



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA
DO PORTO

Abigail Dias Monteiro

**Competência Multicultural e a Experiência de Clientes Racializados:
uma Revisão Sistemática**

Trabalho realizado sob orientação de:
Professora Doutora Joana Maria Barreto Ramos de Almeida Cabral

maio 2022



Abigail Dias Monteiro

**Competência Multicultural e a Experiência de
Clientes Racializados: uma Revisão Sistemática**

Dissertação apresentada na Universidade Lusófona do Porto
Para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da Justiça: Vítimas de Crime
Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto
No dia 13/05/2022, perante o júri seguinte:

Presidente: Professora Doutora Carla Margarida Vieira Antunes
(Professora Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto)

Arguente: Professora Doutora Carla Moleiro
(Professora Associada do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa)

Orientadora: Professora Doutora Joana Maria Barreto Ramos de Almeida Cabral
(Professora Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto)

Maio 2022

É autorizada a reprodução integral desta tese apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Agradecimentos

Agradecer em primeiro lugar à minha orientadora Prof.^a Dr.^a Joana Cabral por toda a ajuda, dedicação, tempo e paciência ao longo de todo este processo que nem sempre foi fácil. Obrigado pelas constantes partilhas de conhecimento que me ajudaram a evoluir e a crescer.

Agradecer aos meus pais e ao meu irmão por todo o apoio e ânimo que me deram. Agradecer à minha família toda pelo apoio e preocupação constante e claro, por toda a motivação que me deram para realizar esta etapa com sucesso.

Agradecer aos meus amigos que suportaram o excesso de preocupação e nervosismo, ajudaram acalmar, a distrair a proporcionar bons momentos. Agradecer a todas as pessoas que fizeram com que estes cinco anos fossem espetaculares e os melhores anos académicos.

Um especial obrigado aos meus avôs que anseiam tanto como eu a finalização desta etapa de vida e a quem dedico todo este trabalho.

Competência Multicultural e a Experiência de Clientes Racializados: uma Revisão Sistemática

Resumo

A maior parte dos modelos e práticas psicológicas são eurocentradas o que compromete a intervenção com grupos racialmente diversos. Apesar da atenção conceitual e empírica sobre as competências multiculturais, a percepção e in/satisfação dos clientes racializados sobre a qualidade das intervenções, é um tópico pouco estudado. Esta revisão sistemática pretende: (i) analisar a experiência de clientes racializados e as suas percepções sobre qualidade das intervenções terapêuticas; (ii) explorar o papel das competências culturais do psicólogo e as competências mais valorizadas pelos clientes racializados. Foram extraídos um total de 199 artigos de quatro bases de dados (Psycoinfo, Web of Science, Pub-Med e B-On) entre janeiro de 2010 e novembro de 2021. Doze artigos cumpriram os critérios de inclusão. Os resultados indicam que a experiência de microagressões é muito comum quando as pessoas racializados procuram serviços de saúde mental. A insatisfação com as intervenções surge associada a juízos de valor e preconceitos e ao desconforto ou evitamento das questões culturais. Clientes satisfeitos sublinham a importância da empatia, da flexibilidade, da humildade e conforto cultural. Discute-se a importância de intervenções culturalmente responsivas e do treino de psicólogos culturalmente competentes.

Palavras-Chave: competência multicultural; aliança terapêutica; microagressões;

Multicultural Competence and the Experience of Racialized Customers: A Systematic Review

Abstract

Most models and practices psychological theories and practices are typically Eurocentric, which compromises intervention with racially diverse groups. The perception and dissatisfaction of racialized clients about the quality of interventions is still scarcely studied. This systematic review aims to: (i) analyze the experience of racialized groups and their perceptions about the quality of therapeutic interventions; (ii) explore the role of the psychologist's cultural skills and the skills most valued by racialized clients. A total of 199 articles were extracted from four databases (Psycoinfo, Web of Science, Pub-Med and B-On) between January 2010 and November 2021. Twelve articles met the inclusion criteria. The results indicate that the experience of microaggressions is very common when racialized people seek mental health services. Dissatisfaction with interventions is associated with value judgments and prejudices and therapist's discomfort or avoidance of cultural issues. Satisfied customers underline the importance of empathy, flexibility, humility, and cultural comfort. The importance of culturally responsive interventions and the training of culturally competent psychologists is discussed.

Keywords: multicultural competence; therapeutic alliance; microaggressions;

Índice	
Introdução	11
O estudo	16
Método	17
Resultados.....	20
Discussão.....	33
Limitações e Recomendações.....	37
Implicações para a prática.....	37
Referências bibliográficas	38

Índice de Figuras e Tabelas

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos estudos 17

Tabela 1 – Tabela do resumo dos estudos selecionados 19

Lista de Abreviaturas

AT - Aliança Terapêutica

CM - Competência(s) Multiculturais

RR - Relacionamento Real

Introdução

Privilégio Branco, daltonismo social e microagressões étnico-raciais

“Os legados raciais do passado” (Sue, 2007, p.271) continuam fortemente enraizados nas políticas e organização social, embora de forma invisível porque naturalizada, criando desigualdades entre os grupos tidos como majoritários e grupos racializados. Como consequência, grande parte das pessoas brancas não têm a consciência das regalias de que usufruem e de como os seus comportamentos e discursos discriminam involuntariamente pessoas racializadas (Sue, 2007).

A hegemonia branca expõe as pessoas racializados a um trauma racial que resulta da exposição persistente ao racismo, da pressão para a aculturação (Carter & Muchow, 2017) e das microagressões (Sue et al., 2007). Os valores culturais euro-americanos são tidos pelo *norte global* como valores e crenças centrais, normativos e neutros (Ibrahim & Heuer, 2016). Neste sentido, o racismo surge em benefício dos brancos (Liu, 2017) como um mecanismo usado para proteger os valores culturais da hegemonia branca, defendendo o território, controlando espaços e oportunidades que consideram seus (Wilkins et al., 2015), perpetuando as desigualdades em relação às pessoas racializadas e promovendo a estratificação racial (Sue, 2004).

O termo microagressão foi usado pela primeira vez por Chester Pierce que o definiu como “trocas subtis, muitas vezes automáticas e não-verbais” (Pierce et al., 1978, p.66; as cited in Hook, 2016). Mais tarde, Sue e colaboradores (2007, p. 27) definiu-as como “trocas breves e quotidianas que enviam mensagens depreciativas para as pessoas porque pertencem a um grupo de minoria racial”. O termo “micro” não corresponde ao impacto da agressão ou prejuízos para as vítimas, antes à forma subtil e ambígua das mensagens (Sue et al., 2007). As microagressões, podem causar mais danos que racismo aversivo, na medida em que sendo invisíveis e naturalizadas tornam-se mais recorrentes no quotidiano dos grupos racializados, através dos constantes ofensas e humilhações que acabam por desgastar as vítimas (Majors, 2020).

As microagressões podem integrar micro-ataques, micro-insultos e micro-invalidações (Sue 2007). Os micro-ataques e insultos são semelhantes aos ataques raciais diretos, embora de natureza encoberta e menos explícita e ostensiva (Banks, 2020). As micro-invalidações acontecem quando a experiência da pessoa racializada face ao racismo é descredibilizada ou normalizada. Os micro-insultos e as micro-invalidações são frequentemente inconscientes e tidos pelo autor como um elogio (Banks, 2020). As

microagressões são tão comuns e naturalizadas que acabam por não ser detetadas ou por ser naturalizadas pelas próprias vítimas (Solorzanom et al., 2000; as cited Sue et al., 2009), criando confusão e dúvida acerca da intenção destas interações (Harrell, 2000; Sue et al., 2007; as cited Liao & Weng, 2016).

O daltonismo racial é usado, consciente ou inconsciente, para justificar ou explicar o *status-quo* e as desigualdades raciais (Neville et al., 2006). Neville e colaboradores (2000; as cited in Johnson & Williamns, 2015) identificaram três domínios do daltonismo racial. O “desconhecimento do privilégio racial”, que ocorre quando o indivíduo nega os privilégios e vantagens que tem na sociedade dominante (Sue, 2004). O “desconhecimento da discriminação institucional” que nega ou minimiza as desigualdades ou obstáculos no acesso das minorias ou pessoas racializadas a iguais direitos, bens e serviços (Sue, 2004). O terceiro domínio é o desconhecimento do racismo flagrante, ou seja, a negação ou minimização da discriminação e preconceito que as pessoas racializados sofrem, incluindo as microagressões raciais (Sue, 2004). As atitudes raciais daltónicas estão frequentemente relacionadas com as microagressões podendo potenciá-las, na medida em que estas se pautam pela negação, distorção ou minimização do racismo (Neville et al., 2006).

A exposição continuada a microagressões impacta a saúde mental e física das pessoas racializadas (Liao & Weng, 2016); pode levar a sentimentos de choque, frustração, negação (Sue et al., 2007) e a reações fisiológicas, como o aumento da frequência cardíaca, do ritmo respiratório, disfunções do trato intestinal e dores de cabeça (Wong et al., 2014; as cited in Lefforge et al., 2020). A *batalha racial* da luta diária contra o racismo pode resultar em *fadiga racial* e acarretar o *stress* social e psicológico (Smith, 2010; as cited in Majors, 2020). As perturbações de ansiedade são proporcionalmente mais prevalentes em pessoas racializadas (Breslau et al., 2005; as cited in Liao & Weng, 2016), podendo a repetição continua da exposição a microagressões constituir-se enquanto trauma e levar ao desenvolvimento de sintomas associados a uma Perturbação de Stress Pós-Traumático (Majors, 2020). Vários autores alertam, para as especificidades do trauma racial, pela forma como está enraizado geracionalmente no passado familiar e cultural, preferindo referir-se à Perturbação de Stress Pós-Traumático Continuo, ao Síndrome da Raça Maltratada (Ratliff, 2014; as cited in Majors, 2020), ou Síndrome do Escravo Pós-traumático (DeGruy, 2005; as cited in Majors, 2020).

