



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* EM PSICOLOGIA, AVALIAÇÃO E ATENÇÃO À SAÚDE

**ESTRATÉGIAS DECOLONIAIS DE ATENDIMENTO CLÍNICO A MULHERES
NEGRAS QUE APRESENTAM SINTOMAS DE ANSIEDADE**

Maeli Santos Calmon

Orientador (a): Jeane Tavares

Co-orientador (a):Rafael Coelho

Trabalho de Conclusão de Curso, em formato de artigo,
elaborado de acordo com as normas da revista “ ”

Santo Antônio de Jesus, 21 de maio de 2021.

Estratégias decoloniais de atendimento clínico a mulheres negras que apresentam sintomas de ansiedade

Maeli Calmon, Psicóloga formada pela UFRB (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia). Sob a supervisão da Professora Doutora Jeane Saskya Tavares, como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de Especialização em Psicologia, avaliação psicológica e atenção à saúde na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

Resumo: Este ensaio tem como objetivo propor, a partir da experiência clínica da psicóloga e primeira autora, estratégias decoloniais de atendimento clínico a mulheres negras que apresentam sintomas de ansiedade associados à interseccionalidade de gênero, raça e sexualidade, descrevendo vivências produtoras de sofrimento psíquico relatadas por mulheres negras em atendimentos clínicos individuais, identificando crenças, afetos e comportamentos referentes aos quadros de ansiedade relatados por estas mulheres afim de apresentar possibilidades de atuação a partir da abordagem teórica-metodológica proposta pela primeira autora.

Palavras chaves: decolonialidade; Interseccionalidade; sofrimento psíquico; racismo; machismo; lgbtfobia.

INTRODUÇÃO

A subjetividade é modelada por processos coletivos, institucionais e sociais que atravessam os indivíduos. Produzir subjetividades têm valor estratégico para o capitalismo em sua forma atual, pois permite que ele se instaure, se legitime e se reproduza. Quando se trata de organização social capitalista, é preciso apontar como o poder estabelecido nas instituições é capaz de utilizar de operadores sociais, como o racismo, para agregar indivíduos conforme seus aspectos físicos observáveis atribuindo a eles atitudes negativas, produzindo assim subjetividades e o nosso entendimento de sociedade (ZAMORA, 2012).

No Brasil, raça é um termo utilizado para caracterizar traços fenotípicos que diferenciam os grupos, sendo ela utilizada para determinar uma atitude de um grupo frente a outro, enquanto que, etnia é usada para designar culturalmente grupos humanos distinguindo os indivíduos por mútua identificação coletiva. Devido ao apagamento das características dos povos originários, no processo de miscigenação, a distinção de um grupo para outro passou a ser a partir dos traços fenotípicos estabelecendo uma escala comparativa de superioridade e inferioridade entre as raças branca, negra e indígena. O racismo consiste na ideia de que algumas raças são inferiores a outras, atribuindo desigualdades sociais, culturais, políticas, psicológicas à “raça” legitimando diferenças sociais a partir de um suposto viés biológico. (ZAMORA, 2012; FARO & PEREIRA, 2011).

A desigualdade no Brasil aponta para o racismo como um processo estruturante da sociedade que sistematiza os lugares ocupados socialmente e subjetivamente pelos negros. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) evidenciam a desigualdade social na participação da população preta e parda na economia brasileira. Em 2018, brancos ganhavam em média 73,9 % mais do que pretos ou pardos, além disso, ainda há uma marcante desigualdade no rendimento-hora entre essas duas categorias, na qual, a branca recebe um valor superior à população negra num montante de 45% à mais. Enquanto 16,4% da população branca estava entre os 10% com maiores rendimentos, apenas 5,0 % da população preta ou parda encontrava-se nessa mesma classe de rendimentos em 2018. Em contraposição os 10% com menores rendimentos, que abarcavam 13,5% da população preta ou parda diante de 5,5% da população branca. Em um cenário de perfeita igualdade racial haveria 10% das pessoas de cada grupo de cor ou raça distribuídas uniformemente pelas classes de rendimento. (IBGE, 2019)

Ao se tratar de linha da pobreza e fase do ciclo vital, em 2018, 42,3% das crianças estavam abaixo da linha, enquanto que para idosos (60 anos ou mais), esse percentual era de

7,5%. Já dentre pessoas de cor ou raça preta ou parda, o percentual era de 32,9%, ante 15,4% de pessoas de cor ou raça branca. Em relação à desocupação, a população negra chega a 6,1 pontos percentuais a mais do que a população branca no estado do Espírito Santo, no qual as diferenças entre raça e cor demonstram ser mais gritantes. (IBGE, 2019). Além das diferenças regionais, conforme visto nos dados sobre a pobreza monetária, alguns grupos populacionais também são mais afetados que outros na análise de restrições, sendo elas acesso à internet (23,9%), a saneamento básico (44,5%), educação (31,3%), condições de moradia (15,5%) e à proteção social (3,8%). Homens e mulheres pretos ou pardos têm restrições em maior proporção, quando comparados a homens e mulheres brancos, para todas as dimensões analisadas. (IBGE, 2019).

As iniquidades raciais impactam também nas condições de saúde, na carga de doenças e nas taxas de mortalidade de negras e negros de diferentes faixas etárias, níveis de renda e condições de moradias. Dessa forma, o racismo se mostra como um escopo da democracia no Brasil reduzindo a abrangência da cidadania, estando na base da sua criação, mantendo preconceitos ou estereótipos inferiorizantes acerca da diferença do outro justificando o tratamento desigual naturalizando as iniquidades geradas (WERNECK, 2016).

Tais disparidades expõe a população negra a condições deletérias ou elementos prejudiciais à saúde, ou seja, a iniquidade fomenta distintos padrões de vulnerabilização ao adoecimento e até mesmo à morte. Trata-se de uma maior probabilidade desses indivíduos serem alvos mais frequentes de fatores de estresse dos mais variados tipos (biológicos, psicológicos e sociais), o que impacta negativamente no perfil de saúde, o lugar ocupado socialmente, a partir da ótica do diferente, cria limitações fundamentais na vida dos indivíduos implicando em maiores ameaças diretas ou contingentes, o que afeta o senso de integridade individual e impacta incisivamente sobre a quantidade de estresse experienciada. (FARO & PEREIRA, 2011).

