça do(a) psicoterapeuta produziram resultados controversos, exceto para negros, que, de fato, preferiam terapeutas da mesma raça (Atkinson, 1983); (c) impacto da paridade racial no processo terapêutico: resultados meta-analíticos (Cabral & Smith, 2011) são inconsistentes, mas indicam que, apesar de as pessoas preferirem um(a) psicoterapeuta de sua raça/etnia, a melhora no tratamento independe da raça/etnia do(a) profissional; indicam também que afro-americanos e pessoas com alto grau de preferência étnico-racial ou de desconfiança cultural beneficiam-se da paridade étnico-racial com o(a) psicoterapeuta. Outra sugestão é a necessidade de adaptação de técnicas e intervenções, para corresponder aos contextos culturais dos clientes e aponta-se que, por diversas razões, os clientes não brancos costumam achar os serviços tradicionais de saúde mental estranhos ou inúteis (Griner, 2005).

No Brasil, cuja população é majoritariamente – 54% – negra (IBGE, 2015), tem crescido nos últimos anos a discussão sobre o racismo. No entanto, ainda não se dá a devida importância ao impacto do racismo na saúde mental. A psiquiatria cultural, por exemplo, associa a posição de desempoderamento, particularmente dos marginalizados, estigmatizados e discriminados – como é o caso da população negra -, aos transtornos mentais comuns (Good & Kleinman, 1985; Littlewood, 2002; Nguni et al., 2010). A experiência do racismo foi associada também ao transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) racial, nomeado então de dano por estresse traumático racial (Carter, 2007; Carter et al., 2013). Silva (2005) atribuiu o constante sofrimento mental da maioria da população negra brasileira às condições históricas de vida precárias. Ela aponta diversos sintomas físicos e psíquicos originados pela permanente condição “de tensão emocional, de angústia e de ansiedade, com rasgos momentâneos dos distúrbios de conduta e do pensamento” (p.130). Ou seja, a exposição cotidiana a situações humilhantes e constrangedoras pode desencadear um número de processos desorganizadores dos componentes psíquico e emocional (Silva, 2005).

Relativamente aos métodos tradicionais de psicoterapia, Lago e Thompson (2002) os qualificam como *culturalmente encapsulados* (p. 4): baseiam-se em uma visão ocidental do mundo e são, portanto, inapropriados se aplicados irracionalmente a todas as situações de psicoterapia. Nadirshaw, (1992) já apontava que os métodos tradicionais de psicoterapia, baseados em pressupostos etno e eurocêntricos, não atendem às necessidades dos indivíduos de outras origens étnico-raciais; é uma abordagem *daltônica*, que considera os modos de pensar ocidentais como universais. Da mesma forma, Sue, Pedersen e Ivey, (1996)

sugeriram que as teorias de psicoterapia construídas com base na cultura euro-americana refletirão os valores, filosofias e linguagem dessa cultura e, portanto, não podem ser efetivamente aplicadas a indivíduos de outras culturas. Sue e Sue (2003) mencionam o *monoculturalismo etnocêntrico* como a combinação do *encapsulamento cultural* com o *racismo cultural* (p.69). Aponte-se que Fanon, em 1952, advertiu na introdução de sua obra *Pele Negra Máscaras Brancas*, sobre a relatividade temporal e geográfica de seu trabalho, pois acreditava ser esta uma característica de todo problema humano: “A arquitetura do presente trabalho situa-se na temporalidade [...] do meu século, do meu país, da minha existência.” (Fanon, 2008, p.29).

Dez anos depois do referido trabalho de Fanon, Wrenn (1962) utiliza pela primeira vez o termo *psicoterapeuta culturalmente encapsulado*, aplicável à competência profissional no atendimento à diversidade, para denominar profissionais que não entendem, ou ignoram, outros contextos culturais e a influência desses contextos na visão de mundo atual de seus(suas) clientes. O encapsulamento cultural pode levar o(a) psicoterapeuta a aplicar suas próprias experiências à experiência do(a) cliente, apesar de que ambos se desenvolveram em mundos, culturas e valores diferentes. E isso é potencialmente danoso para o(a) cliente. Segundo Wrenn, para evitar o encapsulamento cultural e seus pressupostos, o(a) psicoterapeuta deve reexaminar suas crenças, pressuposições e estereótipos diariamente, antecipar mudanças no que tem hoje como verdade, e evitar a dissimulação a respeito de si e de outros.

Complementarmente à ideia de Wrenn, Kiselica enfatiza que tornar-se culturalmente competente é uma jornada para a vida (Kiselica, 1999), um objetivo cujo alcance requer trabalho constante. Ou seja, essa competência está além de um treinamento técnico, é uma prática vital. Heppner (2006) aponta os desafios que vêm nessa jornada: (a) etnocentrismo; (b) xenofobia; (c) aceitar a visão de mundo dos outros; (d) aceitar diferenças interculturais apenas como diferenças; (e) pressupostos de universalidade; (f) mecanismos da personalidade para proteção do eu; e, (g) ênfase em validade interna (descaso com a validade externa).

Nos estudos sobre a ineficácia dos serviços de psicoterapia para pessoas de origem étnico-racial não branca, nota-se a mudança da tendência de considerar apenas as variáveis relativas a essas populações. Pela influência do feminismo, passou-se a pesquisar também as variáveis associadas ao(à) psicoterapeuta branco(a). A branquitude, aponta Helms (2017), é o enquadre para práticas educacionais e científicas, que incluem ensino, pesquisa e prática de psicólogos clínicos.

Autora de modelos de desenvolvimento de identidade racial, tidos como a abordagem mais promissora no campo da psicoterapia multicultural, sua teoria propõe que indivíduos que se auto identificam como brancos desenvolvem suas atitudes raciais a respeito de si próprios de acordo com suas atitudes raciais a respeito de negros. Este modelo descreve uma possível identidade racial branca não-racista que pode ser alcançada se a pessoa aceita sua branquitude, os efeitos culturais, políticos e socioeconômicos de ser branco, definindo uma visão de si como um ser racial. Seis estados de ego, ou seja, estratégias com as quais as pessoas interpretam e respondem àquilo que entendem por raça, são identificados por Helms (1984, 2008) no percurso do desenvolvimento da consciência racial branca. Os estados *não* são mutuamente exclusivos, e o gatilho para o desenvolvimento é a necessidade. O ego seleciona o estado que idealmente protege o senso de bem-estar e a auto estima da pessoa. Um estado é dominante, quando a pessoa o utiliza primariamente em muitas das situações que o ego percebe como racial; o estado secundário é aquele potencialmente acessível na circunstância imediata.

Os estados são: (a) contato: satisfação com o *status quo* racial, ausência de conscientização a respeito do significado sócio-político de pertencer a um grupo racial, especialmente seu próprio grupo, desconhecimento do racismo e de sua participação no racismo; (b) desintegração: desorientação e ansiedade causadas por dilemas raciais morais não resolvidos, que forçam a pessoa a escolher entre a lealdade ao próprio grupo e os ideais humanistas (conscientização ambivalente da branquitude); (c) reintegração: idealização do próprio grupo racial, difamação e intolerância a outros grupos, aprovação ativa e passiva da superioridade branca; (d) pseudo-independência: comprometimento intelectualizado para com o próprio grupo e tolerância enganosa para com outros grupos, aparente reconhecimento das implicações sócio-políticas das diferenças raciais; (e) imersão/emersão: busca por um entendimento do significado pessoal do racismo e das maneiras pelas quais se beneficia, redefinição de branquitude; (f) autonomia: comprometimento informado e positivo com o grupo racial, uso de padrões internos na auto definição, capacidade de abandonar privilégios. Para chegar a uma identidade racial branca saudável (autonomia) será necessário processar e internalizar adequadamente as experiências raciais anteriores.

No que tange ao treinamento em psicoterapia multicultural o modelo mais influente (Sue et al., 1982) tem sido refinado, foi operacionalizado e engloba competências em três domínios: (a) conscientização: entendimento do próprio condicionamento cultural e de como esse condicionamento afeta crenças pessoais, valores e atitudes da população

culturalmente diversa; (b) conhecimento: entendimento das visões de mundo de grupos e indivíduos culturalmente diversos; e (c) habilidades: saber determinar e usar estratégias de intervenção culturalmente apropriadas no trabalho com grupos diferentes (Sue & Sue, 2016). Outros atributos, como a abertura para a diversidade e a *humildade cultural* parecem fundamentais para a psicoterapia multicultural efetiva. A humildade cultural, oposta ao etnocentrismo, assemelha-se mais a uma maneira de ser do que uma maneira de fazer.

No Brasil a pesquisa publicada em periódicos indexados sobre saúde mental e racismo contra negros é escassa (Gouveia & Zanello, 2018) e quando existe, a ênfase é sempre na população negra e não nos(as) profissionais brancos(as) que a atendem. Levando em consideração essa lacuna, este trabalho visou averiguar a experiência, ou sua ausência, bem como o entendimento de psicoterapeutas brasileiros(as), com formação brasileira, autodeclarados(as) brancos(as), no atendimento a pessoas negras.

Metodologia

A metodologia qualitativa foi utilizada para esta pesquisa. O método qualitativo, segundo Minayo (2013) “é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (p. 57). Esta abordagem é considerada apropriada para investigação de questões de pesquisa menos exploradas - como é o caso das relações raciais na psicologia clínica brasileira, e nas quais seja necessário ouvir as pessoas.

O processo de recrutamento de participantes foi feito por meio de contatos pessoais em redes profissionais não eletrônicas. Os critérios de inclusão utilizados foram (1) ser profissional de psicologia no Brasil com formação brasileira, (2) estar ativo(a) na prática psicoterápica no Brasil, e (3) auto declarar-se como pessoa branca. Foram selecionados(as) e entrevistados(as) todos(as) os(as) psicoterapeutas que se apresentaram, no total de sete. Para preservar o sigilo de suas identidades, cuidou-se em substituir seus nomes verdadeiros por nomes comuns na população brasileira (Ana, Joana, Maria, Rosa, José, Pedro, e Paulo).

O levantamento de informações foi realizado por meio de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas em locais reservados, escolhidos pelos(as) participantes, de forma a não incorrerem em despesas de deslocamento. A duração média das entrevistas foi de meia hora. A cor/raça do(a) entrevistado(a) seria sempre autodeclarada, ao passo que a

cor/raça da pessoa de quem se fala (do(a) cliente por ele(a) atendido(a)) seria sempre baseada na percepção do(a) entrevistado(a).

Para as entrevistas, utilizou-se o recurso da paridade racial e de gênero - entrevistadora branca entrevistou psicólogas brancas e entrevistador branco entrevistou psicólogos brancos, para evitar potencial resistência, comum em díades de raça e sexo díspares. A paridade racial justifica-se ainda por sermos um país racializado, onde “tensões nem sempre explícitas entre brancos e negros estão presentes”, bem como por “propiciar o discurso livre” (Carone, 2003, p.21).

O instrumento utilizado para coleta de dados foi composto de um questionário sócio biográfico e um roteiro para a entrevista semiestruturada. A entrevista semiestruturada caracteriza-se pela coleta de dados a partir de questões norteadoras, ou seja, servem como um direcionamento da entrevista no caminho desejado sem torná-la inflexível.