Racismo e competência multicultural na intervenção na saúde mental

Sendo parte integrante da cultura ocidental do norte global, a produção de conhecimento na psicologia, como noutras ciências sociais e humanas, está *contaminada* pelas concepções eurocêntricas e da supremacia branca (Banks, 2020). O racismo existe desde sempre, no entanto, a sua origem remonta à escravatura. Os escravos que tentavam fugir dos seus mestres, eram considerados loucos e as suas fugas eram atribuídas a uma doença, denominada pelos psicólogos da altura, como “*drapetomania*”. Nas revistas médicas da época eram comuns estudos sobre doenças associadas aos negros, tais como, “*disestesia etíope*”, doença caracterizada pela “malandragem” (Majors, 2020). Estes estudos são considerados um dos pontos de partida do racismo científico (Majors, 2020). Foram assim várias as teorias psicológicas baseadas numa perspetiva deficitária sobre os negros, patologizando os comportamentos e classificando a sua cultura como desadaptativa (Cokley et al., 2019).

Joseph White, considerado o “pai da psicologia negra” (Cokley et al., 2019) chamou atenção para a necessidade de uma psicologia negra capaz de evitar concepções deficitárias e patologizadoras e de reconhecer e promover a singularidade e as tradições e valores culturais da negritude e os seus pontos fortes (Cokley et al., 2019; White & Parham, 1990; as cited in Majors, 2020). Frequentemente pessoas negras não procurem ajuda junto dos serviços de saúde mental, rejeitem a ideia de um *mal psicológico* e vendo estes serviços como um mecanismo para os patologizar (Majors, 2020).

As psicoterapias tradicionais foram em grande maioria desenvolvidas na Europa e baseada nos valores e cultura ocidental. O fluxo de migrações e o fenómeno de globalização vão chamando atenção para as diferenças culturais e para a importância da sua integração na intervenção na saúde, o que exige transformações nas práticas e nas formações (Moleiro et al., 2009). Deste modo, a psicologia multicultural baseia-se no reconhecimento de que o poder, o privilégio e a opressão tem influência e impacto negativo na saúde psicológica, incluindo as formas mais encobertas de racismo (Sue & Sue, 2016).

A competência multicultural (CM) é definida como a capacidade e eficácia para trabalhar com grupos culturalmente diversos, fornecendo terapias adequadas às necessidades individuais e enquadradas em contexto étnico-cultural (Tao et al., 2015). Envolve a consciência de como preconceitos internalizados podem *contaminar* a intervenção, a aliança terapêutica (AT) e o relacionamento real (RR) (Delsignore et al., 2010). A AT está frequentemente associada ao acordo nos objetivos e tarefas terapêuticas, já o RR diz respeito,

ao grau em que terapeuta e cliente conseguem ser honestos, autênticos e congruentes um com o outro, tendo percepções realistas sobre a relação terapêutica (Morales et al., 2018).

A CM engloba três domínios: afetivo que diz respeito à sensibilidade, preconceitos, valores e necessidades culturais; comportamental reflete as capacidades e conhecimentos eficazes para atuar em díades multiculturais; cognitivo envolve o conhecimento cultural e a compreensão de teorias e abordagens transculturais (Sue 2001; as cited in Srivastava, 2008). Apesar da importância de cultivar um conhecimento multicultural, importa salientar que a CM não pressupõe conhecimento total sobre as mais variadas culturas, mas antes uma posição de, mas principalmente sobre o impacto que a cultura, etnia, raça, valores e formas de pensar (Moleiro et al., 2009). Uma AT multicultural implica assim um ambiente *vitalizante* em que as trocas intra e interculturais são espontâneas e assentes no respeito, valorização e aprendizagem (Middleton et al., 1996; 1999; as cited in Delsignore et al., 2010).

A cultura influencia a terapia e a visão da saúde mental, afetando inclusive a forma como as pessoas de diferentes origens e grupos perspetivam o sofrimento emocional e como procuram e pedem ajuda (Majors, 2020). A evidência demonstra que os psicólogos não estão imunes de ter estereótipos e preconceitos em relação aos seus clientes (White et al., 2016). Os terapeutas que não têm a consciência dos seus preconceitos, podem criar barreiras à AT com clientes racializados, o que pode explicar a subutilização dos serviços de saúde mental e/ou o término precoce da terapia (Burkard & Knox, 2004; Kearney & Baron, 2005; as cited in Sue, 2007). Uma AT eficaz e responsiva, é aquela que os clientes, durante o processo, percebem os seus terapeutas como confiáveis sentindo-se compreendidos e aceites (Strong & Schmid, 1970; as cited Sue, 2007), incluindo nas suas identidades e valores e questões culturais.

A necessidade crescente de adequar culturalmente as práticas de saúde mental, exige a formação de psicólogos culturalmente competentes (Desai et al., 2020). A evidência demonstra o impacto significativo quer da competência e a formação cultural do terapeuta (Rogers-Sirin et al., 2015), quer da adequação cultural das intervenções, quando comparadas com intervenções não adaptadas culturalmente (Nagayama et al., 2016).

Um terapeuta multiculturalmente competente, define-se como aquele que ganha consciência dos desafios culturais e se torna atento e sensível às pertenças e identidades culturais, quer dos seus clientes quer suas, e às suas implicações (Chrobot- Mason, 2014), estando assim em melhor posição de os apoiar de forma sistémica (Banks, 2020).

Existem duas características fulcrais num psicoterapeuta multiculturalmente competente, nomeadamente, a consciência de si mesmo como um ser racial e cultural e dos preconceitos, estereótipos e suposições que influenciam a sua visão do mundo, e a consciência e curiosidade face às visões do mundo dos clientes (APA, 2003; Sue, Arredondo & McDavis, 1992; as cited in Sue, 2007). Para Ratts e colaboradores (2016) é a capacidade de compreender as complexidades da identidade, de reconhecer como a opressão afeta a saúde mental, e de compreender e integrar os indivíduos no seu contexto social. A disposição e a capacidade do terapeuta para discutir questões raciais, ou conforto cultural, é também destacada como fulcral (Cardemil & Battle, 2003; as cited in Sue, 2007).

Relativamente à consciência do terapeuta face aos seus preconceitos e valores culturais, destacam-se quatro competências fundamentais: consciência cultural da sua herança e experiências culturais, a compreensão da forma como estes influenciam as suas atitudes, valores e processos psicológicos; o reconhecimento dos limites da sua experiência e CM (Delsignore et al., 2010). Outro modelo de CM, acrescenta ainda três aspetos interrelacionados: humildade cultural, oportunidades e conforto cultural (Owen, 2013).

A humildade cultural está relacionada com o respeito e a equidade na AT, e com a capacidade de proporcionar validação cultural na terapia. As oportunidades culturais representam as oportunidades que surgem no contexto da terapia e que permitem explorar e integrar a herança cultural do cliente. O conforto cultural é necessário para iniciar conversas culturais durante as sessões, aumentando a compreensão da experiência cultural e favorecendo a confiança e conforto na psicoterapia (Owen, 2013).

As microagressões e o daltonismo na psicoterapia

O condicionamento cultural a que terapeutas brancos estão sujeitos podem torná-los propensos a microagressões raciais (Locke & Kiselica, 1999; as cited Sue, 2007). Devido à natureza inconsciente e não intencional das microagressões, o psicoterapeuta não acredita ser racista. Paralelamente, a sua posição tende a ser uma posição de poder, contribuindo para uma menor sensibilidade para reconhecer a microagressões raciais e seus efeitos na relação e no cliente (Sue, 2007).

Algumas das microagressões identificadas na psicoterapia passam pelo *daltonismo*, superidentificação, negação do racismo, minimização das questões raciais e culturais, suposições estereotipadas, acusações de hipersensibilidade, mito da meritocracia e padronização disfuncional (Constantine, 2007). A posição daltónica parte da ilusão de que um cliente racializado não é diferente em termos culturais de um cliente branco e, portanto,

cria resistência em dialogar com o cliente sobre questões culturais, contribuindo para a insatisfação com a terapia (Lefforge, 2020). As atitudes raciais daltónicas, comuns em terapeutas com baixa CM (Burkard & Knox, 2004; as cited in Johnson & Williams, 2015), estão ainda associadas a menor empatia e à culpabilização dos clientes pelos seus problemas (Burkard & Knox, 2004; as cited in Banks, 2020).

As microagressões no contexto da psicoterapia, comprometem a aliança a eficácia terapêuticas, ao mesmo tempo que revitimizam as pessoas racializadas (Dolev et al., 2018), na medida em que reproduzem as desigualdades sociais e as agressões raciais no *setting* terapêutico. A evidência revela que a AT enfraquece quando o cliente percebe uma microagressão, levando a fortes sentimentos de incompreensão, raiva e frustração (Constantine, 2007), de confusão e dúvida (Rogers- Sirin et al., 2015), e de impotência e sensação de invisibilidade, e à percepção de ser forçados atender às pressões do grupo dominante (Sue et al., 2008; as cited in Banks, 2020). Os mal-entendidos culturais e a falta de comunicação cultural (APA, 2003) podem ativar os mecanismos de defesa dos clientes (Sue & Sue, 2008), o que compromete não apenas a aliança, como os conteúdos trazidos para o *setting* terapêutico.