O entorno social e econômico de uma pessoa e as condições do ambiente interagem de maneira que influenciam os seus recursos psicológicos e atitudes de adaptação, influenciando na determinação da sua saúde física e mental. Nesse sentido, a população negra é exposta desproporcionalmente a estresse causado por episódios de preconceito e discriminação que também é gerador de eventos de violência física e simbólica, que produzem marcas psíquicas, ocasionam dificuldades e distorcem sentimentos e percepções de si mesmo. Os pretos vivem num estado de tensão emocional permanente de angústia e ansiedade com rasgos momentâneos dos distúrbios de conduta e do pensamento que os inquieta e faz sentir culpa. Essa situação

causa sintomas de ansiedade que incluem taquicardia, ataques de pânico, dificuldades de se abrir, depressão, hipertensão arterial, úlcera gástrica, alcoolismo e entre outros (SILVA, 2004).

É comum, considerando-se a falácia da democracia racial e negação do racismo ainda persistente no Brasil, que os efeitos do Racismo Estrutural não sejam facilmente identificados pelos sujeitos ou do estresse crônico que este pode causar na experiência cotidiana de microagressões, violência e discriminação. Pessoas negras podem, por exemplo, desenvolver estratégias compensatórias altamente disfuncionais, como exemplo, a reprodução de crenças negativas sobre si mesmo e contra seus semelhantes. Os cuidados com a saúde mental da população negra envolvem, portanto, a descoberta da negritude de maneira positiva, num processo de inversão de objeto que exige do profissional de psicologia habilidades e competências específicas para proteger a integridade psíquica e física do seu paciente, além de acompanhá-lo num doloroso processo de reestruturação de suas crenças e de sua identidade (TAVARES & KURATANI, 2019).

Para se oferecer este tipo de cuidado, dentre vários aspectos, é necessário que haja a descolonização da produção de conhecimento e técnicas da Psicologia. Isso implica em reconhecer que, como os demais campos de conhecimento que surgem a partir do século XIX, baseado no modelo de homem europeu, cristão, heterossexual e cisgênero, a Psicologia se constituiu como ciência pretensamente “neutra” propondo saúde mental a partir de um referencial de psiquismo tido como universal. Não apenas chancela como reproduz violência racial em suas práticas, ao invisibilizar da formação dos psicólogos teóricos negros como Neusa Santos, Frantz Fanon, Grada Kilomba, Juliano Moreira e entre outros que contribuíram fortemente com a perspectiva da atenção à saúde mental da população (PRESTES, 2020).

Outros pontos que precisam de atenção é com relação a intersecção entre gênero e sexualidade que são avenidas identitárias violentadas no processo de adequação exigida pelo padrão estabelecido e defendido socialmente desde os veículos mais amplos de informação até a construção da identidade desde a infância, que é o padrão cisgênero, branco, magro e heterossexual. Os sujeitos que destoam dessa norma social, assumem os riscos de serem jogados ao ostracismo ou terminantemente violentado de formas simbólicas ou explícitas, para que a diversidade sexual não exista. Existe uma resistência do conservadorismo legislativo, atualmente, para aprovar a PL 5003/01 que tinha como objetivo determinar “sanções às práticas discriminatórias em razão da orientação sexual das pessoas”, apresentada no Congresso em 2001, porém arquivada no Senado após oito anos sem aprovação; o crime de LGBTfobia é enquadrado atualmente como crime de racismo. O Distrito Federal 391 denúncias de violência contra pessoas LGBT de acordo com a Secretaria de Segurança Pública (SSP),

mas somente 39 ocorrências foram investigadas como homotransfobia na capital, ou seja, 8% do total. (GLOBO, 2020). Esse cenário de violência não é registrado oficialmente para que se possa pressionar por políticas públicas, e mais ainda, uma omissão que resulta no aumento de mortes por LGBTfobia.

A Gordofobia também é uma intersecção que pode ser observado cotidianamente, mas que especialmente se apresenta em um dos casos como determinante na autoestima e autoimagem construída a partir da associação de gordura com saúde que mascara a verdadeira face da violência que é a rejeição à corpulência e a diversidade dos corpos. A corpulência sempre existiu e durante algum tempo era sinônimo de saúde e beleza, no entanto entre o fim do século XVIII e início do XIX, a exigência de corpos ativos passou a ser a lógica predominante. Nesse mesmo período surgem perspectivas científicas, fórmulas de emagrecimento rápido e um aumento na negativização do corpo gordo. (MENEZES e et al, 2020)

Consideramos que é preciso desenvolver modelos clínicos que se adequem às características e necessidades dos grupos minoritários e os atravessamentos na subjetividade desses indivíduos que sofrem preconceito e discriminação social em relação à raça, identidade de gênero, orientação sexual, deficiência física, entre outros. Propomos a interlocução entre construções teóricas das ciências sociais, dentre elas o feminismo negro e a decolonialidade, com a clínica na abordagem da Terapia Cognitivo Comportamental, para propor formas de manejo clínico mediados pelo reconhecimento das opressões de gênero e raça na vida dos sujeitos. Neste sentido, este trabalho se justifica tanto pela escassez de produção científica no Brasil sobre a temática, como pela necessidade de produzir modelos de cuidado da saúde mental da população negra. Pretendemos que esta produção contribua para o rompimento com a negação do racismo e negligência no atendimento a esta população e para a proposição de práticas éticas, decoloniais e antirracistas nos âmbitos coletivo e individual.

O objetivo geral deste ensaio é propor, a partir da experiência clínica da psicóloga e primeira autora, estratégias decoloniais de atendimento clínico a mulheres negras que apresentam sintomas de ansiedade associados à interseccionalidade de gênero, raça e sexualidade. Especificamente pretende-se: Descrever vivências produtoras de sofrimento psíquico relatadas por mulheres negras em atendimentos clínicos individuais; Identificar crenças, afetos e comportamentos referentes aos quadros de ansiedade relatados por estas mulheres e que possam estar associados à interseccionalidade de opressões; Discutir limites e possibilidades da abordagem teórico-metodológica utilizada pela psicóloga para abordar os

efeitos destas experiências geradoras de sofrimento e fortalecimento subjetivo na prática clínica realizada pela autora.

MÉTODO

O ensaio pode ser compreendido como uma interpretação avaliativa sobre determinado caso, a partir da lógica do autor que se baseia em perspectiva teoria na qual é fundamentada. Este tipo de texto permite novas discussões e debates, instigando o posicionamento do leitor, oferecendo a ele maior liberdade para uma análise reflexiva. (SEVERINO, 2013)

No ensaio há maior liberdade por parte do autor, no sentido de defender determinada posição sem que tenha de se apoiar no rigoroso e objetivo aparato de documentação empírica e bibliográfica, como em outros tipos de trabalho. Escolhemos este formato pois exige rigor lógico e coerência de argumentação, sem as restrições comuns aos outros tipos de produção técnico-científica.