Os/As participantes foram convidados(as) a relatar sua história de forma livre: (1) Conte-me um pouco de você, da sua vida, da sua experiência pessoal, sua experiência com psicoterapia, desde quando você a iniciou até atualmente. Durante a entrevista foram utilizados recursos (como paráfrase, afirmadores, e outros estímulos) para o direcionamento do conteúdo da fala em torno do perfil da clientela do(a) entrevistado(a) e eventual atendimento à diversidade, principalmente raça. Do roteiro constaram as perguntas: (1) Qual é o perfil de sua clientela? (2) Você atende a diversidade, por exemplo, mulheres e homens, população LGBT, população negra, etc? A inclusão de perguntas sobre gênero e sexualidade teve por intuito vencer potencial resistência dos(as) participantes às questões especificamente raciais (não mostrar claramente que este era o tema da pesquisa).

Depois de afunilar para a questão racial, perguntas específicas foram: (1) Em sua opinião, como deveria ser a relação cliente-psicoterapeuta em uma psicoterapia inter-racial, para que esta fosse a mais exitosa possível? (2) Você acha que a cor da pele do(a) psicoterapeuta e do(a) cliente tem algum impacto no processo terapêutico? Você poderia descrever sua experiência quanto a esse aspecto? (3) Você se lembra de ter vivido em psicoterapia alguma situação desconfortável, cuja origem você imaginava ou imagina tenha sido devido à sua raça, etnia, ou cor de pele? (4) Você aborda assuntos étnico-raciais em psicoterapia? (5) Seus clientes abordam/abordaram assuntos étnico-raciais em terapia?

Para o tratamento dos dados, foi realizada a análise de conteúdo (Bardin, 2011). Todas as entrevistas foram inteiramente gravadas e transcritas, e a partir desses textos foi realizada análise de conteúdo. Duas pesquisadoras procederam, separadamente, a leitura

integral das entrevistas, e depois da análise e levantamento dos temas reuniram-se para a construção das categorias (a partir dos temas). As respostas relativas a gênero e sexualidade foram descartadas. Foram elencadas quatro categorias, as quais serão descritas a seguir.

Esta pesquisa seguiu as normas e os princípios éticos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12/12/2012 e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CAAE: 68033617.8.0000.5540), sob o parecer de número 2.094.292.

Resultados e Discussão

Entre os sete participantes, quatro psicoterapeutas eram mulheres e três homens, com idades de 23 a 57 anos; seis se declararam heterossexuais e uma pessoa, bissexual; o estado civil da amostra foi de quatro solteiros(as), dois casados(as) e um(a) “outro”; três psicoterapeutas se graduaram em universidade pública federal e quatro em instituições particulares. O mais alto grau obtido variou entre graduação e doutorado: uma graduação, três especializações, dois mestrados e um doutorado. O tempo de prática clínica variou entre 1 a 17 anos, e a renda de um salário mínimo a onze mil reais, sendo que quatro psicoterapeutas trabalham na abordagem gestáltica, um(a) na psicodramática e dois(duas) na psicanalítica.

Ao se perguntar sobre as questões raciais no atendimento em psicoterapia, pôde-se constatar certa resistência dos(as) participantes em abordar, na entrevista, questões de manejo sobre o racismo vivenciado pelos(as) clientes, como pode ser visto pelas respostas: “já nem me lembro”; “É bem difícil. Faz muito tempo”; “Não entendi a pergunta”; pela excessiva presença de silêncio; ou pela reflexão apenas demonstrada por psicoterapeutas que já haviam atendido algum(uma) cliente negro(a). Ou seja, os demais terapeutas demonstraram dificuldade de proferir reflexões sobre as perguntas feitas, motivada pelo desconhecimento de questões psíquicas especificamente negras.

A partir da análise de conteúdo, foram elencadas quatro categorias: (1) Formação; (2) Modos de intervenção para com as vivências raciais do(a) cliente; (3) Pressupostos epistemológicos da psicologia; e, (4) Relação terapêutica inter-racial. As categorias são mostradas juntamente com seus temas e subtemas na tabela a seguir.

Tabela:
Categorias e temas abordados pelos(as) profissionais brancas(os) entrevistados(as)

Categorias	Temas	Subtemas
1) Formação	a) Existente	i) Tipo de Ensino (1) Superior Público (2) Superior Privado ii) Experiência clínica: clínica de branco
	b) Necessária	i) Cursos / disciplinas ii) Empatia e formação pessoal
2) Modos de intervenção para com as vivências raciais do(a) cliente	a) "Aceitação" e "acolhimento" quando o assunto é trazido pelo(a) cliente	
	b) Desconforto do(a) profissional em abordar o racismo	i) Percebe, mas não pontua ii) Só aborda quando é nomeado pela(o) própria(o) paciente
	c) "Neutralidade"	
3) Relação terapêutica inter-racial	a) Contratransferência de base racial	
	b) Percepção pelo(a) psicoterapeuta da própria limitação na capacidade de compreensão do negro por ser branco e auto identidade racial	
	c) Não percepção de diferenças na relação terapêutica com clientes negros e com brancos	
	d) Exotização da estética negra	
4) Pressupostos epistemológicos da psicologia	a) Universalizantes	i) Humano/Pessoa/Sujeito ii) Particularidades da relação terapêutica iii) Visão solipsista, intrapsíquica e psicologizante
	b) Críticos	i) Visão crítica

Categoria 1: Formação

Sob a categoria "formação" estão contemplados os temas das experiências relatadas como já existentes, por um lado, ou aquelas percebidas como necessárias, por outro lado. No tema "formação já existente", as pessoas que fizeram o ensino superior privado relataram

não ter tido contato com temas de gênero, raça ou diversidade sexual na graduação, o mesmo acontecendo na especialização: “*Não teve. Realmente foi uma falha na minha formação, que eu tive que buscar isso depois. Nem na especialização*” (Ana). Já quem se graduou no ensino superior público teve contato com disciplinas sobre gênero, mas não sobre raça.

No que tange à experiência com clientes negros, há um reconhecimento do elitismo da psicologia clínica, sendo mínima a presença de clientes negros(as). Alguns terapeutas pontuaram que a clínica é de brancos. Pedro, por exemplo, afirma: “*Olha, é muito sério isso porque a minha clínica é uma clínica basicamente de brancos. ... Mas eu já tive aqui, estou lembrando de vários assim, mas não chega a ser 5% da clientela.*” O mesmo é apontado por Paulo: “*a nossa psicologia e especialmente a psicologia clínica é muito burguesa, muito de consultório, pouco de rua, pouco de intervenção grupal, eu acho que esse tipo de coisa [questão racial] faz muita diferença, especialmente para quem, por exemplo, entra no serviço público.*” A psicologia clínica tem histórico elitista em um passado próximo (Bock, Ferreira, Gonçalves, & Furtado, 2007; Lacerda Jr., 2013). Uma vez que a pobreza no Brasil é racializada (Carneiro, 2009), há baixa presença de pessoas negras em consultórios privados. Assim, o(a) profissional, acostumado(a) que está e treinado(a) que foi no atendimento a uma elite branca, quando tem que fornecer serviços para a população negra não se encontra preparado(a), como exemplificou Paulo no caso do serviço público.

Essa falta de preparo embasa duas outras práticas relativamente comuns. A primeira, conforme constatado em estudo realizado em hospitais públicos, diz respeito à dificuldade do(a) profissional de psicologia em geral de perceber o racismo institucional. Os autores confirmaram que os(a) participantes, psicólogos(a) da saúde, tinham a percepção do racismo no país, mas não no seu próprio trabalho de atendimento à população negra (Tavares, Oliveira, & Lages, 2013). A segunda é a percepção do diferente como inacessível, como verbalizado por Joana: “*... tem coisas que eu nunca vou alcançar da vivência delas. ... eu nunca vou entender por completo como é a vivência que elas estão me trazendo*”. Esta é uma percepção distorcida, a ser corrigida em treinamento. Compreender as cosmovisões de clientes culturalmente diversos não significa tê-las como próprias, mas considerá-las de forma não valorativa (Sue & Sue, 2016). Os mesmos autores enfatizam que é quase impossível para um(a) psicoterapeuta branco(a) pensar, sentir e reagir como indivíduo racialmente oprimido, mas que a “*empatia é possível*” (Sue & Sue, 2016, p. 57).

No tema “*formação percebida como necessária*”, emergiu a necessidade de preenchimento de lacunas de formação acadêmico-profissional no que diz respeito a cursos,

disciplinas e conteúdos de relações raciais e gênero. Em termos de cursos/disciplinas, o apontamento de lacunas foi recorrente. Para Ana, o desconhecimento de outras realidades adoecedoras é prejudicial ao processo psicoterapêutico, como apontado anteriormente nas características do(a) psicoterapeuta culturalmente encapsulado (Wrenn, 1962): *“Acho que ter disciplinas que contemplem essa realidade, tipos de adoecimentos que podem estar relacionados...E também o quanto algumas diferenças podem afetar ou devem ser observadas nesse olhar do psicólogo. ... facilitaria e a gente ganharia tempo no processo terapêutico ...”* Joana aponta a mesma necessidade não apenas com relação a raça e etnia, mas também sexualidade, o que certamente levaria aos estudos interseccionais: *“...ter aulas mais específicas sobre raça, etnias e também sobre sexualidade...”*.

Nota-se ainda, no(a) psicoterapeuta, a crença de que seu desconhecimento da vivência do racismo pela qual passa o(a) cliente negro(a), é devido ao fato de ser branco(a). Paulo indicou perceber diferença na subjetividade das pessoas alvo do racismo, mas ao mesmo tempo afirma não saber sobre a vivência do racismo em si: *“A subjetividade de um cara que sofre racismo, que vive numa favela... tem diferenças de um cara que mora aqui na Asa Norte; e são diferenças significativas, assim como existem pontos comuns. Mas o racismo, por exemplo, é uma coisa que um cara de classe média alta do Plano Piloto¹³ não vai saber tratar muito bem. A gente não tem uma experiência de vida que nos ensina, que nos fala sobre o que é ser vítima de racismo.”* A fala de Paulo motiva dois comentários. O primeiro trata da intersecção racismo e classismo:, ou seja, a racialização da pobreza no Brasil (Carneiro, 2009), já mencionada acima. No entanto, quando um negro deixa de ser pobre, isso não quer dizer que esteja necessariamente livre de sofrer racismo. O segundo comentário refere-se à crença de que é a vivência que proporciona conhecer a experiência do racismo, de que a experiência compartilhada é o meio de compreender o outro. O equívoco dessa crença é que condiciona a capacidade de entendimento da experiência alheia à própria vivência daquela mesma experiência. Ora, é impossível terem-se as experiências de todos(as) os(as) clientes atendidos. Se esse critério fosse admissível, os(as) profissionais estariam fadados a atender apenas pessoas com experiências as mais próximas possível das suas próprias. Isso seria a negação da possibilidade de assistir a pluralidade e significaria que cada profissional seria especialista em sua própria experiência, o que também condiz

¹³ O Plano Piloto (Brasília) tem a forma de um avião, com uma Asa Norte e uma Asa Sul, adicionalmente um Setor Sudoeste e um Noroeste, além das áreas residenciais em torno do Lago. Os habitantes do Plano Piloto, têm, em geral, nível socioeconômico mais alto que os habitantes das cidades satélites.

com a descrição de psicoterapeuta culturalmente encapsulado (Wrenn, 1962). Apesar de tal crença, Paulo ainda acredita ser possível solucionar esta falha via formação acadêmica: *“E eu sinto falta de a gente poder trabalhar isso na graduação”*.