O estudo

Apesar de existirem estudos com clientes racializados e díades culturalmente diversas, a maior parte considera as competências multiculturais dos terapeutas avaliadas pelos próprios e não pelos clientes, o que não permite o acesso à perspetiva e satisfação dos clientes em relação a estas competências multiculturais. Até à data não são conhecidas revisões sistemáticas com este foco, sendo em Portugal a literatura praticamente inexistente.

Os dois principais objetivos desta revisão centram-se em sistematizar, analisar e refletir sobre: (i) a experiência de pessoas racializadas - de qualquer idade e de qualquer grupo racial étnico, cultural e religioso, de qualquer país -, na psicoterapia e a sua percepção sobre a qualidade das intervenções terapêuticas; (ii) e as competências culturais mais valorizadas para a qualidade da aliança e associadas à satisfação dos clientes. Neste sentido, formulam-se como objetivos específicos:

- Compreender de que forma é que as intervenções terapêuticas se encontram adaptadas às necessidades dos grupos racializados;
- Sistematizar as evidências sobre as competências multiculturais mais valorizadas por clientes racializados e sobre o seu impacto na eficácia terapêutica;

- Compreender o impacto das microagressões nas intervenções com os grupos racializados;
- Identificar recomendações para profissionais e responsáveis por políticas de saúde mental;
- Identificar lacunas e recomendações para as ultrapassar.

O estudo inclui apenas intervenções de caráter terapêutico no âmbito da saúde mental. São excluídas intervenções não terapêuticas e alianças fora do âmbito da psicoterapia.

Método

Metodologia das Pesquisas das Bases de Dados

A presente revisão sistemática, foi elaborada de acordo com as orientações do *PRISMA Statement (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)*. Após definidos os objetivos do estudo, realizou-se o levantamento sistemático da literatura científica, nas bases de dados Psycinfo, Web of Science, Pub-Med e B-On. Face à escassez de literatura existente no intervalo de 5 anos, considerou-se um intervalo de 10 anos, entre janeiro de 2010 e novembro de 2021.

Em concordância com os critérios de elegibilidade, formulou-se a estratégia de pesquisa com base no conjunto de termos essenciais associados aos objetivos de estudo: ((“therapeutic alliance” OR “working alliance” OR “therapeutic relationship” OR “therapist effect” OR “real relationship”) AND (racism OR “racial trauma” OR supremac* OR “racial bias” OR “color blind*” OR prejudice OR “cultural arrogance” OR “white space” OR whiteness Or “racial stigma” OR “micro-aggressions Or microaggressions OR “multicultural competenc*” OR “multicultural counseling” OR “cultural humility” OR “Crosse-cultural counseling” OR “multicultural orientation” OR “racial/ethnic minorit*” OR “racial/ethnic disparit*” OR “cultural comfort”)) NOT (“systematic review” OR metanalysis OR “meta-analysis” OR “literature review” OR medical OR medicine OR physician OR LGBT OR LGBTQ OR phychiatry or supervision)

Seleção dos Estudos

Para efetuar o levantamento sistemático da literatura seguiram-se as etapas do modelo PRISMA, apresentadas no fluxograma da figura 1. Da aplicação da equação de pesquisa resultou a extração de 199 artigos. Depois de eliminados os duplicados, através da ferramenta digital *Mendeley*, restaram 127 artigos, para análise de título, resumo e palavras-

chaves, sendo expostos a um conjunto de critérios de inclusão e exclusão. Após esta análise, ficaram 28 artigos para leitura integral. Doze foram incluídos na revisão sistemática.

Critérios de Elegibilidade

Como **critérios de inclusão** destacam-se estudos: (a) sobre intervenções terapêuticas; (b) que incluem a percepção dos clientes; (c) quantitativos e qualitativos; (d) em inglês, português e espanhol; (e) revistos por pares; (f) publicados nos últimos 10 anos.

Os **critérios de exclusão** delineados foram estudos sobre: (a) intervenções não terapêuticas; (b) com participantes não racializados (e.g., clientes brancos com outro idioma ou de país diferente); (c) com população LGBT; (d) de revisão sistemáticas e/ ou metanálise; (e) não consideram a experiência e satisfação dos clientes.

Codificação dos Estudos

Da tabela 1 consta a organização e codificação dos artigos elegíveis em função das seguintes informações: (a) ano de publicação; (b) nome dos autores; (c) objetivo de estudo; (d) tamanho e caracterização da amostra; (e) instrumentos utilizados; (f) principais resultados.

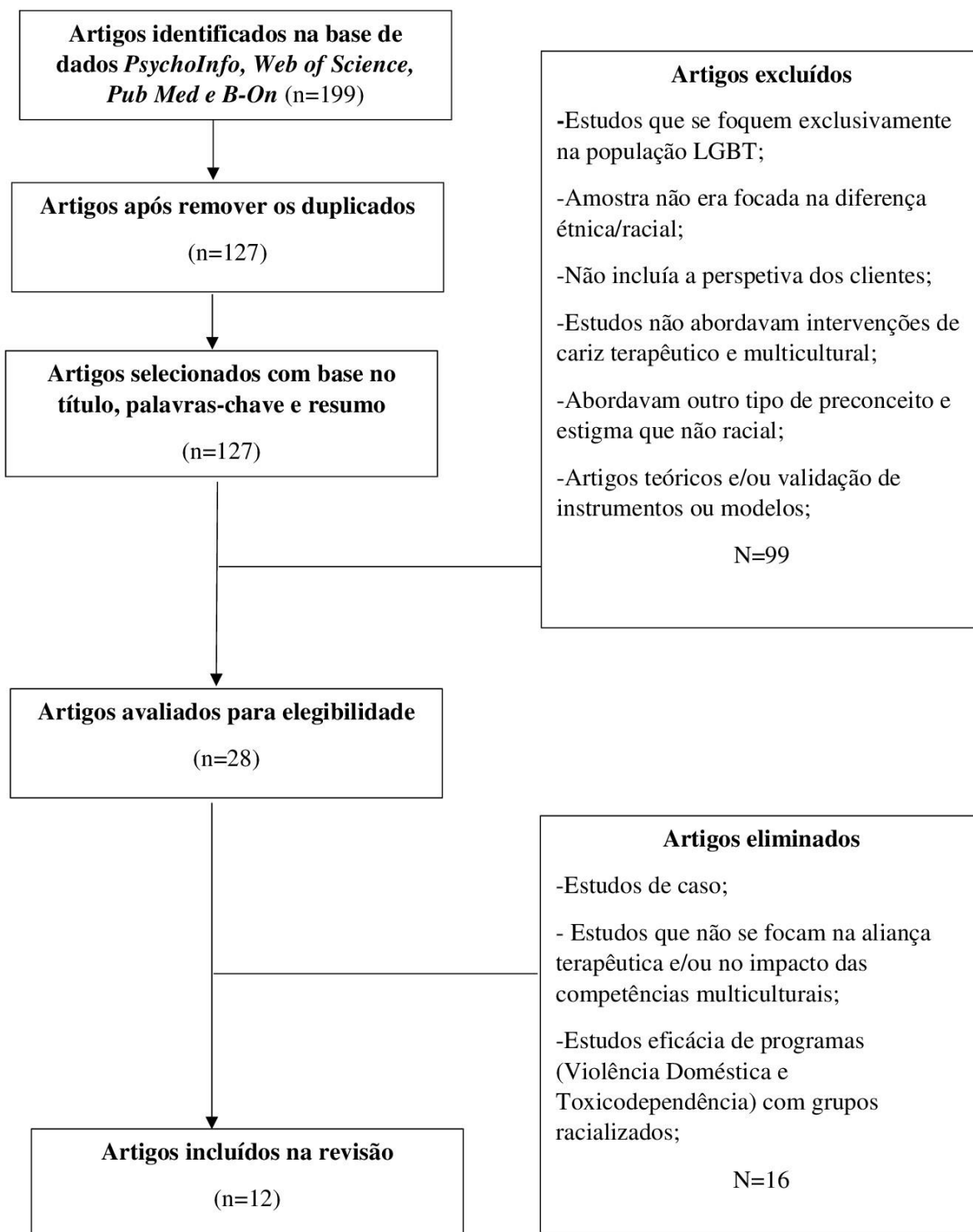


Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos

Resultados

A tabela 1 sintetiza os principais resultados obtidos pelos diversos estudos incluídos, destacando-se a experiência do cliente e as CM mais valorizados nos terapeutas.