Em relação aos cuidados éticos, os nomes apresentados são fictícios e os casos foram alterados de maneira a não guardar relação com as pacientes atendidas servindo apenas para ilustrar a análise de situações de sofrimento racial que são frequentemente relatadas por mulheres negras.

A Clínica Decolonial e ansiedade

A colonialidade, a atualização da colonização, está relacionada à estrutura de poder que se mantém em funcionamento mesmo com o fim da colonização formal e que reelabora seus modos operantes de controle e de forma violenta à destruição cultural do outro, o não europeu, o colonizado. O pensamento decolonial, enquanto categoria política e epistemológica, tem lugar histórico na chamada América Latina, com o Grupo Modernidade/Colonialidade (M/C) – criado no fim da década de 1990 por intelectuais latinos que consideram que o paradigma eurocêntrico só poderá ser superado a partir de uma concepção de mundo considerando as lógicas dominantes a partir de três pilares correlacionados: a colonialidade do poder, do saber e do ser. Desta forma, o movimento Decolonial na América Latina, busca rerepresentar conhecimentos produzidos a partir da percepção dos grupos oprimidos, como narrativas de resistências. (BALLESTRIN, 2013)

O racismo e a violência de gênero e sexualidade historicamente têm mantido pessoas presas ao pensamento conservador e patriarcal que não só tem efetivamente violentado fisicamente como também psicologicamente. As consequências emocionais dessas constantes ameaças à integridade psíquica das mulheres negras desencadeiam medo constante e real dessas violências gerando sintomas de ansiedade e outros adoecimentos psíquicos.

Pesquisadoras feministas usam gênero como o modelo explicativo para compreender a subordinação e opressão das mulheres em todo o mundo, assumindo a categoria "mulher" e sua subordinação como universais. No entanto, gênero é antes de tudo uma construção sociocultural e, por isso, a categoria social "mulher" não é universal, e outras formas de opressão e igualdade estão presentes na sociedade.

Precisamos considerar a intersecção entre gênero, sexualidade e raça. Existe uma compulsão com relação à construção da sexualidade marcada por um determinismo expresso na corporeidade sendo para essa categoria um meio passivo sobre o qual se inscrevem significados culturais e serve como instrumento de determinação biológica desses papéis, reservando aos sujeitos todo tipo de violência para as inadequações circunscritas nesses corpos em caso de expressão diferente da determinação biológica. Ou seja, o feminino que não corresponde ao padrão social estabelecido do que se espera desse papel é violentado para a adequação, assim como o masculino que não corresponde aos estereótipos da masculinidade também o é (BUTLER, 2017).

Isso é explicado com o comportamento de negar a existência de subjetividades desviantes da norma social estabelecida como a população Lésbica, Gay, Bissexual, Transsexual, Transgênero, Queer e Intergênero ou não-Binário (LGBTQI+) que circunscreve e apresenta a sua identidade a partir da não- binarização do gênero, masculino e feminino, e da sexualidade heteronormativa. Em conjunto, essas violências configuram o que a ciências sociais chama de Interseccionalidade, ou seja, é necessário analisar quais condições estruturais que interseccionam os corpos marcados por identidades subalternizadas e dessa forma mulheres, negros, população LGTQI+ e deficientes possuem posições subjetivas que reorientam significados para esses por serem experiências modeladas por e durante a interação das estruturas cisheteronormativas e patriarcal (AKOTIRENE, 2018).

A racialidade é estabelecida para demarcar o estatuto de humano como sinônimo da branca redefinindo todas as demais dimensões humanas hierarquizando-as conforme a sua proximidade ou distanciamento da branca. Dessa forma, a branquitude é construída como um Ser e a negritude como o Outro. Essa forma de afirmação da burguesia institui o padrão desejável de beleza, forma de amor, sexualidade, moral correspondente e o corpo como

expressão de auto-afirmação onde se inscreve o valor social onde a sociedade fixa os seus sentidos, despejando sobre o corpo negro estigmas negativos que determinam os limites da sua própria existência. (CARNEIRO, 2005).

Por essa razão o Tornar-se negro se torna um pesado fardo acompanhado da negação dessa existência que aparece em forma de uma distorção da auto-imagem e sentimento de inferioridade circunscrita na autoestima e nos sentidos atribuídos a essa existência. Contribuindo, assim, com a formação subjetiva corrompida pelo fetiche da brancura e com o constante desejo encoberto de corresponder aos anseios sociais do que é construído como belo e desejável. (SOUZA, 2006) Para responder a esse processo os sujeitos desenvolvem o sentimento da raiva, que pode ser autoinfligido ou interiorizado ou expressado de maneira a contribuir com a imagem estereotipada pela sociedade branca da “mulher negra raivosa” ao apontar como as violências a violentam (LORDE, 1981), e mais ainda, num duro processo de interiorizar as violências resultando em um adoecimento psíquico.

É necessário, portanto, acolher e legitimar esse sofrimento e em seguida partir para um processo de empoderamento.

Ou seja, a condução articulada por diversos estágios de autoafirmação, autovalorização, autorreconhecimento e autoconhecimento de si mesmo e de suas mais variadas habilidades humanas, de sua história e principalmente de um entendimento quanto a sua posição social e político estimulando a autoaceitação de características culturais e estéticas herdadas pela ancestralidade negra, que lhe é inerente, possibilitando que esses indivíduos possam, conseqüentemente, valorizar o coletivo e dar a ele instrumentos de enfrentamento às violências que interseccionam o seu grupo identitário (BERTH, 2019).

Faz parte, portanto, da “clínica decolonial” proposta neste artigo um processo de Decolonização que traz à tona os processos sociais forjados por uma sociedade racista, heteronormativa e patriarcal, que aparecem no cotidiano, nas ações e vivências dos sujeitos e contribuem para um processo opressor que resultam em adoecimento. Após o processo de psicoeducação sobre os fatores sociais que atravessam os indivíduos e as suas identidades é necessário apresentar narrativas de resistências reconfigurando a visão do sujeito sobre si e

sobre a população negra. Resgatando o saber ancestral e a história de um povo oprimido e a sua contribuição social e positiva para a formação da nossa sociedade.