Por outro lado, ao responder sobre a contribuição da formação específica para atendimento a negros, José distinguiu a formação técnica da formação pessoal. Para ele, a capacitação para atendimento à diversidade racial estaria mais ligada à história de vida, valores, desenvolvimento e crescimento via psicoterapia, do que à formação acadêmica: *“Eu acho que a formação ... é muito técnica; esse tipo de questão depende mais da formação pessoal da pessoa, da história de vida da pessoa, dos valores e da própria formação, do acompanhamento psicoterápico, né, do que da própria técnica...”* Essa opinião toca em apenas um item - valores - dentro do que pesquisas nesse campo têm proposto em termos de treinamento da competência em psicoterapia multicultural, caracterizado como um processo que é uma jornada para a vida, e que inclui minimamente três componentes: conscientização das próprias atitudes e crenças, conhecimento dos valores e crenças do “outro”, e habilidades para adequar estratégias e técnicas de intervenções (Sue et al., 1982).

Categoria 2: Modos de intervenção terapêutica para com as vivências raciais do(a) cliente

Na categoria, “modos de intervenção terapêutica para com as vivências raciais do(a) cliente”, figuraram três modos como temas: (a) Aceitação e acolhimento quando o assunto é trazido pelo(a) cliente; (b) Desconforto do profissional em abordar o racismo e, (c) Neutralidade. O tema “aceitação e acolhimento quando o assunto é trazido pelo(a) cliente” parece ser uma postura adotada com um sentido universal, independentemente da linha terapêutica e do tema de sofrimento. Mostram-se ausentes, porém, a exploração terapêutica da queixa e o espaço para ressignificação. Nas palavras de José, *“Aquela coisa da aceitação incondicional, se você aceita o outro, se você trabalha suas questões, seus preconceitos, você não consegue ter preconceito com o cliente, é uma coisa da aceitação incondicional mesmo. Então nada que o cliente falar aqui nessa cadeira eu vou me espantar, eu aceito aquela pessoa que está aqui sentada ...”*. A fala de José aponta na justa direção da compreensão do outro, no entanto, para a elaboração do sofrimento, é provável que o(a) cliente necessitará de algo além de aceitação e acolhimento.

O tema “desconforto do(a) profissional em abordar o racismo” traz duas atitudes

como subtemas: (a) percebe, mas não pontua; e, (b) só aborda quando é nomeado pelo(a) próprio(a) cliente. A primeira, “percebe, mas não pontua” diz respeito à atitude do psicoterapeuta que percebe o racismo vivenciado pelo(a) cliente, mas não aborda, porque tal vivência ainda está fora da percepção do(a) cliente. A razão de não abordar é que, teoricamente, isso seria trazer algo que não é do(a) paciente. Essa atitude seria sustentada por uma abordagem terapêutica que recomenda não avançar temas não trazidos pelo(a) cliente, como é mencionado por Joana: “*A paciente não fala diretamente sobre racismo, então eu não aponto, porque também ela não traz essas vivências. Porque ela é uma pessoa que exige muito de si, (...) ela traz muito mais temas que são concernentes a ela mesma, ela com ela mesma, raramente ela traz as relações dela.*”

O racismo humilha, subalterniza, perpetua a autoimagem negativa do negro, o conduz à auto depreciação (Souza, 1983), sem que ele se dê conta de que os atributos negativos não são internos, porém internalizados; essa condição faz com que a pessoa negra se culpe sem perceber qualquer contribuição do seu meio externo para o seu mal-estar. Akbar (1984) denominou este fenômeno de ‘escravidão psíquica’. Tratar-se-ia de um complexo de inferioridade introjetada na *psique* do negro (Fanon, 2008), que vem acompanhado de uma pesada carga de sofrimento. O sofrimento é ainda maior quando se somam causas internas de sofrimento com as causas internalizadas. Assim, em lugar de não abordar o tema, a tarefa do(a) psicoterapeuta é pontuar e explorar com o(a) cliente a origem social de seu sofrimento. Neste caso um conteúdo técnico específico para se trabalhar o racismo internalizado da cliente teria sido de grande benefício, pois parece o caso em que a pessoa negra pode estar em sofrimento devido ao racismo, sente os incômodos, mas, por não conseguir identificar a fonte, acaba por fazer uma atribuição interna, e às vezes de ordem apenas física. O(a) cliente vai precisar ser tomado(a) pela mão pra sair da sua “zona do não-ser” (Fanon, 2008, p. 26), conhecer seu sofrimento não físico e suas causas.

Joana, por exemplo, contou que em uma dada sessão, sua cliente trouxe uma questão relativa ao incômodo sentido quanto ao seu cabelo crespo. Ela percebeu o processo da cliente, mas não pontuou: “*Então eu entendi que aquele foi o momento de ela conseguir alcançar um pouco dessa, dessa origem dela. De conseguir se aproximar dessas questões*”. A entrevistadora continua o diálogo: – “*Você falou isso pra ela?*” – “*Não*”. – “*Então foi algo que não foi dito, foi subentendido?*” – “*Foi subentendido.*”

A atitude do psicoterapeuta pode derivar-se de seu próprio treinamento, como relatou Paulo: “*Eu não costumava perguntar não. Eu tenho um pouco de uma certa conduta ética*

de esperar que a pessoa traga. Isso vem da formação da psicanálise, essas perguntas provocativas. Às vezes eu percebia pelo que não era dito, pelo que não era falado, por alguma reação. ... tinha alguma coisa no ar que não deixava ela tão à vontade de falar e aí eu confesso que me faltou um pouco dessa curiosidade.” Questione-se novamente a validade de deixar passar o não dito, porém percebido, sem ser apontado e explorado. Nos dois relatos acima, a conduta de conter o percebido pode ser questionada em termos terapêuticos, no sentido de que não está contribuindo para que o(a) cliente identifique a real fonte de sofrimento.

A segunda atitude, “só aborda quando é nomeado pelo(a) próprio(a) cliente”, reflete as situações em que o(a) psicoterapeuta espera que o(a) cliente traga a queixa nomeada como racismo, conforme Joana aponta em seu relato sobre duas clientes: “...a que tem mais consciência nomeia muito mais a questão racial ... a outra não, ela raramente pontua o racismo”. A entrevistadora insiste: - “mas você pontua para ela: isso é racismo? – não. – porque? - Porque também ela não traz essas vivências”. Essa postura impede de adentrar o processo terapêutico saudável às pessoas que ainda não percebem o racismo como causa de sofrimento e ainda se responsabilizam por suas circunstâncias de vida, que são de origem externa (social) e não interna. Novamente, são pessoas que se formam no espaço nomeado por Fanon (2008) como “zona do não-ser” (p. 26), um lugar de onde não se é capaz de nomear o próprio processo como sofrimento, menos ainda de identificar sua causa.

Como mencionado anteriormente, de acordo com Helms e Cook (1999), muitos clínicos são hesitantes em iniciar discussões de raça em terapia devido a sua ansiedade e a seu medo de ofender. Essas autoras defendem que tal impedimento só dará lugar a um nível de conforto que permita uma discussão aberta e honesta de raça e etnia na sessão de psicoterapia, se os(as) psicoterapeutas primeiramente confrontarem seus próprios vieses, pressuposições e preconceitos sobre outros grupos raciais ou étnicos, proposta que soa como uma junção entre as necessidades de letramento racial e de aquisição de repertório empático. Como apontamos, segundo Cardemil e Battle (2003), a disposição do clínico para engajar o(a) cliente no diálogo sobre questões raciais é essencial para criar um ambiente terapêutico seguro e confiável.

No tema “neutralidade” incluem-se falas dos(as) psicoterapeutas que apontam que a neutralidade empresta validade à sua técnica. É argumento corrente a distinção feita pelos profissionais *psi* entre a psicologia e a psicanálise, tendo-se a primeira como o estudo das funções psíquicas e do comportamento das pessoas e suas relações, enquanto a psicanálise

seria um método “de investigação dos conteúdos mentais, especialmente os inconscientes” (Cordioli, 2008, p.23). Essa distinção apareceu na fala de Pedro, ao defender a neutralidade psicanalítica como qualificadora de sua atitude: “*Eu tento ser o mais neutro possível diante disso. ... é um dos pressupostos para você ser um analista. ... é uma diferença muito grande entre um psicólogo e um psicanalista. O psicólogo se forma na Universidade, e abre o consultório, ele aprende uma técnica, vai para uma abordagem e ele trata as pessoas. Métodos, técnicas e por aí fora. Um psicanalista ele tem que fazer análise primeiro, a gente tem que deitar no divã e falar dos nossos preconceitos...*”. No campo das relações raciais, essa neutralidade de um(a) psicoterapeuta branco(a) pode assemelhar-se ao privilégio branco (Schucman, 2012), ao mesmo tempo que prejudica o(a) cliente negro(a). Ao psicoterapeuta é dado esconder-se sob a neutralidade da ‘superioridade’ branca e não se considerar contribuinte para o sofrimento de base racial. Os impactos de tal atitude para clientes negros(as) foram discutidos por (Gouveia & Zanello, [s.d.]).

Categoria 3: Relação terapêutica inter-racial

Na categoria relativa à “relação terapêutica inter-racial” quatro temas foram identificados, a saber: (a) contratransferência de base racial; (b) percepção pelo(a) psicoterapeuta da própria limitação na capacidade de compreender o negro, por ser branco, e auto identificação racial; (c) não percepção de diferenças na relação terapêutica com clientes negros e brancos; e, (d) exotização da estética negra.

No tema “contratransferência de base racial”, no caso de Joana, apesar de identificar-se como branca, a psicoterapeuta apresenta o desconhecimento de si própria como ser racial partícipe do processo causador do sofrimento, desconsiderando o impacto que o ‘ser branco(a)’ pode trazer para a relação terapêutica: “*eu, como uma pessoa branca, pontuar pra uma pessoa negra ‘isso é racismo’ é diferente do que uma pessoa trazer e dizer ‘eu tive uma vivência de racismo’*”. Parece que a utilização do ‘ser branca’ visa não abordar um tópico que pode ser central no sofrimento do(a) cliente, como já proposto por Bento (2003): “Evitar focalizar o branco é evitar discutir as diferentes dimensões do privilégio” (p.27).

Negligenciar essa contratransferência autoriza profissionais brancos a serem racistas, mesmo que de forma despercebida, tal como presente na fala de Ana: “*Talvez percebendo isso, eu trago questões de por exemplo, falar que na minha família tem negro...Eu cheguei a falar porque eu achei que tinha questões que poderia colaborar*”. Esse é o racismo típico

do Brasil, que tem suas origens na ideia da democracia racial, onde se confunde miscigenação com igualdade racial; o desejo da psicoterapeuta de criar um ponto identitário com a cliente, apontando um membro negro na família, é visto como cordialidade, pode até mesmo ser visto como uma comunhão perene, porém pode surtir o efeito contrário, ao invisibilizar o sofrimento da cliente, jamais comungado pela psicoterapeuta.

Outro tema recorrente foi a “percepção pelo(a) psicoterapeuta da própria limitação na capacidade de compreender o negro, por ser branco, e auto identificação racial”. Paulo relata sua experiência na área de medidas socioeducativas, onde constata o impacto da raça na relação terapêutica: “...*eu vejo por exemplo, que as vezes acontece, sim, ... quando é uma colega especialista, que tem a cor da pele mais escura, tem um cabelo mais afro, tem tatuagem, aquela coisa de identificação com o menor infrator, o vínculo é mais tranquilo, faz diferença sim. Eu, branco que venho de uma comunidade mais rica, o que eu vou querer dizer para um menor infrator que vem de um lugar fudido, sem condição nenhuma. Bem ou mal é um estereótipo que se tem da cor da pele, mas que em algumas relações terapêuticas faz diferença sim. Faz muita diferença*”. Mesmo não tendo tido formação específica de relações raciais, ele reconhece que a diferença racial pode impor limites ao atendimento.