Tabela 1

Tabela do Resumo dos Estudos Seleccionados

Data	Autores	Tipo estudo	Objetivo	Participantes	Instrumentos	Resultados
2011	Owen et al.	Quantitativo	Percepções dos clientes sobre a CM dos terapeutas associadas ao funcionamento psicológico, AT e RR;	<u>176 clientes:</u> -18-41 anos -136 mulheres; -38 homens; -95 brancos; -81 racializados; <u>33 psicoterapeutas:</u> -9 racializados; -24 brancos;	-Cross-Cultural Counseling Inventory-Revised (CCCI-R) (LaFromboise Coleman & Hernandez,1991) -Schwartz Outcome Scale-10 (SOS-10) (Blaise t al.,1999) -Perceptions of pre-psychoterapy distress -Working Alliance Inventory-Short Form Revised (Hatcher & Gillasp,2006) -The Real Relationship Inventory-Client Version (Kelley et al., 2010)	-Percepções do cliente sobre a CM do psicoterapeuta foi positivamente associado à AT e ao RR; -Para díades emparelhadas AT foi um mediador significativo;

2011	Owen et al.	Quantitativo	Variações nas percepções dos clientes sobre microagressões conforme a raça/ etnia e associação eficácia da terapia;	<u>232 Clientes:</u> -171 mulheres -74 homens - 17-50 anos -121 brancos -111 racializados; <u>29 terapeutas:</u> -23 mulheres; -6 homens; -12 racializados; - 17 brancos;	-Racial Microaggressions in Counseling Scale (Constantine, 2007) -Schwartz Outcome Scale-10 (Blais et al., 1999) -Initial Emotional State (Consumer Reports, 1994; Seligman, 1995) -Individual Treatment Alliance Scale Revised-Short Form (Pinsof, Zinbarg & Knobloch-Fedders, 2008)	-Percepções dos clientes sobre microagressões não variaram, com base na raça/etnia; -Foram negativamente associadas à sua classificação de AT e piores resultados; -Clientes que avaliam melhor a AT tiveram melhores resultados;
2013	Hook et al.	Quantitativo	Avaliação e valorização da humildade cultural	Estudo piloto: -117 estudantes universitários (31 homens e 84 mulheres) 18-52 anos (M=23,4); -29,9% brancos; -38,5% negros; Estudo 1:	-Working Alliance Inventory (Tracey & Kokotovic, 1989) -Severidade inicial - Working Alliance Inventory	-Participantes: humildade cultural como muito importante; -Participantes que classificaram o terapeuta com alta humildade cultural relataram mais probabilidade de

				<p>-472 estudantes universitários (149 homens e 323 mulheres) 18-56 anos (M=21); -59,1% brancos; -12,6% negros;</p> <p>Estudo 2: -134 adultos (40 homens e 92 mulheres); 18-71 anos (M=24,4); -70,1% Brancos;</p> <p>Estudo 3: -120 adultos (87 homens e 33 mulheres) negros; 18-55 anos;</p>	<p>(Tracey & Kokotovic, 1989) -Cultural Humility Scale -Cross-Cultural Counseling Inventory- Revised (LaFromboise, Coleman & Hernandez, 1991) -Patient's Estimate of Improvement (Hatcher & Barends, 1996) - Working Alliance Inventory (Tracey & Kokotovic, 1989) -Escala de Humildade Cultural 12 itens (desenvolvida no estudo).</p>	<p>desenvolver uma boa AT e continuar na terapia; -As percepções do cliente sobre a CM e humildade cultural do terapeuta predizem significativamente a AT e continuidade na terapia -Associação entre a humildade cultural e AT foi significativa;</p>
2014	Owen et al.	Quantitativo	Abordagem às microagressões e impacto na AT;	<p><u>120 Clientes:</u> -82 mulheres -32 homens 18-51 anos (M=22); -42,5% asiáticos-americanos;</p>	<p>-Racial Microaggressions in Counseling Scale (Constantine, 2007)</p>	<p>-Clientes que relataram alianças mais fortes relataram menos microagressões;</p>

				-30,8% multirraciais; <u>33 terapeutas:</u> -10 racializados; -23 brancos;	-Working Alliance Inventory-Short Form (Tracey & Kokotovic, 1989) -Swartz Outcome Scale-10 (Blaise et al., 1999)	-As díades que discutiram a experiência de microagressão tiveram pontuações de aliança comparáveis a clientes que não perceberam nenhuma;
2015	Davis et al.	Quantitativo	Microagressões e impacto das apreciações negativas da identidade dos clientes em comparação com outros tipos de ofensa;	<u>128 alunos:</u> -73,5% mulheres -26,4% homens -Idade média 24,63 anos; -71,1 % afro-americanos	-Subscale of the positive and negative affect scale (Watson, Clark & Tellegen, 1988) -Working Alliance Inventory (Tracey & Kokotovic, 1989) -Patient's Estimate of Improvement measure (Hatcher & Barends, 1996) -Cultural Humility Scale (Hook et al., 2013);	-Ocorrência de microagressões associadas à percepção de terapeutas como culturalmente menos humildes, pior AT e menor potencial de melhoria; -Quando relataram microagressões verificou-se uma correlação significativa entre raça/etnia e gênero; -O gênero demonstrou estar mais fortemente associado a piores AT e CM percebidas;
2015	Dillon et al.	Quantitativo	Expandir as descobertas de Owen et al., (2011) através da aplicação do	133 negros 24 terapeutas -88 díades racializadas;	-The Schwartz Outcome Scale-10	- Clientes que classificaram os terapeutas

			projeto diádico OWM (One With Many) onde terapeuta e cliente se classificam mutuamente.	-45 díades	(Blaise et al.,1999) -The Cross-Cultural Counseling Inventory- Revised (LaFromboise et al., 1991).	com CM mais altas tiveram resultados terapêuticos melhores; -Autoavaliações do terapeuta em relação à CM não se correlacionaram com a dos clientes;
2018	Anderson et al.	Quantitativo	Sobre término prematuro com amostra de ex-clientes;	278 participantes Idade M= 35,2% (DP= 11,8); 83,1% Brancos 16,9 % racializados 66,2% mulheres; 85,3% heterossexuais;	-Client Cultural Competency Inventory (Switzer et al., 1998) -Working Alliance Inventory (Hatcher & Gillaspy, 2006)	-Insatisfação com a terapia associada a AT mais fraca, menor CM percebida e maior probabilidade de abandono da terapia; -Não houve relação entre o abandono prematuro e o status de minoria racial/ étnica;
2018	Gonzalez et al.	Quantitativo	Relação entre CM, AT e outcomes terapêuticos	<u>146 clientes:</u> 71 mulheres 48 homens -18-65 anos 64 Brancos 21 Afroamericanos <u>85 terapeutas:</u> 61 Mulheres 11 Homens	Outcome Questionnaire 45.2 (OQ45.2; Lambert et al., 1996) Cross-Cultural Counseling Inventory- Revised (CCCI-R;	- CM do terapeuta avaliada pelo cliente está associado à força da AT; -Diferenças significativas entre as percepções do terapeuta e cliente

				21-37 anos 48 brancos 8 birracial/multirracial	LaFromboise, Coleman & Hernandez, 1991) Working Alliance Inventory-Short Form (WAI-S; Horvath & Greener, 1989; Tracey & Kokotovic, 1989) Reynolds Marlowe-Crown Social Desirability Scale-Short Form (SDS; Reynolds, 1982)	sobre aliança e CM do terapeuta; - As perspectivas dos clientes sobre a CM dos terapeutas e AT não predizem os resultados do cliente;
2018	Kim & Kang	Quantitativo	correspondência étnica/racial e resultados de aconselhamento terapêutico;	<u>644 clientes</u> 193 homens; 488 mulheres -499 brancos -81 afro-americanos <u>29 terapeutas:</u> -11 homens; 18 mulheres; -11 brancos -8 afroamericanos -10 outras raças/etnias 330 díades emparelhadas 314 díades não emparelhadas;	-Global Assessment of functioning scale (GAF)	-Clientes de díades emparelhadas (vs não-emparelhadas) participam mais nas sessões e apresentam maior melhoria no funcionamento global; -Correspondência étnico-racial é preditiva do número de sessões;

2018	Morales et al.	Quantitativo	AT e relacionamento real (RR) nas perspectivas do cliente e terapeuta;	<u>19 Terapeutas:</u> -14 mulheres; 5 homens; -9 brancos; -10 racializados; <u>144 Clientes:</u> -83 mulheres; 81 homens; -78 brancos; -66 racializados;	-Working Alliance Inventory-Revised Short Form (Hatcher & Gillaspy, 2006) -Real relationship Inventory-Therapist and the Real Relationship Inventory-Client (Hill et al., 2014)	-Clientes racializados classificaram melhor AT do que clientes brancos; -Terapeutas brancos relataram maior AT com todos os clientes do que terapeutas racializados; -Clientes de terapeutas brancos relataram um RR mais alto; -Na perspectiva dos terapeutas, o estatuto racializado dos clientes não estava relacionado com AT e o RR;
2020	Bartholomew; et al.	Quantitativo	Percepções dos clientes sobre o conforto cultural dos terapeutas;	<u>48 clientes:</u> -23 mulheres -17 homens -1 não binário -23 brancos -18 racializados;	-Therapist Cultural Comfort Scale (Pérez-Rojas, Bartholomew et al., 2019) -Counseling Center Assessment of Psychological	-Conforto Cultural associado à redução de sofrimento;

					Symptoms (Locke et al., 2012)	
2021	Yeo & Torres-Harding	Misto	Estratégias de resolução de rutura após as microagressões preservam a AT	128 pessoas racializadas 18-64 anos (M= 26,43)	-The Working Alliance Inventory- Short Revised (Hatcher & Gillaspy, 2006) -The Racial Microaggression in Counseling Scale (Constantine, 2007) Entrevista sobre experiência dos clientes;	-Trabalho colaborativo após a microagressão e/ou rutura associado a um melhor vínculo emocional, amortecendo as consequências da microagressão

Características dos Estudos

Dos 12 artigos incluídos, 11 são empíricos e um longitudinal (Bartholomew et al., 2020). Onze estudos apresentaram uma metodologia quantitativa e um estudo uma metodologia mista (Yeo & Torres- Harding, 2021).