Dentre as várias manifestações de sofrimento decorrentes das experiências de opressão vividas por mulheres negras e que podem ser abordadas num modelo de clínica decolonial baseada na Terapia Cognitivo Comportamental, neste artigo destacaremos a ansiedade.

A ansiedade é definida por um medo exacerbado que gera sintomas físicos e fisiológicos que paralisam as pessoas. O medo é um estado neurofisiológico ativado mediante uma situação considerada perigosa ou ameaçadora para o organismo, já a ansiedade é um sistema mais complexo que pode ser provocado por um medo real ou imaginário e sem previsibilidade ou controle. É importante ressaltar que o medo excessivo toma muito tempo e energia e faz o indivíduo ter dificuldades para realizar suas atividades cotidianas causando prejuízos que podem variar entre moderado e leve. (CASTILLO, 2000)

Pessoas com sintomas de ansiedade também desenvolvem pensamentos distorcidos que podem se apresentar com as seguintes categorias: leitura da mente (presume saber o que o outro pensa), previsão de futuro de forma negativa; catastrofização, com a crença de que o fato poderá ser terrível e incapaz de suportar; subestima o que é positivo em si e no outro; supergeneralização com a percepção negativa sobre todos os aspectos da vida; pensamentos extremos de Tudo ou Nada; distorções dos episódios com pensamentos de como as coisas deveriam ser e não como elas são; personalização atribuindo de forma desproporcional a culpa para si; culpabilização do outro; arrependimentos excessivos; preocupação excessiva com o futuro; pensamento emocional em detrimento da racionalidade; incapacidade de apresentar evidências da sua teoria e o enfoque no julgamento ao invés de descrever, aceitar e entender (MULULU E ET AL, 2009; MARQUES & BORBA, 2016).

A base da teoria Cognitivo Comportamental está fundamentada no poder do pensamento sobre os sentimentos que quase sempre não é reconhecida pelos indivíduos. É uma abordagem orientada para o presente e que funciona por meio de aliança colaborativa entre o paciente e a terapeuta visando obter uma Reestruturação Cognitiva, ou seja, ajudar o paciente a identificar os pensamentos automáticos distorcidos, questionar as bases desses pensamentos à luz das evidências reais e construir alternativas para o enfrentamento. Essa técnica associada a técnicas de relaxamento, como a respiração diafragmática, reduz o autofoco da atenção nos pensamentos distorcidos, avalia a veracidade desses pensamentos, consequentemente

diminuindo o receio de demonstrar sintomas de ansiedade e reduz também as crenças negativas dos pacientes.

As respostas no tratamento para a ansiedade envolvem: normalizar as preocupações; reparar crenças e interpretações tendenciosas de aspectos preocupantes; eliminar a preocupação com a preocupação; possibilitar respostas de controle adaptativas à preocupação, eliminando os pensamentos disfuncionais; desenvolver a confiança na capacidade de resolver problemas; desenvolver o controle sobre a preocupação, aumentar o senso de segurança e autoconfiança para lidar com desafios futuros; aumentar a tolerância de resultados incertos e eventos futuros e as emoções negativas (MULULU E ET AL, 2009; MARQUES & BORBA, 2016).

Existe na Teoria uma técnica denominada autorrevelação, sendo este termo em 1958 por Jourard e Lasakow, e posteriormente como a revelação de informações pessoais significativas de uma pessoa para outra. O autor propunha que essa prática possui duas funções principais nas relações humanas: conectar-se melhor com os outros e compreender melhor a si mesmo; quanto mais íntimas forem se tornando as informações reveladas por um dos interlocutores, mais íntimas serão as informações reveladas pelo outro, estabelecendo assim a autorrevelação recíproca (JOURARD, 1971).

Ao avaliar o pensamento dos pacientes se faz necessário validar as experiências que desencadeiam os seus medos que são reais, como, por exemplo, os eventos de violência que envolvem opressões de gênero, raça e sexualidade. Através da psicoeducação, os pacientes podem avaliar os eventos racionalmente validando ou não as suas crenças e tirando de si a responsabilização, que as violências as atribuem, que não pertencem a elas e sim ao violentador. Reconhecer que se trata de processos sociais que não podem ser controlados por eles, retira o peso da culpabilização de vivências negativas e um elevado grau de aceitabilidade que possibilita uma maior segurança para lidar com as violências que desencadeiam ansiedade. Quando as pessoas são constantemente violentadas pela sua condição física, forjam crenças nos sujeitos que resultam em esquemas funcionando como uma lente de interpretação dos acontecimentos na sua vida produzindo inseguranças com a autoimagem, problemas de autoestima e autovalorização e uma fragilidade que pode resultar em sérios problemas psicológicos.

Vivências de sofrimento

Bianca, uma jovem negra residente de uma grande cidade, buscou por psicoterapia relatando crises de ansiedade. Nunca havia feito psicoterapia, embora tivesse passado por um médico psiquiatra que receitou a ela calmantes. Relatava episódios de crise em locais públicos e o pensamento automático de que ela iria passar mal e não teria ninguém para ajudá-la. Trata-se de uma jovem negra que trabalha como diarista em uma grande cidade. Ela relata casos constantes de racismo e exploração com os seus patrões e ao ser questionada sobre como se sentia diante das situações, ela afirmava sentir-se humilhada.

No texto “Humilhação social: humilhação política”, José Moura Filho fala sobre a Humilhação social enquanto fenômeno de tempo longo, ou seja, é um fenômeno de dominação que atinge alguém só depois de ter ancestralmente atingido sua família ou raça. O racismo é uma humilhação social e causa sempre o mesmo sentimento de humilhação, tal qual Bianca se sentia quando seus patrões não respeitavam horários, lhe pedindo favores fora do seu escopo de trabalho ou o resultado do seu trabalho. Embora seja um serviço como outros, o serviço doméstico é uma herança escravocrata que ainda não foi superada, geralmente são humilhadas constantemente.

Ela havia “passado mal”, segundo ela, no comércio onde ela trabalhava, em um horário de pico, ao ser muito requisitada pelos clientes, sendo inclusive xingada, ela começou a ter a primeira crise mais grave. Em outra situação num ônibus com um morador de rua, que tinha um mal cheiro muito forte, ela começou a se sentir mal com medo de não conseguir sair de lá, ficar presa a ele de alguma forma. Outra situação foi fazendo trabalho de diarista com uma mulher que ficou constantemente humilhando ela, dizendo que ela não trabalhou bem e antes disso ela tinha feito trabalho para a mãe da moça ao passo que a sua “patroa” comparou o trabalho dela feita nos dois lugares, e disse que a mãe dela concordava que ela não trabalhava bem.