Joana também verbaliza essa percepção e vai além: não se limita a acolher, mas problematiza a diferença racial na relação terapêutica: “...*eu sei que eu nunca vou entender por completo como é a vivência que elas estão me trazendo, mas eu tento acolher aquilo. ... trouxe em terapia com uma delas que foi ‘como é para você estar aqui, falando comigo sobre essas questões de racismo e eu sou branca?’*”

Paulo, ainda uma vez, hipotetiza que o(a) cliente irá considerá-lo não confiável, provavelmente por identificá-lo com o opressor: “*o fato de eu ser homem, branco, heterossexual ... mainstream, às vezes pode fazer com que quem sente o racismo não sinta a confiança plena e necessária para poder abordar um conflito, por você assumir esse papel, entre aspas, não digo opressor, mas alguém que não teria a sensibilidade de entender o que está acontecendo.*” Apesar de sua atitude indicar uma evitação, Paulo reconhece o papel de opressor que ele pode desempenhar no imaginário do(a) cliente. Os últimos parágrafos esboçam uma conscientização dos(as) psicoterapeutas, mesmo que não tenham tido qualquer treinamento específico com recorte para atendimento à diversidade racial, o que, novamente, poderá convidá-los(as) ao letramento racial.

No tema “não percepção de diferenças na relação terapêutica com clientes negros e brancos” vemos o encontro da universalidade das teorias psicológicas com o racismo

brasileiro, baseado no mito da democracia racial. Nessa junção pauta-se a ideia de que todos somos iguais, ou que o que importa é o humano. Ao se desconsiderar as diferenças, acaba-se validando e legitimando uma clínica que não qualifica as desigualdades. Ao responder sobre a diferença entre atender clientes negros e clientes brancos, Maria revela: *“Olha, eu não sei se é por causa da minha espiritualidade, como eu vejo isso, mas eu acho que não. Sinceramente que não”* [faz diferença]. Ela parece crer que sua espiritualidade a permite não diferenciar pessoas, ou a leva a desqualificar as desigualdades sociais construídas a partir das diferenças físicas (racismo fenotípico).

No último tema tem-se a “exotização da estética negra”, como estereótipo racista, construído a partir da representação do negro no Brasil: *“ela inclusive se veste de forma africana, gosta de usar turbante, gosta de usar o cabelo diferente, tem orgulho disso.”*, e ainda *“sou muito ligada em estética, então eu achava bonito a forma como ela assumia a questão da raça. eu ficava encantada com os complementos, com as bijuterias, com a forma de vestir, de assumir ...”* A corporeidade e a estética negras são ferramentas políticas de afirmação identitária. Ao não seguir o referencial do ideal da branquitude, os corpos negros são entendidos como desviantes, incompletos, exóticos, o que se insere na dificuldade branca de normalização da negritude (Gomes, 2003; Pereira, 2013).

Categoria 4: pressupostos epistemológicos da psicologia

A categoria, “pressupostos epistemológicos da psicologia”, remete aos princípios eurocêntricos das teorias psicológicas e se apresentaram de duas formas: “universalizantes” e “críticos”. Entre os pressupostos universalizantes encontramos os seguintes temas: (a) humano/pessoa/sujeito; (b) particularidades da relação terapêutica; e, (c) visão solipsista, intrapsíquica e psychologizante. Já nos críticos, encontramos a percepção do racismo como fator de impacto na saúde mental de pessoas negras.

Nos pressupostos universalizantes apareceu, independentemente da abordagem teórica, a atitude generalizadora de tratar a todos igualmente como “humano”, “pessoa”, “sujeito”, a qual nega a especificidade racial e até mesmo intra racial. Pedro adota essa atitude: *“... eu não vejo nenhuma diferença, entre nenhuma categoria de sexo, de gênero, de raça, de país”* ... *“...vou partir de um pressuposto de que tem um sujeito na minha frente que sofre. Vamos escutar o seu sofrimento...a nossa ideia é tomar o sujeito e ouvi-lo independente da sua particularidade.”* Ou *“A gente não fala do negro, a gente não fala da*

mulher, do homem hetero, a gente fala do sujeito.” Essa atitude condiz com a psicologia ocidental tradicional, que foi uma tentativa de explicar os comportamentos de europeus a partir de um enquadre de referência europeu (Parham et al., 2000), porém aplicando este modelo único a todos, sem qualquer consideração às especificidades culturais. Essa atitude leva a desdobramentos práticos no atendimento, como podemos ver na fala de Paulo: “...em qualquer abordagem terapêutica ... o princípio basilar é aceitação plena de quem eu estou atendendo.” O acolher e escutar, é outra atitude também de cunho universal, como bem exemplificou Paulo; é uma perspectiva pautada na visão de igualdade do sofrimento, não importando sua origem.

Apesar de soar como específico, a consideração da “singularidade da relação terapêutica” também é universalizante. A fala de Ana, por exemplo, “*São diversas as diferenças. Mas ... eu acho que cada relação terapêutica é diferente por si só, mesmo que seja dentro do mesmo público*” invalida a especificidade (social, política) do sofrimento de origem racial; o mesmo afirma José: “*Acho que depende de cada pessoa também.*”

Dentro desse pressuposto há uma aparente inconsistência, ao se ter, de um lado, a consideração do sofrimento independentemente de suas particularidades, e de outro, cada relação terapêutica ser diferente por si só. A solução dessa inconsistência se faz ao particularizar o sofrimento do negro devido ao racismo. São afirmações que abonam o(a) psicoterapeuta não adentrar o real problema. Não se pode ignorar a violência do racismo e nem que o sofrimento tem raça, gênero e classe social. O(a) profissional poderá cometer violência ao tratar desiguais da mesma forma, podendo revitimizar o(a) cliente, contribuindo para a perpetuação de suas experiências traumáticas, que são cumulativas por excelência (Gouveia, 2008).

Ainda nos pressupostos universalizantes ocorreu a “visão solipsista/intrapsíquica/psicologizante”, por meio da qual se atribui a responsabilidade pelo sofrimento à(o) própria(o) sofrimento, à própria experiência de ser negro(a). Há uma despolitização, uma desracialização do sofrimento de forma a se constituir uma atribuição interna. Ana fala de uma cliente negra: “... se interessar por determinados parceiros, mas achar que não iam se interessar por elas. Talvez por não ser da mesma raça, tinha a questão da insegurança quando se sentia atraída por brancos; relatava algumas situações se sentindo de alguma forma menosprezada.” Tal atitude considera que a cliente sofre por ser negra, e não por ser estigmatizada. Ou pode ainda caracterizar o estigma como “tendência” da pessoa, e não como consequência do racismo: “*eu senti que inicialmente, talvez alguma inibição da parte*

dela ... uma preocupação em agradar... Mas eu achava uma coisa assim, meio ... submissa. E aí eu fui tentando deixá-la à vontade e hoje não acontece mais, mas eu vejo uma tendência.” (Ana).

O tema “visão crítica” emergiu no sentido de percepção do racismo sofrido como elemento que determina a autoestima negativa das pessoas negras, o que fugiu da visão de “tendência” como característica interna, como na fala de José: “... *Todo preconceito eu considero que é adquirido porque a gente não nasce preconceituoso. E a gente se constitui através do olhar do outro e a gente se contamina. Então eu já atendi paciente criança que não parava de pentear o cabelo. ... Era uma obsessão por esse cabelo. ... E depois atendendo os pais eu fui ver, ela era adotada, a mãe tinha o cabelo muito liso e ... acabou que passou para a criança essa questão do preconceito.*” Pedro surpreendeu-se ao não conseguir identificar um(a) psicoterapeuta negro(a) em seu círculo, quando perguntado sobre o impacto da cor do psicoterapeuta na terapia: “*De novo, eu acho que sim, porque eu estou aqui pensando na sua pergunta e estou pensando assim, quantos analistas negros eu conheço? Sabe? Cara, eu estou aqui tentando encontrar...*”

Todas as categorias elencadas nestes resultados giraram em torno do esquecimento da psicologia para com o negro – diga-se, o não branco –, desconsiderando-o como sujeito específico do sofrimento devido ao racismo. Além da resistência apontada no início da apresentação dos resultados, alguns(umas) entrevistados(as) se engajaram, mesmo sem perceber, em discursos racistas, que demonstram a distância afetiva para com pessoas negras em geral, e não só a distância temporal do atendimento à(ao) cliente negro(a). O próprio uso do vocabulário traz uma evitação das palavras atinentes a relações raciais: ‘*dessa origem dela*’; *se aproximar* ‘*dessas questões*’; *como eu vejo* ‘*isso*’; *eu acho que* ‘*esse tipo de coisa*’; *disciplinas que contemplem* ‘*essa realidade*’; *eu acho que* ‘*esse tipo de questão depende*’; *traz* ‘*essas vivências*’; *no tocante ao que* ‘*isso*’ *afeta a relação*. Não apareceu sequer um neologismo. A evitação da palavra ‘negro’ é tão forte no Brasil, que se tentam encontrar termos mais “leves” para substituí-lo. Pesquisas apontam mais de uma centena de nomes que auxiliam o brasileiro a *esconder* o vocabulário racial referente ao fenótipo da população negra (Schwarcz, 2001). Esse comportamento de evitação do vocabulário racial se encaixa no que Cuti (2012) apresenta como um “jogo semântico-ideológico” que se estabeleceu, um “sutil combate à palavra “negro””. Evitar a palavra ‘negro’, analisa Cuti, é evitar o racismo, a reivindicação antirracista, que contesta a base supremacista fundamentadora do racismo; é evitar pensar em si próprio como um ser racial branco e no resultante privilégio em suas

várias dimensões (Bento, 2003).

Nesse sentido, o treinamento do psicólogo deveria exigir o aprendizado dessas nuances, que, por muito naturalizadas, tornaram-se invisíveis. É importante descobrir o que o(a) cliente aprende ou aprendeu em seu contexto cultural (Pedersen, 1994), e verificar que sentido ele(a) empresta a tais ensinamentos. Ou seja, o(a) psicoterapeuta terá que ser apto na tarefa de tornar explícitas as mensagens implícitas, sejam de natureza raciais ou culturais (Helms & Cook, 1999).

Considerações finais

Este trabalho teve como finalidade sondar a experiência e/ou o entendimento de psicoterapeutas autodeclarados(as) brancos(as) no atendimento a pessoas negras. Identificaram-se quatro categorias temáticas: (1) Formação: mostrou-se falha no concernente a relações raciais no Brasil, em seu conteúdo e em sua visão crítica; (2) Modos de intervenção sobre as vivências raciais dos(as) clientes: emergiram posturas passivas de aceitação e acolhimento; o racismo não é problematizado ou explorado como parte do tratamento do sofrimento por ele causado; (3) Pressupostos epistemológicos da psicologia: são universalizantes; consideram o humano/pessoa/sujeito, porém a partir de uma lógica branca supremacista, negando especificidades raciais; e, (4) Relação terapêutica inter-racial: revelou-se presente a contratransferência racial; os(as) psicoterapeutas percebem limites ditados por sua raça. Apesar de alguns(umas) psicoterapeutas apresentarem uma reflexão sobre o lugar ocupado como branco(a) na relação, houve pouca reflexão ou quase nenhuma, sobre os aspectos transferenciais e contratransferenciais implicados e seus desdobramentos para o próprio tratamento. Constatou-se, portanto, que o racismo é invisibilizado como fator de sofrimento mental para negros(a) e que grande parte das dificuldades dos psicoterapeutas no atendimento a pessoas negras origina-se de lacuna na formação acadêmica.