Amostra

Os participantes são jovens, adultos e idosos, na maioria mulheres, recrutados em serviços universitários de saúde mental para a comunidade. O tamanho das amostras variou entre 48-644 participantes clientes (Bartholomew et al., 2020; Kim & Kang, 2018), e 19-85 terapeutas (Morales, 2018; Gonzalez, 2018). A grande maioria dos terapeutas são brancos. Já os clientes são de diversas origens étnicorraciais, com predominância de afroamericanos e brancos. Todos os estudos são efetuados nos Estados Unidos da América (EUA).

Objetivos dos Estudos

Os objetivos dos estudos, focaram-se essencialmente nas CM (e.g., humildade cultural, conforto cultural, capacidade de detetar e reparar microagressões) valorizados pelos clientes, e como estes afetam positiva ou negativamente o processo, nomeadamente a AT e RR, e os *outcomes* terapêuticos (funcionamento e melhoria do cliente).

Metodologia

A metodologia centrou-se na correlação de duas ou mais variáveis (e.g., CM e AT e resultados terapêuticos) (e.g., Gonzales, 2018), na tentativa de explorar e perceber as experiências de clientes racializados na terapia e a forma como as CM afetam o processo terapêutico. Estudos centram-se também na comparação da experiência de clientes brancos e racializados (e.g., Morales, 2018) ou de díades emparelhadas e não emparelhadas (e.g., terapeuta branco-cliente racializado) (e.g., Kim & Kang, 2018).

Onze estudos são realizados em campus universitários e num (Anderson, 2018) os participantes são recrutados usando o um mercado de trabalho online.

Instrumentos

A maioria dos estudos utilizou questionários e instrumentos validados cientificamente.

Os instrumentos avaliam quatro grupos de constructos: (a) funcionamento global; (b) aliança terapêutica; (c) competências multiculturais; (d) ocorrência e perceção de microagressões;

A avaliação do funcionamento global incluiu medidas que pretendem medir a variação no bem-estar ao longo do processo terapêutico. Dois dos instrumentos mais utilizados nos estudos foram o “*Schwartz Outcome Scale 10*” (Blais et al., 1999) e o

“*Patient’s Estimate of Improvement*” (Hatcher & Barends, 1996). Os outros instrumentos mais usados são: “*Outcome Questionnaire 45.2*” (Lambert et al., 1996); “*Counseling Center Assessment of Psychological Symptoms*” (Loker et al., 2012); “*Global Assessment of Functioning Scale*”; “*Initial Emocional Scale*” (Consumer Reports, 1994; Seligman, 1995).

Avaliação da aliança de terapêutica e da relação real. O instrumento mais utilizado foi o “*Working Alliance Inventory*”, na versão original (Tracey & Kokotovi, 1989) e na versão mais recente “*Working Alliance Inventory Short-Form Revised*” (Hatcher & Gillasp, 2006) (Yeo et al., 2021; Owen et al., 2011; Morales et al., 2018; Anderson et al., 2018). Foi ainda usado “*Individual Treatment Alliance Scale Revised Short Form*” (Owen, 2011). Para avaliar a RR, os estudos usaram o “*The Real Relationship Inventory Client Version*” (Kelley et al., 2010; Hill et al., 2014) (Owen et al., 2011) e o “*Real Relationship Inventory -Therapist*” (Hill et al., 2014) (Morales, 2018).

Para avaliar as várias **competências multiculturais** do terapeuta, entre elas a humildade cultural e o conforto cultural, o instrumento mais utilizado foi o “*Cross Cultural Counseling Inventory Revised*” (LaFromboise et al., 1991), que avalia as percepções do cliente e do terapeuta sobre a competência de aconselhamento multicultural. Outro instrumento aplicado foi o “*Client Cultural Competency Inventory*” (Switzer et al., 1998) (e.g., Anderson et al., 2018). Em estudos que avaliaram CM específicas, foram utilizados o “*Therapist Cultural Comfort Scale*” (Pérez-Rojas, Bartholomew et al., 2019) (Bartholomew et al., 2020) e o “*Cultural Humility Scale*” (Hook et al., 2013) (e.g., Davis, 2015), cujo objetivo foi explorar as percepções dos clientes sobre o conforto e humildade cultural dos terapeutas.

Para a avaliação da Ocorrência e Percepção de Microagressões, na percepção do cliente, alguns estudos (e.g., Owen, 2011; Owen, 2014; Yeo, 2021) utilizaram o “*Racial Microaggressions in Counseling Scale*” (Constantine, 2007).

Resultados

No que concerne à **percepção sobre a qualidade das intervenções terapêuticas**, os dados dos estudos revistos indicaram que os clientes que percebem o seu terapeuta como dotado de **competências multiculturais**, tendem a experienciar uma **aliança terapêutica** mais positiva (e.g., Gonzales et al., 2018; Yeo et al., 2021) e, conseqüentemente, melhores resultados (e.g., Owen et al., 2011; Yeo et al., 2021; Dillon et al., 2015), níveis mais elevados de bem-estar psicológico (Owen et al., 2011), verificando-se ainda uma menor probabilidade de abandono prematuro da terapia (Anderson et al., 2018). Contrariamente, clientes que

mencionaram insatisfação com a terapia, relataram menor CM percebida (Anderson et al., 2018) e uma AT mais fraca. Os resultados parecem assim apontar consistentemente, para uma associação estreita entre CM, qualidade da AT e experiência de uma RR (Gonzales et al., 2018; Owen et al., 2014).

Contudo, não houve evidências, que os terapeutas que autorelataram maior CM tivessem clientes que melhorassem mais do que aquilo que seria esperado. Contrariamente, na perspectiva do cliente quando foram estes a classificaram o terapeuta com maior CM, verificou-se de facto melhores resultados terapêuticos (Dillon et al., 2015).

O estudo de Morales et al. (2018), vai de encontro ao referido anteriormente, ao apontar que apesar de na perspectiva do terapeuta o estatuto racializado não estar relacionado à capacidade de desenvolver AT e RR, a verdade, é que os clientes reportam, que alguns terapeutas conseguiram facilitar o desenvolvimento de AT e RR com clientes brancos, mas, não com racializados; outros conseguiram com racializados, mas não com brancos; por fim, terapeutas conseguiram desenvolver com ambos de igual forma.

Ainda em relação às **CM**, verificou-se que as percepções do cliente sobre a CM e humildade cultural do terapeuta são preditores significativos da AT e da melhoria significativa do cliente (Hook et al., 2013). Especificamente em relação ao **conforto e humildade cultural**, os resultados revistos apontam que os clientes que classificaram o terapeuta como tendo alta humildade cultural relataram melhor relação terapêutica e maior probabilidade de continuar na terapia (Hook et al., 2013). Adicionalmente, a percepção de conforto por parte do terapeuta para abordar temas e aspetos das identidades culturais, está associada à redução do sofrimento dos clientes (Bartholomew et al., 2020).

Os resultados revelam ainda que com frequência as questões culturais não são abordadas ou são abordadas de forma inadequada e com base em suposições tendenciosas (Yeo et al., 2021). Para uma abordagem adequada questões culturais os clientes destacam a capacidade de o terapeuta demonstrar abertura, empatia e tenta compreendê-las (Yeo et al., 2021).

As **competências multiculturais do terapeuta** mais valorizadas na perspectiva dos clientes racializados como adequadas às suas necessidades, associadas a uma maior qualidade da AT e a uma maior eficácia terapêutica foram: (a) abertura, empatia e compreensão (e.g., Yeo et al., 2021); (b) flexibilidade, habilidades, conhecimentos e treino de competências culturalmente adequadas (e.g., Yeo et al., 2021); (c) sensibilidade e consciência cultural (e.g., Yeo et al., 2021); (d) trabalho colaborativo (e.g., Yeo et al., 2021);

(e) e humildade cultural (e.g., Hook et al., 2013). Sendo que a humildade terapêutica tende a destacar-se entre as competências mais valorizadas.

A **experiência de microagressões raciais** é outro dos aspetos destacados nos estudos revistos. Os resultados revelam que as microagressões raciais surgem negativamente associadas à definição e cooperação em torno de objetivos e tarefas terapêuticas e afetam o vínculo emocional (Yeo & Torres-Harding, 2021), prejudicando a AT e resultando na perceção do terapeuta como menos culturalmente humilde (e.g., Davis et al., 2015; Owen et al., 2011). Um dos estudos refere, no entanto, que quando percecionaram a microagressão e à atribuíram à sua identidade, o género esteve mais relacionado com uma AT mais fraca e menor humildade e CM percebida, do que a raça/etnia (Davis et al., 2015). Não obstante, quando as **díades** discutiram a experiência de microagressão com sucesso as pontuações de AT são comparáveis às dos clientes que não relataram a experiência de microagressão ou ainda mais elevadas (Owen et al., 2014).

Os estudos revelam ainda que os clientes afirmam e destacam a importância de o terapeuta ter consciência sobre como as microagressões se manifestam para a capacidade de as evitar (Bryant et al., 2021). A franqueza, empatia, trabalho colaborativo e a capacidade de abordar o problema, na sequência de uma microagressão, estão associados à redução do risco de rutura, à melhoria do vínculo emocional, sendo mesmo capazes de amortecer as consequências das microagressões (Yeo et al., 2021).

As microagressões e a inadequação cultural das terapias, revela **consequências para os clientes** insatisfeitos, que tendem a **abandoná-la prematuramente** e/ou a demonstrar sentimentos de ambivalência (Yeo et al., 2021). Foi, no entanto, encontrado um estudo (Anderson et al., 2018) que identifica entre as principais causas de abandono prematuro da terapia: os obstáculos ambientais; a insatisfação e desmotivação; a melhoria do funcionamento e resolução do problema; as recaídas ao nível da saúde mental (e.g., toxicod dependência). Este mesmo estudo, encontrou uma associação entre o género, orientação sexual e desistência, mais concretamente, identificou maior abandono prematuro de homossexuais e mulheres (Anderson et al., 2018). Não encontrou, no entanto, evidência de correlações entre a raça/etnia e o abandono prematuro.