Os episódios são marcados pela humilhação social de base racial além do silenciamento imposto diante da violência, ao passo que a retirada da máscara da democracia racial² tem consequências extremamente negativas para os sujeitos que denunciam ou contestam de alguma forma.

No entanto, romper com o silêncio pode ajudar a não sucumbir frente às violências como no caso de Tereza. Também moradora de uma grande cidade, funcionária de uma grande empresa, Tereza vivenciou momentos de terror psicológico provocado pela supervisora de setor em conjunto com outra colega de trabalho, em situações denunciadas posteriormente pela

mesma com a gerência administrativa a partir da associação trabalhista que representa a sua classe trabalhadora.

Tereza fala sobre esse episódio aos prantos, todo o abuso que sofreu em seu ambiente de trabalho, sendo humilhada por termos depreciativos, assim como comparação com coco e com macaco, como em um dado momento que sua supervisora dispara para ela “Macaco demora para entender o seu lugar não é!”. Os colegas do seu setor, coniventes com o racismo, passaram a reproduzir e desferir indiretas e maus tratos contra Tereza. Esta, mulher negra e pobre, era a funcionária exemplar que a empresa exibia como “Funcionária do mês”, mas ela acabou não sendo promovida, apesar disso.

Após algumas crises de ansiedade recorrentes, Tereza busca ajuda de uma psicóloga e uma psiquiatra. Ela conta que a psiquiatra até então havia lhe receitado remédio para dormir e para acordar, para se manter ativa durante o dia e produzir no trabalho e conseguir dormir, já que a mesma tinha insônia. Sua psicóloga nunca havia legitimado as suas vivências de racismo, e suas intervenções giravam em torno de apontar Tereza como “mulher forte” quando ela conseguia passar um dia sem crise de ansiedade. Por fim, essa profissional a abandonou sem encaminhamento, embora soubesse da urgência de cuidado que Tereza apresentava. Essa situação demonstra o quanto a mulher negra está suscetível a passar por mais violência até mesmo em locais onde deveria lhe oferecer cuidado.

Tereza passou por um longo processo de culpa e raiva após o seu adoecimento atribuído às vivências de racismo que sofreu. Constantemente, ela apontava a raiva das pessoas e a culpa por ter se permitido passar por tudo aquilo e não ter denunciado antes. Começou a ter crises de ansiedade com sintomas de sudorese, taquicardia e pensamentos automáticos auto depreciativos. Com o tempo o quadro evoluiu para choros excessivos, pensamentos suicidas e crises de pânico.

Segundo Kilomba em sua obra *Memórias de Plantação*³, a reação mais comum do racismo é o choque, que tem durabilidade que difere de uma pessoa para outra. É particularmente importante olharmos para os efeitos psicológicos e materiais dessa construção da “Mulher Forte” que a sua antiga terapeuta reforçava, atrelado ao mito da “mulher negra raivosa” como parte de um processo colonizador estrategicamente construído como ferramenta de silenciamento.

Essa raiva que sentimos diante de uma violência, é na verdade algo externo a nós, mas é construído socialmente como parte da nossa característica. A raiva tem uma conotação de uma falha individual, enquanto que, sendo fruto de uma violência social, a fonte é de algo que não pertence a nós, mas nos afeta por causa da sua intensidade. E a manifestação dessa raiva é transferida para o corpo em sinais de estresse e ansiedade. Em “Olho no olho: mulheres negras, ódio e raiva” Audre Lorde fala sobre essa raiva que sentimos fruto das opressões que funcionam com base no ódio, ou seja, hábito emocional ou disposição mental em que a aversão se une à agressividade; o ódio é um desejo de morte ao odiado (LORDE, 1983).

Rafaela é uma mulher negra e gorda que tem baixa auto-estima e insegurança, e relata ter crises de ansiedade diariamente. Sua família e ela tem uma relação boa, mas durante a psicoterapia ela identifica determinados incômodos que antes não percebia, a partir da identificação de microviolências. Em um dado momento, ela ouve de sua mãe um julgamento muito negativo, considerando-a preguiçosa, embora Rafaela se considere uma pessoa esforçada, sempre cumprindo as expectativas dos pais, mas pouco reconhecida, segundo ela.

Havia uma constante pressão dos pais para que perca peso, o que a faz se sentir pressionada a retornar para hábitos de transtornos alimentares, como a bulimia. Por ser uma mulher negra, ela também é colocada no lugar da mulher forte, pelas pessoas que fazem parte da sua vida cotidiana que inclusive tem reações de estranhamento quando a mesma está tendo crises de ansiedade, e com a intersecção das opressões ela reage com um comportamento de analisar tudo o que faz e fala para avaliar se fez e disse coisas que ela considera socialmente aceitáveis na sua interação com as pessoas; ela faz isso antes de dormir, o que a faz levar mais tempo para conseguir adormecer e acordar cedo, tendo o sono prejudicado. Possui, ainda um medo constante de ser ridicularizada, por ter passado por situações assim constantemente na escola e entre os pares durante a infância e adolescência, e para evitar essas situações ela segue um ritual internalizado de, nos momentos de reunião de amigos, manter o controle das temáticas conversadas para que assim ela não seja exposta a situações de constrangimento ao ser tema da conversação, ainda que entre pessoas que ela confie.

Em nossa sociedade, a imagem da pessoa gorda está associada a ser preguiçoso e sujo ainda que a pessoa não seja e se esforce em demonstrar não ser. A gordofobia distorce a imagem do sujeito pelos seus pares, o que provoca um sentimento de inadequação constante. Ela não se vê como uma pessoa bonita e isso foi construído socialmente. Os padrões sociais branco,

magro, cisgênero, heterossexual, são de maneira exigente, parte da nossa cultura e forma de pensar.

Samantha é uma jovem que começou a ter crises de ansiedade quando começou a almejar uma graduação que é muito concorrida e estudar muito. É uma pessoa que se apresenta muito insegura e ansiosa. Círculo de amizade com pessoas brancas, relacionamento amoroso afetivo com pessoa branca e está no processo de perceber como o racismo te atravessa. Ansiedade com relação ao futuro e uma constante projeção deste, mas se sente insegura com o curso por receio das experiências que pode ter por ser conceitualmente e historicamente um curso embranquecido, machista e elitista, ela sabe que não é questão de acesso, pois tem alguns privilégios com uma boa educação, mas se sente constantemente inferior por ser uma mulher negra. Desenvolveu estratégias de resistir à inferiorização do racismo com a autocobrança exagerada para alcançar as metas estabelecidas pela branquitude. O fato de ser uma mulher negra em um curso com o perfil de candidatos que destoa da sua imagem, a deixa insegura também com relação às violências que poderá viver na interação com essas pessoas, em especial o racismo com ênfase no silenciamento e ridicularização.