Nascer e crescer em uma cultura estruturalmente racista impede, ou pelo menos dificulta, à pessoa reconhecer e aceitar a realidade de opressão e privilégio, e, conseqüentemente, livrar-se de seus preconceitos raciais. Psicólogos não estão imunes às influências socioculturais, mas estas podem ser moldadas com uma formação adequada, de forma a não prejudicar seus clientes. Alguns(umas) psicoterapeutas mencionaram a possibilidade de trabalhar seus preconceitos em sua própria análise / psicoterapia. Tal formação não pode ser considerada em nível apenas individual, mas também em nível

institucional. Deve ser garantido o treinamento de habilidades, bem como a conscientização da pessoa como um ser racial, e ainda os conteúdos curriculares devem abordar relações raciais e saúde mental. Modelos de treinamento como o multicultural (Sue & Sue, 2016), a psicologia afrocentrada (Nobles, 1989), as teorias do desenvolvimento da identidade racial (Helms, 2008), e tantas evidências empíricas acumuladas pelo mundo, são certamente caminhos disponíveis que podem facilitar ajustar visões culturalmente encapsuladas ainda predominantes na episteme psicológica, e que não abordam forças como raça e cultura no processo terapêutico. Tais caminhos são pertinentes e, acima de tudo, necessários em um país onde a população negra – 54% da população geral – por eles demanda.

A marcante diversidade cultural do Brasil, somada ao racismo fenotípico aqui predominante, propiciam um encapsulamento cultural especialmente significativo, contra o qual tanto o psicólogo quanto outras categorias de serviços humanos têm que se precaver no exercício profissional. O fato de vivermos em um mesmo país, porém não no mesmo universo simbólico, adiciona um complicador para o trato com o diferente, cuja solução pode ter como condição necessária a compreensão empática da alteridade. A ausência dessa compreensão é o que estabelece o cenário para o entendimento apenas do que se refere a si próprio e, portanto, do diferente como o patológico, o não existente, o apenas exótico.

No nível de conscientização dos(as) profissionais entrevistados(as), não deixa de ser alentador o fato de estarem presentes a percepção de *limitação*, o apontar a necessidade de melhor *formação*, o dar-se conta da falta de *profissionais negros* na psicologia clínica. Os(as) psicoterapeutas que apresentaram essas inquietações muito provavelmente estariam prontos(as) para absorverem, sem muita resistência, o conteúdo de um treinamento, que contemplasse as especificidades da população negra e outras não brancas.

Referências

- Akbar, N. (1984). Africentric social sciences for human liberation. *Journal of Black Studies*, 14(4), 395–414. <https://doi.org/10.1177/002193478401400401>
- Atkinson, D. R. (1983). Ethnic Similarity in Counseling Psychology: A Review of Research. *The Counseling Psychologist*, 11(3), 79–92.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bock, A. M. B., Ferreira, M. R., Gonçalves, M. D. G. M., & Furtado, O. (2007). Sílvia Lane e o projeto do “Compromisso Social da Psicologia”. *Psicologia & Sociedade*, 19(spe2), 46–56. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000500018>
- Cabral, R. R., & Smith, T. B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: A meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 58(4), 537–554. <https://doi.org/10.1037/a0025266>
- Cardemil, E. V., & Battle, C. L. (2003). Guess who’s coming to therapy? Getting comfortable with conversations about race and ethnicity in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(3), 278–286. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.3.278>
- Carneiro, A. S. (2009). Raça , Cultura e Classe no Brasil. Recuperado 9 de fevereiro de 2018, de <https://www.geledes.org.br/raca-cultura-e-classe-no-brasil-sueli-carneiro/>
- Carone, I. (2003). Breve histórico de uma pesquisa psicossocial sobre a questão racial brasileira. In I. Carone & M. A. S. Bento (Orgs.), *Psicologia social do racismo: Estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. (2a., p. 13–23). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Carter, R. T. (2007). Racism and Psychological and Emotional Injury. *The Counseling Psychologist*, 35(1), 13–105. <https://doi.org/10.1177/0011000006292033>
- Carter, R. T., Mazzula, S., Victoria, R., Vazquez, R., Hall, S., Smith, S., ... Williams, B. (2013). Initial development of the Race-Based Traumatic Stress Symptom Scale: Assessing the emotional impact of racism. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/a0025911>
- Cordioli, A. V. (2008). *Psicoterapias Abordagens atuais*. (3º ed). Porto Alegre: Artmed.
- Cuti, L. S. (2012). *Quem tem medo da palavra negro*. Belo Horizonte: Mazza Edições.
- Fanon, F. (2008). *Pele negra máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA. <https://doi.org/10.7476/9788523212148>
- Gomes, N. L. (2003). Corpo e cabelo como símbolos da identidade negra. In *II Seminário Rizoma* (p. 14).
- Good, B., & Kleinman, A. (1985). *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross - Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. California: University of California.
- Gouveia, M. (2008). Revictimization and Retraumatization within the Counseling Relationship: The Experience of Racism and the Importance of Psychotherapist Awareness. In *ISRPC Diversity Challenge Conference: Race, Culture and Trauma*. Institute for the Study and Promotion of Race and Culture - Boston College.
- Gouveia, M., & Zanello, V. ([s.d.]). A vivência do racismo por mulheres negras dentro e

fora do atendimento psicoterapêutico. *prelo*.

- Gouveia, M., & Zanello, V. (2018). Saúde Mental e Racismo Contra Negros : Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(3), 1–15. <https://doi.org/doi.org/10.1590/1982-37030003262017>
- Griner, D. (2005). *Culturally Adapted Mental Health Treatments: A Meta-Analysis*. Brigham Young University.
- Helms, J. E. (2008). *A Race Is a Nice Thing to Have: A Guide to Being a White Person or Understanding the White Persons in Your Life*. Hanover, MA: Microtraining Associates.
- Helms, J. E. (2017). The Challenge of Making Whiteness Visible: Reactions to Four Whiteness Articles. *Counseling Psychologist*, 45(5), 717–726. <https://doi.org/10.1177/0011000017718943>
- Helms, J. E., & Cook, D. A. (1999). *Using race and culture in counseling and psychotherapy: Theory and process*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Heppner, P. P. (2006). The Benefits and Challenges of Becoming Cross-Culturally Competent Counseling Psychologists: Presidential Address. *The Counseling Psychologist*, 34(1), 147–172. <https://doi.org/10.1177/0011000005282832>
- IBGE. (2015). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) - Síntese de Indicadores 2013*. IBGE. Rio de Janeiro.
- Kiselica, M. S. (1999). Confronting My Own Ethnocentrism and Racism: A Process of Pain and Growth. *Journal of Counseling & Development*, 77, 14–17. <https://doi.org/Article>
- Lacerda Jr., F. (2013). Capitalismo dependente e a psicologia no Brasil: das alternativas à psicologia crítica. *Teoría y crítica de la psicología*, 3, 216–263.
- Lago, C., & Thompson, J. (2002). Counselling and race. In S. Palmer (Org.), *Multicultural counselling: A reader*. (p. 3–20). London: Sage.
- Littlewood, R. (2002). *Pathologies of the West. An Anthropology of Mental Illness in Europe and America*. Cornell: Cornell University Press.
- Nadirshaw, Z. (1992). Therapeutic practice in multi-racial Britain. *Counselling Psychology Quarterly*, 5(3), 257–261. <https://doi.org/10.1080/09515079208254471>
- Ngui, E. M., Khasakhala, L., Ndeti, D., & Weiss, L. (2010). Mental disorders, health inequalities and ethics: A global perspective. *Int Rev Psychiatry*, 22(3), 235–244. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.485273.Mental>
- Nobles, W. W. (1989). Psychological Nigrescence: An Afrocentric Review. *The Counseling Psychologist*, 17(2), 253–257. <https://doi.org/10.1177/0011000089172003>
- Parham, T. A., White, J. L., & Ajamu, A. (2000). *The Psychology of Black*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Patel, M. (2014). *Counsellor-Client Ethnic Difference: the Therapeutic Process, Relationship and Competence*.
- Pedersen, P. B. (1994). A culture-centered approach to counseling. In W. J. Lonner & R. Malpass (Orgs.), *Psychology and Culture* (p. 291–295). Boston: Allyn & Bacon.
- Pereira, B. C. J. (2013). *Tramas e dramas de gênero e de cor: a violência doméstica e*

familiar contra mulheres negras. Universidade de Brasília.

- Ratele, K., Cornell, J., Dlamini, S., Helman, R., Malherbe, N., & Titi, N. (2018). Some basic questions about (a) decolonizing Africa(n)-centred psychology considered. *South African Journal of Psychology*, 1–12. <https://doi.org/10.1177/0081246318790444>
- Schucman, L. V. (2012). *Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”: Raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana*. <https://doi.org/10.11606/T.47.2012.tde-21052012-154521>
- Schwarz, L. M. (2001). *Racismo no Brasil*. São Paulo: Publifolha.
- Silva, M. L. (2005). Racismo e os efeitos na saúde mental. In *Seminário Saúde da População Negra do estado de São Paulo 2004*. (p. 129–132). São Paulo: Instituto de Saúde.
- Souza, N. S. (1983). *Tornar-se Negro ou As Vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Sue, D. W., Bernier, J., Duran, M., Feinberg, L., Pedersen, P., Smith, E., & Vasquez-Nuttall, E. (1982). Position Paper: Cross-Cultural Counseling Competencies. *The Counseling Psychologist*, 10(2), 45–52. <https://doi.org/10.1177/0011000082102008>
- Sue, D. W., Pedersen, P. B., & Ivey, A. E. (Eds.). (1996). *A Theory of Multicultural Counseling and Therapy*. Belmont, CA, US: Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Sue, D. W., & Sue, D. (2003). *Counseling the Culturally Diverse: Theory and Practice*. (4th ed). New York: John Wiley & Sons.
- Sue, D. W., & Sue, D. (2016). *Counseling the Culturally Diverse: Theory and Practice*. (Kindle edition). Hoboken, NJ: Wiley.
- Sue, S., & Zane, N. (2009). The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critique and reformulation. *Asian American Journal of Psychology*, 5(1), 3–14. <https://doi.org/10.1037/1948-1985.S.1.3>
- 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*. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000400005>
- Weekes, J. C. (2010). Race-Matching in Psychotherapy : Findings , Inconsistencies , and Future Directions, 12, 8–13.
- Whaley, A. L. (2001). Cultural Mistrust and Mental Health Services for African Americans: A Review and Meta-Analysis. *The Counseling Psychologist*, 29(4), 513–531. <https://doi.org/10.1177/0011000001294003>
- Wrenn, C. G. (1962). The culturally encapsulated counselor. *Harvard Educational Review*, 32, 444–449.

CONCLUSÃO GERAL

O objetivo desta tese foi verificar se existe e como se processa a invisibilização do racismo na prática clínica em psicologia, no cenário brasileiro, em busca das causas do esquecimento das relações raciais nesta área do conhecimento. Para tanto, foram realizados três estudos, independentes e inter-relacionados. No primeiro estudo, que teve por objetivo realizar um levantamento da produção científica a respeito dos impactos do racismo na saúde mental da população negra e, ao mesmo tempo, verificar a contribuição da psicologia nessa produção, ficou evidenciada a parca produção científica brasileira sobre saúde mental e racismo contra negros, sendo igualmente baixa a contribuição da psicologia clínica. As disciplinas que compõem os quadros dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) além da psicologia, quais sejam, psiquiatria, enfermagem, serviço social, terapia ocupacional, pedagogia, embora sejam seus os profissionais que lidam diretamente com a população negra de baixa renda, têm ainda menor contribuição.