Relativamente às **díades**, verificou-se que, para díades emparelhadas a AT foi um mediador significativo (Owen et al., 2011) e os clientes foram mais propensos a participar nas terapias e a apresentar uma melhoria do funcionamento global (Kim & Kang, 2018). Ou seja, quando o terapeuta e o cliente eram da mesma raça/etnia, pareceu desenvolver-se uma

AT mais forte e, conseqüentemente melhores foram os resultados terapêuticos, porque os clientes sentiram-se mais à vontade para partilhar as suas experiências.

Discussão

A análise dos 12 artigos incluídos nesta revisão sublinha a importância das CM para o sucesso e eficácia da intervenção terapêutica, em particular embora não exclusivamente, com clientes racializados. As CM revelam-se associadas à satisfação dos clientes com o processo terapêutico e a uma menor probabilidade de o abandonar (Anderson, 2018).

Pessoas racializados são alvo frequente de preconceito nos espaços extra-setting e, mais do que seria esperado, confrontam-se também com esta opressão quando recorrem aos serviços de saúde mental (Bryant et al., 2021). Uma porção significativa de pessoas racializadas desvaloriza o recurso a serviços de saúde mental e, quando clientes, relatam insatisfação nos processos terapêuticos (Carabellese et al., 2019). Quando os clientes de diferentes origens étnicas e raciais se confrontam com terapeutas dotados de CM sentem-se mais seguros para serem autênticos para abordar questões culturais, sem verem as suas identidades culturais ignoradas. Os estudos revistos permitem confirmar o facto de o cliente ver a sua cultura ignorada ou de as questões culturais serem inadequadamente abordadas, por exemplo partindo de suposições tendenciosas (e.g., Yeo & Torres-Harding, 2021), é percebida como falta de CM no terapeuta. As CM fazem a diferença no atendimento a clientes racializados, muitas vezes na falta destas competências, os clientes tendem a sentir-se mais confortáveis em díades emparelhadas, uma vez que sentem maior sensibilidade cultural e a sua experiência validada (Owen et al., 2011).

Os terapeutas brancos sentem-se mais desconfortáveis ao abordar questões raciais, por um lado, pelo desconforto de ver o privilégio branco desafiado e, por outro, por não terem consciência do impacto da cultura no processo terapêutico (Know et al., 2003). Isto vai de encontro aos resultados de um estudo, que conclui que em díades emparelhadas, os clientes apresentaram melhoras significativas do funcionamento global e participaram num maior número de sessões (Kim & Kang, 2018).

Muitos psicoterapeutas sentem que a cultura é um tema desafiador e que pode contribuir para um ambiente terapêutico pesado e ambivalente (Sue, 2013), evitando-o. O desconforto do terapeuta para abordar as questões culturais, mesmo que de forma implícita, coloca os clientes numa posição de hipervigilância (Majors, 2020), levando-os a ocultar partes relevantes do seu “eu” cultural, um fenómeno conhecido como ocultação cultural

(Drinane et al., 2018). Estes sentem a necessidade de se proteger face desconforto ou inadequação dos terapeutas perante questões culturais (Cross et al., 2017).

Ignorar a cultura como elemento presente no *setting* terapêutico, pode ser considerado uma forma de microagressão, transmitindo a mensagem ao cliente de que as suas perceções culturais não são importantes, ou estão erradas, invalidando a sua realidade étnico-racial (Sue et al., 2003; as cited in Yeo & Torres-Harding, 2021).

A revisão dos estudos permite concluir que muitos clientes racializados relatam experiências de microagressão (e.g., Owen et al., 2014; 2011) e que estas comprometem a AT, a definição de objetivos e tarefas terapêuticas, o estabelecimento do vínculo emocional cliente-terapeuta (e.g., Yeo & Torres-Harding, 2021; Owen et al., 2011), e ainda que estão associadas a piores resultados (Owen et al., 2011). O facto de terapeutas, principalmente brancos, se basearem em intervenções tradicionalmente eurocêtricas, assentes por exemplo no mito da meritocracia, e numa visão de daltonismo social (Johnson & Williams, 2015), aumenta o risco microagressões. Entre estas, o minimizar das questões culturais e o culpar o cliente por a ser hipersensível a estas, o que agride o cliente, impacta a AT (Constantine, 2007) e aumenta a probabilidade de desistência (Yeo & Torres-Harding, 2021).

Perante as microagressões, o cliente relembra ainda as experiências de discriminação que vive diariamente, o que coloca a AT sobre tensão e ameaça de rutura (Hannan et al., 2005). A isto soma-se o facto de as microagressões serem encobertas e frequentemente inconscientes, pelo que mesmo terapeutas bem-intencionados podem não reconhecê-las e ao seu impacto (Owen et al., 2014). Um dos estudos constata que nas díades que não discutem a ocorrência de microagressões as AT são mais fracas. No entanto, quando discutidas podem ter um impacto positivo (Owen et al., 2014). O uso de estratégias de resolução de rutura, como a empatia, a franqueza e o trabalho colaborativo, são valorizadas pelo cliente e associaram-se a um melhor vínculo emocional, amortecendo as consequências da microagressão (Yeo & Torres-Harding, 2021).

Apesar de um dos estudos referir que o género, em oposição à raça, esteve mais associado pelos clientes à ocorrência de microagressão, a verdade é que de acordo com o conceito de interseccionalidade isto pode de facto acontecer quando o cliente tem mais de uma identidade marginalizada, mas apenas uma é considerada (DeBlaere et al., 2014). Apenas um dos estudos incluídos afirma não ter encontrado relação entre o abandono da terapia e o *status* racializado do cliente. Este encontra apenas relação com o género e orientação sexual, revelando ainda que o abandono precoce era menos provável quanto mais

forte fosse AT (Anderson et al., 2018). Este resultado pode ser pelo facto de os terapeutas estarem dotados de CM para o trabalho com clientes racialmente distintos, mas não com mulheres e homossexuais (Anderson et al., 2018). Nos últimos anos, tem-se verificado investimento na *literacia cultural* dos terapeutas, o que pode justificar a maior adequação perante clientes racializados. Já o desenvolvimento de competências terapêuticas para atuação junto das comunidades LGBTQ+ é bem mais recente (Swift & Greenberg, 2012; as cited in Anderson et al., 2018).

Algumas das razões apresentadas pelos clientes para o abandono da terapia prenderam-se com obstáculos ambientais, mas também com insatisfação e desmotivação com o processo terapêutico, associados a sentimentos de ambivalência (Anderson et al., 2018). Estes sentimentos podem resultar da falta de comunicação e colocação das questões identitárias do cliente e que este gostaria de ver validados, e de mal-entendidos culturais (Sue & Sue, 1990; as cited in Moleiro et al., 2009).

Os estudos revelam que a satisfação de clientes racializados está associada à experiência de ver as questões culturais abordadas com empatia e compreensão (Yeo & Torres-Harding, 20219). Quando assim é, tendem a perceber melhores CM no terapeuta, nomeadamente maior humildade e conforto cultural (e.g., Bartholomew et al., 2020), com impacto no fortalecimento da AT (eg., Gonzales, 2018; Owen, et al., 2011; Hook et al., 2013), na RR (Owen et al., 2011) e no bem-estar do cliente (Owen et al., 2011). Estes resultados, serão assim *atingíveis* através do conhecimento e competência para introduzir as questões culturais na terapia e da capacidade de sentir-se confortável, aberto e calmo para abordá-las com o seu cliente, bem como, da humildade cultural para respeitar a diversidade e a individualidade cultural, sem suposições deterministas (Watkins et al., 2019). Um terapeuta culturalmente humilde esforça-se para desenvolver conforto cultural e *fazer dialogar* no processo terapêutico as várias identidades culturais (Watkins et al., 2019).

A humildade cultural é mais valorizada pelos clientes do que a experiência e conhecimento do terapeuta (Hook et al., 2012). Esta é de resto um dos três pilares das CM, a par do conforto e da capacidade de criar e *aproveitar* as oportunidades culturais. A humildade cultural está fortemente associada à AT, ajudando inclusive a colmatar as consequências das microagressões, e à melhoria do cliente (Watkins et al., 2019). O facto de serem bastante valorizadas pelos clientes pode explicar-se pelo facto de o terapeuta adotar uma postura colaborativa e não defensiva, o que permite espaço para que o cliente partilhe as suas experiências e *visões*, já que o terapeuta é capaz de adotar uma postura

de alteridade, principalmente em relação aos aspectos da identidade cultural (Davis et al., 2018), aproveitando as oportunidades para explorar os temas culturais com naturalidade (Owen et al., 2016).

Apesar das competências *gerais* de intervenção serem importantes, a verdade é que as CM são fundamentais para *dirigir* terapias culturalmente responsivas e adequadas. Vários estudos afirmam que terapeutas racializados, mais facilmente desenvolvem relacionamentos terapêuticos empáticos com clientes racializados porque percebem o desconforto dos seus clientes (Know et al., 2003). Destaca-se também a importância das CM percebidas por parte do cliente mais do que as competências gerais do terapeuta (Morales et al., 2018). Apesar do estudo enunciado não especificar se os terapeutas que desenvolveram AT eram brancos ou racializados, estes apontam uma explicação interessante: os terapeutas que desenvolveram mais facilmente AT com clientes racializados eram aqueles que apresentavam maior CM, mas baixa competência geral. Já aqueles que desenvolveram melhores AT com clientes brancos tinham baixa CM, mas alta competência geral (Morales et al., 2014).