Ao escrever o livro “Tornar-se negro” a autora, Neusa Santos, considera a importância de representar o seu anseio de elaborar um conhecimento do negro sobre si mesmo. Durante toda a história civilizatória, a branquitude tem assumido o lugar legitimado de falar sobre o negro, construindo em torno dele uma narrativa de inferiorização e o lugar de rejeitado na sociedade.

Ao longo das sessões, muitas mulheres negras demonstram dificuldade de reconhecer a própria identidade, por estar constituída socialmente a partir da referência do *Eu*, que é o homem. Desde muito cedo as meninas começam a se preocupar com padrões estéticos de beleza pois isso historicamente está atrelado à preparação destas para um casamento; como o *Outro* sujeito que se referencia a partir do *Eu*, masculino. Essa crença binária colocada a partir da lógica patriarcal de dominação, no qual o homem é o centro de decisões familiares, vai se reproduzindo na educação das meninas e conseqüentemente mantendo um ciclo que se fortalece desde a gênese da sociedade Brasileira. Logo, as mulheres assumem o seu lugar atribuído socialmente de cuidadora, da casa, da família e até mesmo no trabalho, e dessa forma, elas possuem mais dificuldades de constituir a própria individualidade.

A sociedade escravagista ao transformar o africano em escravo destituiu dele a sua identidade, definindo o negro como raça, demarcando o seu lugar e instituindo o paralelismo entre a cor negra e a posição social inferior. Dessa forma, a autonomia com a qual o conhecimento sobre si, torna o sujeito dono de si mesmo, é atravessada pelos estereótipos criados na sociedade colonial, dificultando a auto-identificação do sujeito. Essa identificação inferiorizante perdura mesmo após a desintegração da sociedade escravagista e a categoria racial passa a exercer funções simbólicas (valorativa e estratificadora) que possibilita a distribuição dos indivíduos em diferentes posições na estrutura de classe. Essa estrutura pós-escravocrata enclausurou o negro liberto no papel do disciplinado, ou seja, dócil, submisso e útil. (SOUZA, 1983)

Ao falar sobre a influência da sociedade na sua identidade, a Bianca percebe que muito do que ela acredita ser certo e as verdades que possuía sobre si, tem influência da construção social, partindo de uma lógica colonialista, onde a sua existência é considerada inferior e submissa que precisa ser dócil para ser aceita e portanto aceitar dos outros a verdade deles, sobre ela. Sendo ela uma mulher negra, isso ainda se apresenta como um lugar do cuidado e do silêncio. Dificilmente as mulheres negras têm espaço para falar de si. Essa construção social no qual o negro está imerso, é marcada pela função de fragmentar a identidade, minar o orgulho e dismantellar a solidariedade do grupo negro. (SOUZA, 1983)

Ansiedade, Interseccionalidade e a Clínica Decolonial

Bianca fala que suas crises possuem como sintomas: sudorese, taquicardia, angústia, choro excessivo e medo de “dar tudo errado”. Ao ser questionada porque ela procurou por uma terapia, respondeu que tinha crises de ansiedade em lugares com muita gente, como o trem lotado, ou quando ela estava em lugares que ela não queria estar como na experiência com a patroa abusiva relatada acima.

A experiência como diarista intensificou a ansiedade e os pensamentos automáticos negativos de desamparo e perigo: “ninguém vai me ajudar e eu vou passar mal sozinha”. Os pensamentos automáticos são desencadeadores de crises e comportamentos disfuncionais, no entanto esses pensamentos não surgem sem nenhuma razão, mas sim da construção social que essa pessoa passou ao longo de sua história. Essa construção tem raízes na colonialidade, ou seja, em um sistema de dominação estabelecida desde o período da colonização até atualmente nos ofícios herdados do processo colonizador, como a profissão de diarista e empregada doméstica.

Nos episódios em que relata ter a crise de ansiedade, Bianca está sempre exposta a situações de racismo sendo humilhada pelo seu trabalho e silenciada por depender do emprego e pelo medo de sofrer represálias. Ela ouve tudo calada e como isso ocorre desde muito tempo, ela internaliza a imagem criada pelos seus algozes dela e assume para si essas características como ser preguiçosa, porca e não fazer o seu trabalho direito. Esse processo de silenciamento a torna um sujeito que não protesta pelos seus direitos e conseqüentemente adocece com a raiva que as humilhações provocadas nela.

Por tratar-se de uma mulher negra ela apresenta repressões de anseios e medo para sobreviver numa sociedade racista ainda sente a rejeição no próprio corpo. A exemplo disso, ela tem crises em grandes multidões e me disse uma coisa que despertou essa hipótese: “eu percebo quando alguém não gostou de mim ou do que eu disse muito fácil”. E já que as crises ocorrem em momentos nos quais ela sente rejeição e humilhação racial, a associação é de que o seu julgamento começa a partir do contato com os seus algozes, e a forma com a qual é tratada inicialmente, lhe dão sinais de que poderá sofrer alguma violência. Levando em conta de que os algozes demonstram seu desprezo por pessoas negras desde a forma de olhar ou falar, e que aprendemos na infância a característica que padroniza esse tratamento, sua ansiedade é desencadeada a partir da eminência de ocorrência das violências.

Como intervenção pode-se utilizar o Diálogo Socrático para questionar o seu pensamento automático que dispara as suas crises de ansiedade: “eu vou passar mal e ninguém vai me ajudar”. Esse pensamento pode estar relacionado ao desamparo aprendido característico da mulher negra devido ao mito socialmente construído da mulher negra forte, que imprime a essas figuras o lugar de despejo das violências sociais, desde as violências na saúde como a violência obstétrica ao tratamento atribuído a essas mulheres.

Bianca sente-se humilhada, mas carrega a culpa das vivências de violência. Embora ela percebas as injustiças, não consegue associar as situações a uma opressão coletiva de um grupo contra um outro grupo e a responsabilização por essas vivências a silencia e a impede de elaborar esses processos e seguir em frente. Ser questionada sobre os sentimentos despertados nas situações, permite que ela consiga relacionar a emoção de tristeza com a percepção da humilhação comumente presente nas violências raciais e de gênero.