É, portanto, necessidade premente que a psicologia clínica inclua em sua agenda a investigação sobre o racismo como gerador de sofrimento mental para a população negra no Brasil, bem como o é a necessidade de desconstrução da psiquiatrização racial e a medicalização do negro. Estas são fortes heranças das teorias raciais, da eugenia e do racismo científico do final do século XIX e início do século XX, na psicologia e na psiquiatria brasileiras; indício de que a psicologia precisa desligar-se das teorias dominantes e conhecer outras epistemologias. Enfim, as profissões da saúde mental como um todo precisam de letramento racial: estudar e aprender a reconhecer os mecanismos pelos quais o racismo opera, se manifesta e impacta a saúde mental de quem o sofre.

O segundo artigo foi motivado pela pergunta sobre como o povo negro no Brasil, mais da metade de sua população, é servido no sistema de saúde mental, especificamente na clínica psicológica de atendimento a clientes negros(as). Principalmente dois temas ficaram evidenciados na fala de todas as sete entrevistadas. O primeiro é um fenômeno, que foi denominado *parede de vidro*, que é um tipo de obstáculo - presente, mas invisibilizado - que acontece no processo terapêutico. A expectativa com relação à/ao psicoterapeuta branca(o) é de que não consegue lidar com questões negras; com relação à psicoterapeuta negra, é de que a vivência compartilhada lhe capacita a lidar com questões negras. No entanto, a constatação é de que a parede de vidro não depende da cor/raça do(a) profissional. Ou seja, a experiência racial compartilhada não é determinante do êxito da psicoterapia. O outro tema

verificado foi a percepção da falha da formação do(a) profissional; também essa falha foi apontada tanto em psicoterapeutas brancos(as) quanto negros(as). O fato de não se abordarem questões raciais foi ressentida pelas mulheres como uma limitação do(a) psicoterapeuta. O impasse na psicoterapia deve-se, portanto, à formação recebida pelos(as) profissionais, que não inclui especificidade raciais ou culturais. Tampouco é suficiente ser um(a) psicoterapeuta negro(a) para estar capacitado(a) para a escuta de negros(as).

O terceiro estudo teve como objetivo o reverso do anterior: coletar de psicoterapeutas brancos(as) o relato de sua experiência e/ou de seu entendimento sobre o atendimento psicoterapêutico a clientes negros(as). Este estudo retoma o tema da formação apontado no estudo anterior, legitimando a percepção daquelas entrevistadas. A formação de psicólogos é falha por não oferecer conteúdo nem visão crítica das relações raciais. Consequentemente os modos de intervenção sobre as vivências raciais dos(as) clientes negros(as) são posturas passivas, pois o racismo não problematizado na formação do(a) psicoterapeuta, assim permanece – não problematizado pelo(a) psicoterapeuta – durante o seu trabalho com pessoas que supostamente sofrem por serem alvo do racismo. Esta é uma falha estritamente vinculada aos pressupostos epistemológicos fundados na lógica branca supremacista, cujo conhecimento foi concebido em contexto branco para solucionar problemas de pessoas brancas, e permanece negando especificidades étnicas e raciais. Emergiu também a percepção dos(as) psicoterapeutas dos próprios limites ditados por sua raça, quer dizer, pela branquitude. Houve pouca reflexão sobre o lugar ocupado como branco(a) na relação, e menos ainda sobre os aspectos transferenciais e contratransferenciais. É o racismo, mais uma vez, invisibilizado como fator de sofrimento psíquico.

A parede de vidro, que emergiu no segundo estudo, acabou tendo confirmada a contribuição também dos(as) psicoterapeutas, no terceiro estudo. Quando de seu desconforto, e conseqüente evitação, tanto em abordar relações raciais em sessão, quanto em explorar o assunto quando abordado pelo(a) cliente (Helms & Cook, 1999), o profissional acaba consolidando a parede de vidro. A parede passa a ser sustentada pelos dois lados – cliente e psicoterapeuta – pela crença em uma incapacidade que poderia deixar de existir, do lado do terapeuta, caso o treinamento contemplasse as habilidades para lidar com a alteridade. Na seqüência, a crença pelo lado do(a) cliente tenderá a se esvanecer. Ao contrário de lidar com o racismo, se o(a) psicoterapeuta se abstém de apontá-lo como causador do sofrimento do(a) cliente e explorá-lo, a crença do(a) cliente estará fadada a se

perpetuar. Essa corrente de crenças errôneas poderia ser quebrada pelo(a) psicoterapeuta adequadamente treinado(a).

Antes de responder à questão central desta tese, exponho um conceito fundamental na manutenção do racismo: o racismo institucional. Esse conceito (definido inicialmente por integrantes do *Panteras Negra*, em 1967) foi definido no Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), em 2005, como

o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em *normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho*, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações. (PCRI, 2005, p. 11).

Mais recentemente Werneck definiu o racismo institucional como uma forma de "subordinar o direito e a democracia às necessidades do racismo, fazendo com que os primeiros inexistam ou existam de forma precária, diante de barreiras interpostas na vivência dos grupos e indivíduos aprisionados pelos esquemas de subordinação desse último" (Brasil, 2012, p. 11); posteriormente ela expande a definição do racismo institucional quando faz sua equivalência "a ações e políticas institucionais capazes de produzir e/ou manter a vulnerabilidade de indivíduos e grupos sociais vitimados pelo racismo" (Werneck, 2016,p.543). Ou seja, o racismo institucional é um elemento estruturante da sociedade.

Chega o momento de responder à questão inicial desta tese: onde se esconde o racismo na psicologia clínica?

Primeiramente, aponto que é na quase inexistência da pesquisa psicológica indexada. Isto não quer dizer que a pesquisa não exista, como bem lembram Oliveira e Nascimento (2017) sobre a produção de teses e dissertações que tomou ímpeto nos anos 2000, período que foi aqui pesquisado. Duas hipóteses são possíveis, provavelmente ambas com a mesma chance de confirmação: (a) a política editorial brasileira e os critérios da publicação indexada estão revestidos do olhar racista, e (b) falta o incentivo às(aos) autoras(es) para se extrair, de suas produções de mestrados e doutorados, artigos para publicação. Qualquer das duas hipóteses leva ao mundo acadêmico como instituição que falha ao reproduzir o racismo

epistêmico, que não permite circular informação sobre o racismo, o que acaba alimentando sua perpetuação. É necessária uma política de visibilidade das pesquisas, pois os artigos mais visíveis são os históricos, como visto no primeiro estudo. E não se podem criar políticas públicas apenas com literatura histórica. Aqui se impede a divulgação do conhecimento produzido *pelo negro, sobre o negro e as questões raciais*.

Em segundo lugar, aponto o conhecimento transmitido pela academia como instituição. Uma vez que não existe o desejo de que o conhecimento sobre o racismo seja divulgado, este permanecerá inacessível. Haja vista a entrada da literatura de Frantz Fanon ao Brasil, (Guimarães, 2008). Conhecimento inacessível é conhecimento inexistente. Assim sendo, só se transmite o conhecimento branco.

O resultado final desta tese pode ser visto sob o olhar do racismo institucional: a instituição – acadêmica – falhou em prover um serviço profissional e adequado – ensino adaptado às relações raciais do país – porque se manteve no rastro das teorias hegemônicas, sem se ver como uma sociedade plural, necessitada de soluções específicas. Esse mecanismo pode ser classificado como parte do dispositivo denominado *epistemícidio*, que opera “na sociedade brasileira para produzir e reproduzir um sistema de supremacia e subordinação racial, suportado por saberes e práticas educativas” (Carneiro, 2005, p. 325). A ação é dupla: por um lado, os saberes negros são ocultados (considerados folclóricos, não científicos, etc), como se não existissem; por outro lado, resta disponível o que tiver passado por um filtro enviesado branco, como se fosse o único a existir: o saber branco.

A ausência de preocupação com a população negra nos serviços de saúde mental como um todo, e na psicologia clínica em particular, a ausência de cursos e treinamentos de psicologia que contemplem as especificidades da população negra inserem-se na categoria de racismo institucional. Falta, antes de tudo, prover a formação para assistência psicológica a não brancos. O racismo institucional não considera o sujeito negro como sujeito; assim não há porque formar alguém para cuidar do negro, um ser que não é. Não há razão para apresentar uma formação para se trabalhar com uma “coisa”, um “não-ser”.

Nesse sentido, é necessário pensar não só no impacto do racismo na saúde psíquica, mas pensar também o racismo como uma forma de subjetivação branca, bem como nas instituições construídas/constituídas por pessoas brancas, sobretudo pelo ideal da branquitude. E as próprias instituições ligadas à área de saúde continuam a manter esse ideal, entre elas a academia.

É necessário que passe a constar da agenda da psicologia um esforço de inserção de

conteúdos que promovam a compreensão do psiquismo da população negra, suas formas de adoecimento emocional, resiliência, resistência e enfrentamento do racismo. Existem maneiras possíveis para a descolonização da psicologia; precisamos conhecê-las, entendê-las e apostar nelas para combater o racismo institucional acadêmico. Segundo Ratele et al. (2018), “descolonizar significa lutar, desfazer e superar os caminhos coloniais recebidos, que moldaram as estruturas econômicas, políticas e sociais; práticas de conhecimento (que inclui psicologia e outras ciências naturais, de saúde e humanas); relações interpessoais; e o eu” (p. 9)¹⁴. Assim, qualquer pesquisa, intervenção ou disciplina psicológica que gire em torno de teorias ou visões de mundo estritamente europeias ou estadunidenses deve ser entendida como uma psicologia centrada no mundo euro-estadunidense. É nesse sentido que a psicologia afrocentrada humaniza, apontam os autores; busca dar voz a todos os humanos, mas especialmente àqueles, cujas vozes foram preteridas (Ratele et al., 2018).

Teorias e metodologias existentes no contexto internacional nos facilitará o fluir da pesquisa no contexto nacional, sem que tenhamos que começar do zero absoluto; obviamente precisaremos de adaptações ao contexto nacional principalmente porque as pesquisas internacionais poderão estar elas mesmas culturalmente encapsuladas, confinadas a suas fronteiras nacionais. Para Schucman e Martins (2017), espaços vêm sendo criados na psicologia brasileira para a construção de um conhecimento negro: uma batalha tem sido criada, desde a década de 1980, organizações negras se juntam à academia e à categoria profissional, recursos tem sido criados, tudo em prol da visibilidade das relações raciais na psicologia e a respectiva produção de conhecimento. De fato, não precisamos mais começar do zero. Portanto, não podemos mais nos furtar à participação e ao posicionamento político frente ao antirracismo. Não existem mais impedimentos.

Essa caminhada envolverá desenvolvimento de currículos, treinamento específico, melhoria das habilidades básicas e avançadas, e, naturalmente, políticas que estendam os serviços de saúde mental adequado, do aconselhamento à atenção psiquiátrica, a todos os povos componentes da população brasileira. Em consonância com os serviços de atenção básica almejados pelo Ministério da Saúde, que nos façamos reger por princípios de uma real universalidade, humanização, equidade e participação social.

¹⁴ Tradução da autora.