Um dos estudos indicou ainda que as perspectivas do cliente e do terapeuta em relação à aliança e às CM diferem, com os clientes a terem uma melhor percepção desta e a atribuir maiores CM do que o próprio terapeuta, quando estes estão em treino (Gonzales et al., 2018) ou o contrário (Morales et al., 2018). Estes resultados poderão sugerir que terapeutas em treino estão particularmente sensíveis à complexidade destas questões o que pode resultar numa maior insegurança em relação à direção das suas intervenções. E também possível cliente e terapeuta tenham níveis de exigência diferentes na apreciação de uma relação terapêutica de qualidade (Norcross, 2011).

Clientes percebem as terapias como mais responsivas quando os terapeutas estão centrados nos clientes, praticam escuta ativa, são gentis, transparentes e abertos à colaboração, o que diminui a possibilidade de microagressões (Bryant et al., 2021). Ter noção de como as microagressões funcionam, reconhecer o trauma racial e da aculturação, são também recursos entendidos pelos clientes como essenciais para que terapeutas consigam evitar microagressões (Bryant et al., 2021) e para que sejam capazes de os ajudar com estas experiências fora do *setting*. A capacidade de compreender que a conceituação do bem-estar é baseada em normas eurocêtricas e patriarcais, assentes na ideia de supremacia branca (Howard e Sommers, 2017; as cited in Liu et al., 2019), é também destacado como

crucial para adaptar intervenções e baixar a probabilidade dos próprios terapeutas microagredirem os seus clientes (Liu et al., 2019).

Limitações e Recomendações

A presente revisão sistemática apresenta limitações que são importantes ressaltar. Primeiro o carácter desafiador de encontrar literatura e estudos que se foquem na perspectiva de clientes racializados em relação aos processos terapêuticos. Apenas 12 estudos foram incluídos, sendo todos realizados nos E.U.A. Assim, estes poderão não *espelhar* consistentemente a realidade de Portugal.

A maioria dos terapeutas dos estudos encontravam-se em estágio ou supervisão, o que pode ter um impacto nas suas competências terapêuticas não direta e exclusivamente atribuíveis à inexperiência multicultural.

Embora os estudos incluídos tivessem o propósito de estudar a perspectiva de clientes racializados, na maioria das amostras os grupos racializados estavam ainda sub-representados.

Por fim, apesar dos estudos incluídos focarem a perspectiva do cliente, estes não aprofundam as suas experiências e apreciações sobre os terapeutas o que não permitem retirar conclusões definitivas sobre algumas conclusões elevadas ao nível da empatia ou das CM. Estudos futuros deverão focar-se, de forma mais profunda e focada, na perceção dos clientes e no aprofundamento das razões para estas apreciações.

Em Portugal a literatura e evidência nesta área está por desenvolver. Portugal é um país multicultural com um passado colonial, que cada vez recebe mais imigrantes, refugiados e indivíduos étnica e racialmente diversos, que ao procurarem ajuda, muitas vezes se sentem negligenciados e insatisfeitos. Produzir investigação a este nível é essencial para informar, formar e promover práticas e profissionais capazes de intervir de forma culturalmente ajustada.

Implicações para a prática

O estudo sobre a perceção dos clientes perante as intervenções psicológicas de que são alvo é fundamental para a capacidade de fornecer intervenções responsivas, cumprindo o código de ética pelo que rege a prática da psicologia.

Ter conhecimento sobre a forma como as intervenções terapêuticas têm impacto em pessoas racializadas é essencial para formular e dirigir intervenções para clientes com

características culturais e identitárias diversas. Valorizar os aspetos culturais, ser capaz de detetar e analisar estas questões e estar preparado para lidar com dilemas éticos e culturais, é um caminho desafiante e essencial para integrar as pessoas socialmente discriminados sem as revitimizar.

Destaca-se ainda a importância de promover a capacidade de reconhecer que o preconceito e o estigma social, ainda que de forma inconsciente, podem surgir nos serviços de apoio psicológico, sobre a forma de microagressões, o que requer formação explicitamente focada na promoção da humildade e conforto cultural.

Este estudo contribui ainda com conhecimento importante para promover políticas e recomendações necessárias, validadas cientificamente, para o desenvolvimento de respostas de saúde mental culturalmente adequadas e livres de preconceito, que promovam a empatia cultural e a consciência das trocas interculturais que acontecem no *setting* terapêutico. Trocas que o influenciam, mas que também o enriquecem. Promover a CM na saúde mental, permite evitar clientes racializados vejam os seus direitos e a sua liberdade continuamente violados, mesmo no acesso aos serviços de ajuda psicológica.

Referências bibliográficas

Advisory Board to the President's Initiative on Race. (1998). *One America in the 21st century: Forging a new future*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

American Psychological Association (2003) Guidelines on multicultural education, training, research, practice and organizational change for psychologists. *American Psychologist* 58 377–402.

Anderson, K. N., Bautista, C. L., & Hope, D. A. (2019). Therapeutic alliance, cultural competence and minority status in premature termination of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 89(1), 104–114. <https://doi.org/10.1037/ort0000342>

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285

Banks, N. (2020). Cultural Competencies in Delivering Counselling and Psychotherapy Services to a Black Multicultural Population: Time for Change and Action. *The International Handbook of Black Community Mental Health*, 181–197. <https://doi.org/10.1108/978-1-83909-964-920201014>

Bartholomew, T. T., Pérez-Rojas, A. E., Lockard, A. J., Joy, E. E., Robbins, K. A., Kang, E., & Maldonado-Aguiñiga, S. (2020). Therapists' cultural comfort and clients' distress: An initial exploration. *Psychotherapy*, 58(2), 275–281. <https://doi.org/10.1037/pst0000331>

Bryant, L. S., Godsay, S., & Nnawulezi, N. (2021). Envisioning human service organizations free of microaggressions. *New Ideas in Psychology*, 63(July), 100893. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2021.100893>

Camilo, C., & Garrido, M. V. (2019). A revisão sistemática de literatura em psicologia: Desafios e orientações. *Análise Psicológica*, 4(XXXVII), 535-552. doi: 10.14417/ap.1546

Carter, R. T., & Muchow, C. (2017). Construct validity of the Race-Based Traumatic Stress Symptom Scale and tests of measurement equivalence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9, 688– 695. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000256>

Chang, D. F., & Berk, A. (2009). Making cross-racial therapy work: A phenomenological study of clients' experiences of cross-racial therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 56(4), 521–536. <https://doi.org/10.1037/a0016905>

Chrobot-Mason, D. (2012). Developing Multicultural Competence to Improve Cross-Race Work Relationships. *Psychologist-Manager Journal*, 15(4), 199–218. <https://doi.org/10.1080/10887156.2012.730440>

Cross, W. E., Jr., Seaton, E., Yip, T., Lee, R. M., Rivas, D., Gee, G. C.,... Ngo, B. (2017). Identity work: Enactment of racial-ethnic identity in everyday life. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 17, 1–12. <http://dx.doi.org/10.1080/15283488.2016.1268535>

Cokley, K., Palmer, B., & Stone, S. (2019). Toward a Black (and Diverse) Psychology: The Scholarly Legacy of Joseph White. *Journal of Black Psychology*, 45(2), 112–121. <https://doi.org/10.1177/0095798419828243>

Constantine, M. G. (2007). Racial microaggressions against African American clients in cross-racial counseling relationships. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 1–16. doi:10.1037/0022-0167.54.1.1

Dalgaard, N. T., Thøgersen, M. H., & Montgomery, E. (2020). Interdisciplinary treatment of family violence in traumatized refugee families. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 16(1), 77–92. <https://doi.org/10.1108/IJMHS-05-2018-0031>

Davis, D. E., DeBlaere, C., Owen, J., Hook, J. N., Rivera, D. P., Choe, E., Van Tongeren, D. R., Worthington, E. L., & Placeres, V. (2018). The multicultural orientation framework: A narrative review. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *55*(1), 89–100. <https://doi.org/10.1037/pst0000160>

Davis, D. E., DeBlaere, C., Brubaker, K., Owen, J., Jordan, T. A., Hook, J. N., & Van Tongeren, D. R. (2016). Microaggressions and Perceptions of Cultural Humility in Counseling. *Journal of Counseling and Development*, *94*(4), 483–493. <https://doi.org/10.1002/jcad.12107>

DeBlaere, C., Brewster, M. E., Bertsch, K. N., DeCarlo, A. L., Kegel, K. A., & Presseau, C. D. (2014). The protective power of collective action for sexual minority women of color: An investigation of multiple discrimination experiences and psychological distress. *Psychology of Women Quarterly*, *38*, 20–32. doi:10.1177/0361684313493252

Delsignore, A. M., Petrova, E., Harper, A., Stowe, A. M., Mu'min, A. S., & Middleton, R. A. (2010). Critical incidents and assistance-seeking behaviors of white mental health practitioners: A transtheoretical framework for understanding multicultural counseling competency. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, *16*(3), 352–361. <https://doi.org/10.1037/a0018694>

Desai, M. U., Paranamana, N., Restrepo-Toro, M., O'Connell, M., Davidson, L., & Stanhope, V. (2021). Implicit organizational bias: Mental health treatment culture and norms as barriers to engaging with diversity. *The American psychologist*, *76*(1), 78–90. <https://doi.org/10.1037/amp0000621>