Através do autorrelato, utilizo de situações de racismo vivenciadas pela terapeuta, ela passa a entender como o grupo racial negro tem estado em desvantagens nas relações sociais e que isso não se trata de situações isoladas ou individuais e é nesse processo de Conscientização

que ela começa a nomear as violências e passa então a identificá-las a cada vez que vivencia com uma postura mais isenta de culpa. Após algumas sessões, Bianca passa a apresentar com menor frequência as crises de ansiedade.

Tereza segue o mesmo padrão de docilização que Bianca sofreu com a formação da sua identidade. Passou por situações de racismo a vida toda, e era chamada, na infância por outras crianças, de macaca e feia; possuía uma dificuldade em se impor e determinar limites nas relações; sofreu racismo no ambiente de trabalho o que imprime a ela mais traumas relacionados ao racismo e um medo constante de passar novamente pelas situações. Por ser uma mulher, foi exposta a diversas situações de assédio sexual e relações abusivas. O medo da solidão expõe essas mulheres a relações amorosas tóxicas e o silenciamento sofrido ao longo da vida e se apresenta na dificuldade de romper com os ciclos de violência. Em uma das nossas sessões ela percebe o sentimento que os seus algozes, na empresa em que trabalhava, possuíam dela, o que confere às situações um caráter injusto por se tratar de uma dificuldade deles em lidar com as próprias questões e despejarem em Tereza as suas frustrações.

O processo de Conscientização é o primeiro passo para a Decolonização e para tal, é necessário possibilitar aos sujeitos a percepção da motivação do racista. A partir dessa lógica é possível que eles compreendam que é necessário não se culpabilizar pelas violências e entender que a opressão está para além da relação individual e envolve a manutenção do status quo do grupo opressor, ou seja, oprimir os negros é uma estratégia de pacto narcísico da branquitude de manter os próprios privilégios e se sentir bem com a sua própria insignificância.

Tereza relata que acreditava que se esforçar e trabalhar muito a protegeria de passar por essas situações de violação, pois é o discurso meritocrático que o capitalismo reverbera para não somente produzir massa de mão de obra que se qualifica, como também, de silenciar os violentados diante da violência, já que eles acreditam que se trata de situações individuais e pontuais que podem deixar de existir a partir do momento em que tiverem poder aquisitivo para ocupar os espaços embranquecidos e consumir tal qual os brancos. Daí a importância de falar sobre as violências, exemplificar as situações e fazer um movimento de psicoeducação para a construção da percepção da motivação do racista ao reproduzir as violências raciais. Tereza passa a ter sintomas mais leves ao longo desse processo e passa a encarar seus algozes com um olhar de desprezo.

Rafaela deixou a casa dos pais desde que foi morar fora para estudar, mas retorna à casa deles devido a Pandemia de Covid-19. Ela reclama da convivência e do medo de retornar a hábitos que ela já não utiliza mais para ceder às pressões do seu pai para emagrecer. Ao fazer o Diário de Alimentação, Rafaela se dá conta de que só faz duas refeições por dia e que a culpa que sente por não emagrecer se deve às pressões externas. Eu faço essa solicitação por observar que a mesma entra em um ciclo de auto ódio e culpa por um processo exigido socialmente como padrão de beleza confundido no discurso de saúde e cuidado, mas todo e qualquer sintoma de saúde e/ou mal estar é apontado como causa o seu peso e assim também reforçam que a mesma não perde peso por preguiça ou algo relacionado a responsabilização individual, como comer muito.

Suas crises de ansiedade recorrentes estão associadas a um medo e um sentimento de inadequação que a expôs a uma relação abusiva, mesmo sentindo o desconforto causado pelas humilhações que sofria dentro da relação, mas ao mesmo tempo sustentava um pensamento de que tinha sorte de ter conseguido alguém que a quisesse. Mais uma vez o discurso social de padronização dos corpos coloca a mulher negra e gorda no local de rejeição social e indigna de amor, além de forte, como em diferentes momentos o seu pai lhe cobra que assim ela o seja: uma mulher forte tal qual ele presume que ela seja. E dessa forma as inquietações anseios e receios de Rafaela são silenciados.

O manejo clínico da conscientização, nesse caso, envolveu ela ter a percepção das violências que lhe interseccionam, assim como compreender como os seus medos e anseios possuíam uma forte influência social baseada nas atitudes e falas gordofóbicas, machistas e racistas que estavam presentes no seu entorno. Como resultado, a paciente consegue identificar as violências vividas e não mais se culpabilizar por parte delas ou por não corresponder às expectativas sociais que são colocadas para ela.

Samantha é uma jovem negra insegura que se sente culpada pelos processos de silenciamento ao qual foi submetida e que acaba reproduzindo, nas situações em que é injustiçada, mas não consegue rebater e apenas aceita as situações. Após um longo processo de conscientização na psicoterapia, ela passa para o estágio de Empoderamento e passa a fazer enfrentamentos e a falar nas situações com as quais anteriormente ela se calaria e aceitaria.

Em uma situação de racismo em um restaurante ela não somente demonstra a sua indignação, como se queixa com o gerente sobre a atitude dos funcionários e relata em sessão, com muito orgulho de si mesma, dizendo se sentir muito aliviada por finalmente falar coisas

que já estava “entalada” a muito tempo, no entanto ela sempre teve medo de enfrentar. Livros como “O Perigo da História Única” de Chimamanda foram importantes no desenvolvimento deste novo repertório pois Samantha foi se identificando por compreender que a história fala sobre uma mulher negra que tem acesso à educação de qualidade, assim como ela, mas que ainda assim não é vista e tratada como uma pessoa que possui conhecimento, e isso a fez lembrar do episódio do restaurante no qual o racismo que ela sofreu partiu dos funcionários por estranharem o fato dela ser negra e ocupar um lugar de poder aquisitivo.

Ela se sente empoderada para falar e questionar, e eu lhe pergunto como ela se sente fazendo esses enfrentamentos já que ela mesma faz a comparação da Samantha de antes que ficaria calada e depois se sentiria culpada por permanecer lesada. No diálogo com a terapeuta há autorrevelação e compartilhamento de questões raciais históricas e políticas, pois importante que ela saiba sobre como o conhecimento está enviesado e de que ela se lembre, sempre que se sentir incapaz, que aquilo lhe foi implantado e forjado, mas que ela tinha muito conhecimento agora sobre si mesma e sobre a sua história.