Referências

- Abreu, J., Chung, R. H. G., & Atkinson, D. R. (2000). Multicultural Counseling Training: Past, Present, and Future Directions. *Counseling Psychologist*, 28(5), 641–656. <https://doi.org/10.1177/0011000000285003>
- Akbar, N. (1984). Africentric social sciences for human liberation. *Journal of Black Studies*, 14(4), 395–414. <https://doi.org/10.1177/002193478401400401>
- Arredondo, P., Toporek, R., Brown, S. P., Jones, J., Locke, D. C., Sanchez, J., & Stadler, H. (1996). Operationalization of the multicultural counseling competencies. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 24, 42–78.
- Bento, M. A. S. (2003). Branqueamento e branquitude no Brasil. In I. Carone & M. A. S. Bento (Orgs.), *Psicologia social do racismo: Estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil* (2ª ed, p. 25–58). São Paulo: Vozes.
- Brasil. (2011). Resolução CNE-CES nº 5, de 15 de março de 2011. Brasília/DF: Ministério da Educação.
- Carneiro, A. S. (2005). *A Construção do Outro como Não-Ser como fundamento do Ser*. <https://doi.org/10.1073/pnas.0703993104>
- Carvalho, J. J. (2008). Racismo fenotípico e estéticas da segunda pele. *Anthropologie*, 8(11), 1–14.
- Conselho Federal de Psicologia - CFP. (2002). *Resolução 018/2002*. Brasília/DF: Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Federal de Psicologia - CFP. (2017). *Relações raciais: referências técnicas para a prática da(o) psicóloga(o)* (1ª ed). Brasília/DF: Conselho Federal de Psicologia.
- Engel, M. G. (1999). As fronteiras da anormalidade: psiquiatria e controle social. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701999000100001>
- Falcone, E. (1999). A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*.
- Gouveia, M. (2008). Revictimization and Retraumatization within the Counseling Relationship: The Experience of Racism and the Importance of Psychotherapist Awareness. In *ISRPC Diversity Challenge Conference: Race, Culture and Trauma*. Institute for the Study and Promotion of Race and Culture - Boston College.
- Guimarães, A. S. A. (2008). A recepção de fanon no Brasil e a identidade negra. *Novos Estudos - CEBRAP*, (81), 99–114. <https://doi.org/10.1590/S0101-33002008000200009>
- Helms, J. E. (1984). Toward a theoretical explanation of effects of race on counseling Black and white model. *The Counseling Psychologist*, 12(4), 153–165. <https://doi.org/10.1177/0011000084124013>
- Helms, J. E. (1995). An update of Helms' White and people of color racial identity models. In J. G. Ponterotto, M. J. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Orgs.), *An update of Helms' White and people of color racial identity models*. (p. 181–198). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Helms, J. E., & Cook, D. A. (1999). *Using race and culture in counseling and psychotherapy: Theory and process*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

- Korman, M. (1974). National conference on levels and patterns of professional training in psychology: Major themes. *American Psychologist*, 29, 301–313. <https://doi.org/10.1037/h0036469>
- Masiero, A. L. (2002). “Psicologia das raças” e religiosidade no Brasil: uma intersecção histórica. *Psicologia: ciência e profissão*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932002000100008>
- Masiero, A. L. (2005). A Psicologia racial no Brasil (1918-1929). *Estudos de Psicologia*, 10(2), 199–206. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2005000200006>
- Nascimento, E. L., & Finch III, C. S. (2009). Abordagem afrocentrada, história e evolução. In E. L. Nascimento (Org.), *Afrocentricidade, uma abordagem epistemológica inovadora*. (p. 200). São Paulo: Selo Negro.
- Nobles, W. W. (1972). African philosophy: foundations for Black Psychology. In R. L. Jones (Org.), *Black Psychology* (p. 5–22). New York: Harper.
- Nobles, W. W. (2015). From black psychology to saku djaer: Implications for the further development of a pan african black psychology. *Journal of Black Psychology*, 41(5), 399–414. <https://doi.org/10.1177/0095798415598038>
- Oliveira, R. M. de S., & Nascimento, M. da C. (2017). Psicologia e Relações Raciais : Sobre Apagamentos e Visibilidades. *Revista da ABPN*, 10(24), 216–240.
- Parham, T. A., White, J. L., & Ajamu, A. (2000). *The Psychology of Black*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Patto, M. H. S. (1990). *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: T. A. Queiroz.
- Pedersen, P. B. (1991). Multiculturalism as a generic approach to counseling. *Journal of Counseling and Development*, 70, 7–12. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1991.tb01555.x>
- Rodrigues, M. C., Peron, N. B., Cornélio, M. M., & Franco, G. de R. (2014). Implementação e avaliação de um Programa de Desenvolvimento da Empatia em estudantes de Psicologia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(3), 914–932.
- Schucman, L. V., & Martins, H. V. (2017). A psicologia e o discurso racial sobre o negro: “do objeto da ciência” ao sujeito político. *Psicologia Ciência e Profissão*, 37, 172–185. <https://doi.org/10.1590/1982-3703130002017>
- Souza, N. S. (1983). *Tornar-se Negro ou As Vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Sue, D. (1997). Multicultural training. *International Journal of Intercultural Relations*, 21(2), 175–193. [https://doi.org/10.1016/S0147-1767\(96\)00044-2](https://doi.org/10.1016/S0147-1767(96)00044-2)
- 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., Bernier, J., Duran, M., Feinberg, L., Pedersen, P., Smith, E., & Vasquez-Nuttall, E. (1982). Position Paper: Cross-Cultural Counseling Competencies. *The Counseling Psychologist*, 10(2), 45–52. <https://doi.org/10.1177/0011000082102008>
- Sue, D. W., & Sue, D. (2003). *Counseling the Culturally Diverse: Theory and Practice*. (4th ed). New York: John Wiley & Sons.

- Sue, D. W., & Sue, D. (2016). *Counseling the Culturally Diverse: Theory and Practice*. (7a.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Werneck, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, 25(3), 535–549. <https://doi.org/10.1590/s0104-129020162610>
- Weyler, A. R. (2006). A loucura e a república no Brasil: a influência das teorias raciais. *Psicologia USP*. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000100003>
- Wrenn, C. G. (1962). The culturally encapsulated counselor. *Harvard Educational Review*, 32, 444-449.

ANEXOS

Anexo A – Parecer Consubstanciado do Conselho de Ética em Pesquisa

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Racismo e Saúde Mental no Brasil

Pesquisador: Marizete Gouveia Damasceno

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68033617.8.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia -UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.094.292

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da UnB. A pesquisa visa sistematizar literatura acadêmica sobre racismo, sofrimento psíquico e prática clínica, bem como produzir conhecimento sobre o racismo como determinante da precarização das práticas de cuidado às pessoas negras por psicoterapeutas brancos, senão do dano decorrente da prática clínica acrítica em relação ao racismo e motor dos próprios efeitos danosos do racismo sobre a condição subjetiva das pessoas negras. Pretende entrevistar 5 pessoas negras que tenham sido atendidas por pessoas brancas e cinco psicoterapeutas brancos que tenham atendido pessoas negras. O projeto de pesquisa tem o potencial de evidenciar a urgente necessidade de consideração do racismo como determinante do sofrimento psíquico, de modo a contribuir para a superação da violência racista nos processos psicoterapêuticos.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Identificar como o racismo sofrido por pessoas negras é invisibilizado no âmbito da psicologia clínica no Brasil

Específicos:

1- Identificar, no contexto Internacional, estudos sobre racismo contra negros e sua saúde mental, bem como a tendência dessa linha de pesquisa;

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT 03/1 (Ao lado da Direção)
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep_jh@unb.br

**UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.094.292

Recomendações:

Caso eleja clientes como participantes do estudo, incluir no TCLE que conteúdos anteriores à entrevista poderão ser acionados para agregar sentido analítico aos dados coletados por meio de entrevistas na pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa adequada do ponto de vista normativo. Estudo apto a ser iniciado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_893442.pdf	25/04/2017 18:43:32		Acelto
Outros	Carta_de_revisao_etica_rev01_Damasceno.pdf	25/04/2017 18:39:39	Marizete Gouvella Damasceno	Acelto
Outros	Carta_de_encaminhamento_rev01_Damasceno.pdf	25/04/2017 18:38:49	Marizete Gouvella Damasceno	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Acelte_Institucional_Damasceno.pdf	25/04/2017 18:22:47	Marizete Gouvella Damasceno	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_rev01_Damasceno.pdf	20/04/2017 01:16:50	Marizete Gouvella Damasceno	Acelto
Cronograma	Cronograma_rev01_Damasceno.pdf	20/04/2017 01:12:19	Marizete Gouvella Damasceno	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Damasceno.pdf	05/04/2017 01:57:04	Marizete Gouvella Damasceno	Acelto
Outros	Instrumento_Cliente_Damasceno.pdf	05/04/2017 01:06:03	Marizete Gouvella Damasceno	Acelto
Outros	Instrumento_Terapeuta_Damasceno.pdf	05/04/2017 01:05:33	Marizete Gouvella Damasceno	Acelto
Orçamento	Orcamento_Damasceno.pdf	05/04/2017 01:04:15	Marizete Gouvella Damasceno	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Damasceno.pdf	05/04/2017 00:59:48	Marizete Gouvella Damasceno	Acelto
Outros	Curriculo_Lattes_Valeska_M_Zanello_d e Loyola.pdf	03/04/2017 02:47:25	Marizete Gouvella Damasceno	Acelto
Outros	Curriculo_Lattes_Damasceno.pdf	03/04/2017 02:43:35	Marizete Gouvella Damasceno	Acelto

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT 03/1 (Ao lado da Direção)
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-000
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (51)3107-1592 E-mail: cep_ih@unb.br

Anexo B – Aceite Institucional

ACEITE INSTITUCIONAL

A Sra. Profa. Miriam Martins Alba-Hesketh, Coordenadora do Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP) do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, está de acordo com a realização, nas dependências deste CAEP, da pesquisa Racismo e Saúde Mental no Brasil, de responsabilidade da pesquisadora Marizete Gouveia Damasceno, aluna de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, realizado sob orientação da Profa. Dra. Valeska Maria Zanillo de Loyola, após revisão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília – CEP/IH.

O estudo envolve a realização de entrevistas com estudantes negros(a) que tenham tido atendimento com psicoterapeutas brancas(os), e com psicólogos brancos que tenham atendido em psicoterapia clientes negros(as). A pesquisa terá a duração aproximada de um ano, com previsão de início em junho de 2017 e término em abril de 2018.

Eu, Profa. Miriam Martins Alba-Hesketh, Coordenadora do Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Brasília, 19 de abril de 2017.


 Miriam Martins Alba-Hesketh,
 Coordenadora do Centro de Atendimento
 e Estudos Psicológicos (CAEP)
 Instituto de Psicologia
 Universidade de Brasília


 Assinatura e carimbo
 Marizete Gouveia Damasceno
 Psicóloga
 CRP - 016189

Anexo C – Esclarecimentos e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA

1. *Justificativa / Objetivo*

Esta pesquisa se faz necessária para que a devida atenção seja estendida, em igualdade de condições, a todas as pessoas que usam o serviço de saúde mental em todos os níveis (do aconselhamento à clínica psiquiátrica), sem discriminação de credo, raça/etnia, gênero, orientação sexual, idade ou habilidades físicas. O objetivo desta pesquisa é investigar sobre a presença ou ausência de práticas inclusivas nos serviços de saúde mental no Brasil.

2. *Procedimentos*

Você será solicitada (o) a fornecer informações demográficas (por exemplo, idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, etc) e será solicitada (o) a relatar sobre sua experiência de psicoterapia. Toda a entrevista será gravada e terá a duração aproximada de 60 minutos.