Dillon, F. R., Odera, L., Fons-Scheyd, A., Sheu, H. Bin, Ebersole, R. C., & Spanierman, L. B. (2016). A dyadic study of multicultural counseling competence. *Journal of Counseling Psychology*, *63*(1), 57–66. <https://doi.org/10.1037/cou0000118>

Drinane, J. M., Owen, J., & Tao, K. W. (2018). Cultural concealment and therapy outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, *65*(2), 239–246. <https://doi.org/10.1037/cou0000246>

Dolev, T., Zilcha-Mano, S., Chui, H., Barrett, M. S., McCarthy, K. S., & Barber, J. P. (2018). The process of change in ethnic minority males undergoing psychodynamic psychotherapy: a detailed comparison of two cases. *Psychoanalytic Psychotherapy*, *32*(2), 157–180. <https://doi.org/10.1080/02668734.2017.1417323>

Gonzalez, J., Barden, S. M., & Sharp, J. (2018). Multicultural Competence and the Working Alliance as Predictors of Client Outcomes. *The Professional Counselor*, 8(4), 314–327. <https://doi.org/10.15241/jg.8.4.314>

Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielson, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying patients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 61, 155-163. doi:10.1002/jclp.20108

Hook, J. N., Davis, D. E., Owen, J., Worthington, E. L., & Utsey, S. O. (2013). Cultural humility: Measuring openness to culturally diverse clients. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), 353–366. <https://doi.org/10.1037/a0032595>

Hook, J. N., Farrell, J. E., Davis, D. E., DeBlaere, C., Van Tongeren, D. R., & Utsey, S. O. (2016). Cultural humility and racial microaggressions in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 63(3), 269–277. <https://doi.org/10.1037/cou0000114>

Ibrahim, F., & Heuer, J. (2016). Understanding acculturation and its use in counseling and psychotherapy. In A. Marsella (Ed.), *Cultural and social justice counseling* (pp. 77–98). http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-18057-1_4

Johnson, A., & Williams, D. J. (2015). White racial identity, color-blind racial attitudes, and multicultural counseling competence. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 21(3), 440–449. <https://doi.org/10.1037/a0037533>

Kang, E., & Maldonado-Aguñiga, S. (2020). Therapists' cultural comfort and clients' distress: An initial exploration. *Psychotherapy*, 58(2), 275–281. <https://doi.org/10.1037/pst0000331>

Kim, E., & Kang, M. (2018). The effects of client–counselor racial matching on therapeutic outcome. *Asia Pacific Education Review*, 19(1), 103–110. <https://doi.org/10.1007/s12564-018-9518-9>

Kwong, M. (2011). Achieving cultural competency in mental health training and practice. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 6(2), 76–84. <https://doi.org/10.1108/17556221111168922>

Lefforge, N. L., McLaughlin, S., Goates-Jones, M., & Mejia, C. (2020). A Training Model for Addressing Microaggressions in Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 70(1), 1–28. <https://doi.org/10.1080/00207284.2019.1680989>

Liao, K. Y., Weng, C. Y., & West, L. M. (2016). Social connectedness and intolerance of uncertainty as moderators between racial microaggressions and anxiety among Black

individuals. *Journal of counseling psychology*, 63(2), 240–246. <https://doi.org/10.1037/cou0000123>

Liu, W. M. (2017). White male power and privilege: The relationship between White supremacy and social class. *Journal of Counseling Psychology*, 64, 349–358. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000227>

Liu, W. M., Liu, R. Z., Garrison, Y. L., Cindy Kim, J. Y., Chan, L., Ho, Y. C. S., & Yeung, C. W. (2019). Racial trauma, microaggressions, and becoming racially innocuous: The role of acculturation and white supremacist ideology. *American Psychologist*, 74(1), 143–155. <https://doi.org/10.1037/amp0000368>

Majors, R. (2020). Black Mental Health and the New Millennium: Historical and Current Perspective on Cultural Trauma and ‘Everyday’ Racism in White Mental Health Spaces — The Impact on the Psychological Well-being of Black Mental Health Professionals. *The International Handbook of Black Community Mental Health*, 1–26. <https://doi.org/10.1108/978-1-83909-964-920201002>

Moleiro, C., Silva, A., Rodrigues, R., & Borges, V. (2009). Health and mental health needs and experiences of minority clients in Portugal. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 5(1), 15–24. <https://doi.org/10.1108/17479894200900003>

Morales, K., Keum, B. T. H., Kivlighan, D. M., Hill, C. E., & Gelso, C. J. (2018). Therapist effects due to client racial/ethnic status when examining linear growth for client- and therapist-rated working alliance and real relationship. *Psychotherapy*, 55(1), 9–19. <https://doi.org/10.1037/pst0000135>

Nagayama, G. C., Hall, A. H., YeeIbaraki, E., Huang, C., Marti, N., & Eric Stice, E. (2016). A meta-analysis of cultural adaptations of psychological interventions. *Behavior Therapy*, 47(6), 993–1014.

Neville, H., Spanierman, L., & Doan, B. T. (2006). Exploring the association between color-blind racial ideology and multicultural counseling competencies. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 12(2), 275–290. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.12.2.275>

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based*

responsiveness (pp. 3–21). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0001>

Sue, D. W. (2013). Race talk: The psychology of racial dialogues. *American Psychologist*, 68(8), 663–672. <https://doi.org/10.1037/a0033681>

Sue, D. W. (2004). Whiteness and ethnocentric monoculturalism: Making the “invisible” visible. *American Psychologist*, 59, 761–769. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.761>

Sue, DW, Bucceri, J., Lin, AI, Nadal, KL, & Torino, GC (2007). Microagressões raciais e a experiência asiático-americana. *Diversidade Cultural e Psicologia das Minorias Étnicas*, 13 (1), 72–81. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.13.1.72>

Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: implications for clinical practice. *The American psychologist*, 62(4), 271–286. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>

Sue, D. W., & Sue, D. (2008). *Counselling the culturally diverse: Theory and practice* (5th ed., p. 45). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Sue, D. W., & Sue, D. (2016). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (7th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. Sullivan

Ratts, M. J., Singh, A. A., Nassar-McMillan, S., Butler, S. K., & McCullough, J. R. (2016). Multicultural and social justice counseling competencies: Guidelines for the counseling profession. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 44(1), 28-48. doi: 10.1002/jmcd.12035

Rogers-Sirin, L., Melendez, F., Refano, C., & Zegarra, Y. (2015). Immigrant perceptions of therapists’ cultural competence: A qualitative investigation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(4), 258–269. <https://doi.org/10.1037/pro0000033>

Srivastava, R. (2008). The ABC (and DE) of cultural competence in clinical care. *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care*, 1(1), 27–33. <https://doi.org/10.1108/17570980200800005>

Owen, J. (2013). Early career perspectives on psychotherapy research and practice: Psychotherapist effects, multicultural orientation, and couple interventions. *Psychotherapy*, 50(4), 496–502. <https://doi.org/10.1037/a0034617>

Owen, J., Tao, K. W., Drinane, J. M., Hook, J. N., Davis, D. E., & Kune, N. F. (2016). Client perceptions of therapists' multicultural orientation: Cultural (missed) opportunities and cultural humility. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47, 30–37. <http://dx.doi.org/10.1037/pro0000046>

Owen, J., Tao, K. W., Imel, Z. E., Wampold, B. E., & Rodolfa, E. (2014). Addressing racial and ethnic microaggressions in therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(4), 283–290. <https://doi.org/10.1037/a0037420>

Owen, J. J., Tao, K., Leach, M. M., & Rodolfa, E. (2011). Clients' perceptions of their psychotherapists' multicultural orientation. *Psychotherapy*, 48(3), 274–282. <https://doi.org/10.1037/a0022065>

Owen, J., Imel, Z., Tao, K. W., Wampold, B., Smith, A., & Rodolfa, E. (2011). Cultural ruptures in short-term therapy: Working alliance as a mediator between clients' perceptions of microaggressions and therapy outcomes. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(3), 204–212. <https://doi.org/10.1080/14733145.2010.491551>

Tao, K. W., Owen, J., Pace, B. T., & Imel, Z. E. (2015). A meta-analysis of multicultural competencies in psychotherapy process and outcome. *Journal of Counselling Psychology*, 62(3), 337–350.

Watkins, C. E., Jr, Hook, J. N., Owen, J., DeBlaere, C., Davis, D. E., & Van Tongeren, D. R. (2019). Multicultural Orientation in Psychotherapy Supervision: Cultural Humility, Cultural Comfort, and Cultural Opportunities. *American journal of psychotherapy*, 72(2), 38–46. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20180040>

White, A. A., 3rd, Logghe, H. J., Goodenough, D. A., Barnes, L. L., Hallward, A., Allen, I. M., Green, D. W., Krupat, E., & Llerena-Quinn, R. (2018). Self-Awareness and Cultural Identity as an Effort to Reduce Bias in Medicine. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 5(1), 34–49. <https://doi.org/10.1007/s40615-017-0340-6>

Wilkins, C. L., Wellman, J. D., Babbitt, L. G., Toosi, N. R., & Schad, K. D. (2015). You can win but I can't lose: Bias against high-status groups increases their zero-sum beliefs about discrimination. *Journal of Experimental Social Psychology*, 57, 1–14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jesp.2014.10.008>

Yeo, E., & Torres-Harding, S. R. (2021). Rupture Resolution Strategies and the Impact of Rupture on the Working Alliance After Racial Microaggressions in Therapy. *Psychotherapy*, 58(4), 460–471. <https://doi.org/10.1037/pst0000372>