Considerações finais

A Psicologia durante muito tempo ignorou o sistema de opressões como um fator indiscutivelmente produtor de adoecimento e parte da construção da identidade. Eis a necessidade de apresentar a interdisciplinar teórico metodológica Psicologia Decolonial utilizando da teoria da decolonialidade e leituras de intelectuais negros que teorizam sobre o impacto dessas relações juntamente com a Interseccionalidade na subjetividade de mulheres negras. A proposta teórico metodológica é de utilizar de instrumentos construídos a partir da necessidade de cada caso, a autorrevelação, a análise de conjuntura na psicoeducação para o desenvolvimento do processo de Conscientização e Empoderamento a partir da apresentação de dados factuais durante o atendimento clínico e análise da motivação dos violentadores, afim de desmistificar a responsabilização dos sujeitos violentados frente à violência além do acolhimento e compreensão do problema, validação das vivências de opressão e violência como determinante no desenvolvimento do rapport.

Conscientização como processo de fortalecimento e importante aliado na dissolução da culpa, da raiva e da insegurança. Empoderamento baseado no pressuposto de que a colonização e o capitalismo nos torna reféns desse sistema de buscar o padrão ideal de beleza omitindo a real contribuição negra na cultura e conseqüentemente influenciando na construção

de uma autoestima coletiva baixa que culmina com a identificação negativa desses sujeitos com a própria origem racial.

A Psicologia Decolonial está aliada aos pressupostos da TCC, no entanto, discorda do aspecto central da teoria no que diz respeito às Crenças. Apesar da TCC acreditar que a construção das Crenças possui viés de vivência individual de cada sujeito, a Psicologia Decolonial defende que a experiência coletiva das opressões é um fator determinante na construção dessas crenças. Não aprofundar no impacto da colonialidade na subjetividade é permitir que os pacientes permaneçam no sofrimento se sentindo responsáveis pelos traumas vivenciados e não avance no propósito de cuidado da Psicoterapia de construir juntamente com eles possibilidades de autonomia.

Referências:

- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. Editora Pólen; Coleção Feminismos Plurais, São Paulo, 2019, p 57- 75.
- BALLESTIN, L. **América Latina e o giro decolonial**. Revista Brasileira de Ciência Política, nº11. Brasília, maio - agosto de 2013, pp. 89-117.
- BENTO, M & CARONE, Y (org.). **Psicologia Social do Racismo: Estudos sobre a branquitude no Brasil**. 9º ed. Editora Vozes, Petrópolis, RJ, 2014, pp. 147- 163.
- BERTH, J. **Empoderamento**. P 49-111 Editora Pólen; Coleção Feminismos Plurais, São Paulo, 2019.
- BUTTLER, J. **Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade**. Editora Civilização Brasileira, col. Sujeitos & História 13 ed, pp. 17- 25. Rio de Janeiro, 2017.
- CARNEIRO, S. **Racismo, sexismo e desigualdades no Brasil**. Editora Selo Negro, São Paulo, 2011.
- CANTARUTTI, G. **Quando o terapeuta se abre: a autorrevelação e suas contribuições para a prática clínica**.
- CASTILLO, A. e et al. **Transtornos de ansiedade**. Revista Brasileira de Psiquiatria, vol 22, São Paulo, Dezembro de 2000.
- CHOR, D. & LIMA, C. **Aspectos Epidemiológicos das desigualdades raciais no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005.
- FARO, A. & PEREIRA, M. **Raça, Racismo e Saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse**. Estudos em Psicologia, 2011.
- FIGUEIREDO, D. & MORAIS, P. **LGBTfobia no Brasil: fatos, números e polêmicas**. Politize, 5 out. 2018. Disponível em:<https://www.politize.com.br/lgbtfobia-brasil-fatos-numeros-polemicas/>
- GALVÃO, W. **De 391 denúncias de violência contra LGBT's no DF, apenas 39 foram investigadas como homotransfobia em 2020**, aponta pesquisa. O Globo, 12 de maio de 2021. Disponível em:<https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2021/05/17/de-391-denuncias-de-violencia-contralgbts-no-df- apenas-34-foram-investigadas-como-homotransfobia-em-2020-aponta-pesquisa.ghtml>
- GIL, A. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. 6º ed, Editora Atlas. P. 27-57. São Paulo, 2008.

GONÇALVES, J. **Humilhação social: Um problema Político em Psicologia.** Psicol. USP [online], vol.9, n.2, pp.11-67. São Paulo, 1998.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais uma análise das condições de vida.** Rio de Janeiro, 2019.

JOURARD, S.M. **Self-disclosure: An Experimental Analysis of the Transparent Self.** New York: Wiley-Interscience. 1971

PRESTES, Clélia R. S.. Não sou eu do campo Psi? Vozes de Juliano Moreira e outras figuras negras. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, [S.l.], v. 12, n. Ed. Especi, p. 52-77, out. 2020. ISSN 2177-2770. Disponível em: <<https://abpnrevista.org.br/index.php/site/article/view/1112>>.

KILOMBA, G. **Memórias de Plantação: Episódios de Racismo cotidiano.** Editora Cobogó, 2008 pp 155- 160.

LORDE, A. **Usos da raiva, mulheres respondendo ao racismo** *Sister Outsider: Essays & Speeches by Audre Lorde* p. 124-133. 1961

MARQUES, E. & BORBA, S. **Como lidar com o transtorno de ansiedade generalizada na perspectiva da Terapia Cognitivo- Comportamental.** Revista Digital FAPAM, Pará de Minas, v.7, n.7, 82-97, dez. 2016.

MENEZEZ, C. & FERREIRA, R. & MELO, R. **“Imagina ela nua!”: Experiências de mulheres que se autodeclaram gordas.** Revista Estudos Feministas , vol.28, n.2. Santa Catarina, 2020.

MULULU, e et al. **Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social.** *Revista Psiq Clín.* 2009,

SEVERINO, Joaquim. **Metodologia do trabalho científico** . p. 1. ed. -- São Paulo : Cortez, 2013.

SOUZA, N. **Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social.** Edição GRAAL, Rio de Janeiro, 1983.

TAVARES, J. KURATANI, S. **Mulheres que se “Tornaram Negras”.** *Psicologia: Ciência e Profissão* v. 39, 2019.

ZAMORA, M. **Desigualdade Racial, racismo e seus efeitos.** Revista Psicologia, Rio de Janeiro, 2012.

WERNECK, J. **Racismo Institucional e Saúde da População Negra.** *Saúde Social*, São Paulo, 2016.