3. *Possíveis efeitos indesejáveis*

Sendo ainda um tabu e um assunto que envolve itens de natureza pessoal, o conteúdo das questões poderá causar-lhe algum desconforto/ incômodo. Neste caso, comunique o fato à entrevistadora. Se necessário você pode solicitar atendimento, que lhe será fornecido gratuitamente, ou interromper sua participação.

4. *Benefícios esperados*

Embora sua participação neste estudo possa não lhe trazer benefícios diretos e/ou imediatos, você estará prestando informações que auxiliarão no futuro desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas para pessoas de culturas e etnias diversas.

5. *Confidencialidade*

Todos os resultados desta pesquisa serão mantidos estritamente confidenciais. Para assegurar anonimidade seu nome não aparecerá nas gravações, nem nas transcrições. Esse material será mantido de acordo com as diretrizes éticas por um período de no mínimo cinco anos após a publicação do estudo, quando serão então destruídos. Todas as informações serão mantidas sob acesso restrito.

6. *Participação voluntária*

Sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. Caso você decida retirar-se você poderá solicitar que qualquer dado coletado sobre você seja destruído.

7. *Participação de clientes prévios*

Caso você tenha sido cliente da pesquisadora, é possível que conteúdos anteriores à realização desta entrevista sejam utilizados como elementos no esforço analítico e interpretativo.

8. *Perguntas e esclarecimentos sobre a pesquisa*

Esta pesquisa está sendo realizada por Marizete Gouveia Damasceno (61-99205-0404 ou mariz.terra@gmail.com), aluna do Programa de Pós-graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Esta pesquisa foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, sob o parecer número 2.094.292. Caso você tenha qualquer pergunta sobre este estudo, por favor, contate a Sra. Marizete Gouveia Damasceno. Se você tiver dúvidas sobre questões éticas ou seus direitos como participante da pesquisa, você poderá contatar o Conselho de Ética (cep_ih@unb.br).

9. *Ressarcimento de eventuais despesas / indenização*

Você não incorrerá em quaisquer despesas pessoais para participar da pesquisa, nem usufruirá de compensação financeira relacionada à sua participação.

10. *Cópia do TCLE*

Uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe será fornecida, caso solicitada. O termo de consentimento será arquivado separado dos dados da pesquisa para proteger sua anonimidade.

11. *Solicitação dos resultados da pesquisa*

Você pode solicitar uma cópia do resumo dos resultados ao final da pesquisa (em mais ou menos um ano). Neste caso, contate, por favor, a pesquisadora principal.

12. *Concordância*

Sua concordância em participar desta pesquisa é confirmada com a assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro ter lido e acredito ter obtido informações claras e suficientes, descritivas do estudo sobre "Racismo e Saúde Mental". Discuti com a pesquisadora principal ou seu/sua auxiliar sobre minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade, a ausência de qualquer despesa ou indenização e demais esclarecimentos acima. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, ciente de que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, sem penalidade ou prejuízo.

Entendo que, caso eu tenha sido cliente da pesquisadora, e se necessário, conteúdos anteriores a esta entrevista poderão ser utilizados para agregar sentido aos dados ora coletados.

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do participante
RG: _____
Endereço: _____
Fone: _____

_____ Data: ____/____/____
Assinatura da pesquisadora
(Válido até ____/____/____)

Anexo D – Sociobiografia para Clientes

Sociobiografia para clientes

- 1) **Identificação por Iniciais ou nome fictício:** _____
- 2) **Como você se identifica em relação ao sexo ou identidade de gênero (um ou mais):**
 Mulher Homem Mulher Trans Homem Trans Intersexo Não sei
 Outro. Por favor, especifique: _____
- 3) **Como você se identifica em relação à orientação sexual:** Bissexual Lésbica
 Gay Heterossexual Não sei. Outro. Por favor, especifique: _____
- 4) **Como você se identifica em relação à cor/raça/etnia:** Branca Amarela
 Indígena Parda Preta Outra. Por favor, especifique: _____
- 5) **Data de Nascimento:** ____/____/____
- 6) **Naturalidade:**_____ **Migração:** _____
- 7) **Escolaridade:** sabe ler sabe escrever fundamental médio
 superior/área de graduação _____
- 8) **Estado civil:** solteiro/a casado/a união estável separado/a
 divorciado/a viúvo/a outro
- 9) **Filhos/as:** 0 1 2 3 outros _____
- 10) **Idades(s) e sexos:** _____
- 11) **Ocupação:** Atual _____ Tempo de atuação ____ a. ____ m.
Anteriores _____ Tempo de atuação ____ a. ____ m.
Condições (tipos de vínculos empregatícios): _____
- 12) **Renda:** Renda média _____ Renda média familiar _____
- 13) **Moradia:** Reside com quem? _____
Possui casa própria? _____
Condições de moradia: A rua que mora é pavimentada _____
Tem água encanada _____ Esgoto _____
Eletricidade _____ Meio de locomoção mais comum _____
- 14) **Você já teve alguma suspeita ou diagnóstico relativo a sua saúde mental?**
 Sim Quando? _____ Não

Diagnóstico: _____ Tempo: _____

Medicação: _____ Tempo: _____

Psicoterapia: _____ Tempo: _____

1) Outras redes de apoio:

Local _____

Tempo _____

Psicoterapia () Sim () Não Quais _____ Tempo _____

Grupo de ajuda e/ou social () Sim () Não Tempo: _____

Religião e/ou religiosidade e/ou filosofia de vida: _____

Outras informações: _____

Anexo E – Roteiro de Entrevista para clientes

Roteiro de Entrevista para clientes

- 1) A/O cliente será convidada/o a relatar sua história de forma livre:
 - Conte-me um pouco de você, da sua vida, da sua experiência pessoal
- 2) Durante a narrativa serão utilizados recursos (como paráfrase, afirmadores, e outros estímulos) para o direcionamento do conteúdo da fala em torno das experiências de terapia com profissionais brancos.
- 3) Ao final da entrevista o/a participante será indagado/a sobre o que significa para ele/ela ser uma pessoa da cor/raça/etnia autodeclarada.

Entrevista semiestruturada

Caso não seja possível à/ao participante (cliente negro(a) que teve terapeuta branco(a)) adentrar-se no tema das relações raciais na clínica, a entrevista passará ter como norte as seguintes perguntas:

- 1) Em sua opinião, como deveria ser o contato entre cliente e psicoterapeuta em uma psicoterapia inter-racial, para que esta fosse a mais exitosa possível?
 - Em sua opinião, estes aspectos, segundo você os descreveu, já são uma realidade?
 - Se não, que propostas você teria para que estes aspectos se tornassem realidade?
- 2) Você acha que a cor da pele do(a) terapeuta e do(a) cliente tem algum impacto no processo terapêutico?
 - Você poderia descrever sua experiência quanto a esse aspecto?
- 3) Você se lembra de ter vivido em terapia alguma situação desconfortável, cuja origem você imaginava ou imagina tenha sido devido à sua raça, etnia, ou cor de pele?
 - Por favor, descreva seus pensamentos, sentimentos e ações naquela situação.
- 4) Você aborda assuntos étnico-raciais em terapia?
- 5) Algum terapeuta seu aborda/abordou assuntos étnico-raciais em terapia?
 - Que postura ela/ele demonstrou?
 - Qual é/foi sua reação/postura?

Anexo F – Sociobiografia para psicoterapeutas

Sociobiografia para psicoterapeutas

- 1) **Identificação por Iniciais ou nome fictício:** _____
- 2) **Como você se identifica em relação ao sexo ou identidade de gênero (um ou mais):**
 Mulher Homem Mulher Trans Homem Trans Intersexo Não sei
 Outro. Por favor, especifique: _____
- 3) **Como você se identifica em relação à orientação sexual:** Bissexual Lésbica
 Gay Heterossexual Não sei. Outro. Por favor, especifique: _____
- 4) **Como você se identifica em relação à cor/raça/etnia:** Branca Amarela
 Indígena Parda Preta Outra. Por favor, especifique: _____
- 5) **Data de Nascimento:** ____/____/____
- 6) **Naturalidade:** _____ **Tempo de migração:** _____
- 7) **Escolaridade:** graduação mestrado doutorado pós doc especialização
Área: _____
Instituição: _____
- 8) **Estado civil:** solteiro/a casado/a união estável separado/a
 divorciado/a viúvo/a outro
- 9) **Filhos/as:** 0 1 2 3 outro ____
Idades(s) e sexos: _____
- 10) **Ocupação:** Atual _____ **Tempo de atuação** ____ a. ____ m.
Anteriores _____ **Tempo de atuação** ____ a. ____ m.
Condições (tipos de vínculos empregaticios): _____
- 11) **Abordagem:** Qual sua linha/abordagem terapêutica: _____

- 12) **Renda:** Renda média _____ Renda média familiar _____
- 13) **Moradia:** Reside com quem? _____
Possui casa própria? _____
Meio de locomoção mais comum _____

14) **Você já teve alguma suspeita ou diagnóstico relativo a sua saúde mental?**

() Sim Quando? _____ () Não

Diagnóstico: _____ Tempo: _____

Medicação: _____ Tempo: _____

Psicoterapia: _____ Tempo: _____

15) **Redes de apoio:**

Local _____

Tempo _____

Psicoterapia () Sim () Não Quais _____ Tempo _____

Grupo de ajuda e/ou social () Sim () Não Tempo: _____

Religião e/ou religiosidade e/ou filosofia de vida: _____

Outras informações: _____

Anexo G – Roteiro de Entrevista para psicoterapeutas

Roteiro de Entrevista para psicoterapeutas

- 1) A (O) terapeuta será convidada (o) a relatar sua história de forma livre:
 - Conte-me um pouco de você, da sua vida, da sua experiência profissional, inclusive do perfil de sua clientela.
- 2) Durante a narrativa serão utilizados recursos (como paráfrase, afirmadores, e outros estímulos) para o direcionamento do conteúdo da fala em torno das experiências profissionais com clientes brancos e clientes negros, serão aproveitadas as entrevistas de cinco terapeutas brancos que tenham tido clientes negros, até o número de cinco entrevistas.
- 3) Ao final da entrevista o (a) participante será indagado (a) sobre o que significa para ele/ela ser uma pessoa da cor/raça/etnia autodeclarada.

Entrevista semiestruturada

Caso não seja possível à/ao participante adentrar-se no tema das relações raciais na clínica, a entrevista passará a ter como norte as seguintes perguntas:

- 1) Descreva-me o perfil de sua clientela
- 2) Em sua opinião, como deveria ser o contato entre cliente e psicoterapeuta em uma psicoterapia para a diversidade, para que esta fosse a mais exitosa possível?
 - Em sua opinião, estes aspectos, segundo você os descreveu, já são uma realidade?
 - Se não, que propostas você teria para que estes aspectos se tornassem realidade?
- 3) Você aborda/já abordou assuntos étnico-raciais em terapia?
- 4) Seus clientes abordam/abordaram assuntos étnico-raciais em terapia?
 - Qual é/foi sua reação/postura?
- 5) Você acha que a cor da pele do (a) terapeuta e do (a) cliente tem algum impacto no processo terapêutico?
 - Você poderia descrever sua experiência quanto a esse aspecto?
- 6) Você se lembra de ter vivido em terapia alguma situação desconfortável, cuja origem você imaginava ou imagina tenha sido devido à sua raça, etnia, ou cor de pele?
 - Por favor, descreva seus pensamentos, sentimentos e ações naquela situação.