

A clínica racializada: reflexões de psicóloga(o) racializadas sobre o fazer clínico

The racialized clinic: reflections of racialized psychologists on clinical practice.

La clinique racialisée: réflexions de psychologues racialisés sur la pratique clinique.

Janderson Costa Meira¹

Vitória Maria Bassi Marques²

Resumo

Este ensaio tem como objetivo problematizar o fazer clínico em psicologia a partir das experiências de psicólogas/os/es racializadas(os), tensionando o mito da neutralidade que historicamente sustentou a clínica psicológica no Brasil. Ancorado em uma perspectiva crítica e situada, o texto parte da compreensão de que a clínica é atravessada por relações de raça, território e poder, constituindo-se como espaço político e ético. A partir do conceito de clínica racializada, os autores propõem uma reflexão que articula escrevivência, memória e implicação profissional como modos legítimos de produção de conhecimento, especialmente frente aos processos de epistemicídio que silenciaram saberes negros, indígenas e periféricos.

¹ Mestrando no Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFPR. Psicólogo pelo Centro Universitário Escola Superior Batista do Amazonas - ESBAM. Gestor de Recursos Humanos pela UNIP – Manaus. Membro do Grupo de Pesquisa em Psicologia Fenomenológico - Existencial (CNPq). Membro do Laboratório de Psicologia Fenomenológico — Existencial (LABFEN/UFAM). Supervisor do Projeto de Extensão Plantão Psicológico em escolas do sistema público de ensino em Manaus. Ex-Diretor acadêmico da Liga Acadêmica de Psicologia Fenomenológico-Existencial –LAPFE (FAPSI/UFAM). E-mail: jandersonmeiraa@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9145-6465>

² Psicóloga pela Universidade Tuiuti do Paraná. Pós-graduada em Psicologia Humanista: Abordagem Centrada na Pessoa pela Faculdade Facuminas. Pós-graduanda em Comportamento Suicida, Autolesão e Luto pelo Centro Educacional Novas Abordagens em Saúde Mental (CENAT). Ex-presidenta do Coletivo Eminência Negra, movimento negro formado dentro da Universidade Tuiuti do Paraná. E-mail: psi.vitoriabassi@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-6761-8910>

O ensaio dialoga com autoras/os/es que problematizam a colonialidade do saber e do ser, enfatizando que o sofrimento psíquico de sujeitos racializados não pode ser compreendido de forma dissociada das violências históricas, estruturais e simbólicas que atravessam suas existências. Ao longo do texto, são discutidos os limites de uma clínica fundada em modelos universalizantes e medicalizantes, bem como a necessidade de despatologizar experiências marcadas pelo racismo, pela exclusão e pelo luto coletivo. A escrevivência é mobilizada como gesto político e metodológico que permite reinscrever a partir do fazer clínico racializado como espaço de escuta implicada, cuidado coletivo e reencantamento da vida. Ao recusar um fechamento conclusivo, o artigo afirma a clínica racializada como prática em permanente construção, convocando a psicologia a ampliar suas epistemologias, seus referenciais e seus modos de formação, de modo a sustentar uma clínica comprometida com a vida, a memória e a continuidade dos povos historicamente marginalizados.

Palavras-chave: Clínica racializada; Escrevivência; Psicologia; Epistemicídio.

Abstract

This essay aims to problematize clinical practice in psychology based on the experiences of racialized psychologists, challenging the myth of neutrality that has historically underpinned psychological practice in Brazil. Anchored in a critical and situated perspective, the text starts from the understanding that clinical practice is traversed by relations of race, territory, and power, constituting itself as a political and ethical space. Based on the concept of racialized clinical practice, the authors propose a reflection that articulates lived experience, memory, and professional involvement as legitimate modes of knowledge production, especially in the face of the epistemicidal processes that have silenced Black, Indigenous, and marginalized knowledge. The essay engages with authors who problematize the coloniality of knowledge and being, emphasizing that the psychic suffering of racialized subjects cannot be understood in isolation from the historical, structural, and symbolic violence that permeates their existences. Throughout the text, the limits of a clinic founded on universalizing and medicalizing models are discussed, as well as the need to depathologize experiences marked by racism, exclusion, and collective grief. "Escrevivência" (a term coined by the author, roughly translating to "writing from lived experience") is mobilized as a political and methodological gesture that allows for rewriting from racialized clinical practice as a space of implicated listening, collective care, and re-enchantment of life. By refusing a conclusive closure, the article affirms racialized clinical practice as a practice in permanent construction, calling on psychology to broaden its epistemologies, its referential frameworks, and its modes of training, in order to sustain a clinical practice committed to the life, memory, and continuity of historically marginalized peoples.

Keywords: Racialized clinic; "Escrevivência"; Psychology; Epistemicide.

Résumé

Cet essai vise à problématiser la pratique clinique en psychologie à partir des expériences de psychologues racialisés, remettant en question le mythe de neutralité qui a historiquement sous-tendu la pratique psychologique au Brésil. Ancré dans une perspective critique et située, le texte part du principe que la pratique clinique est traversée par des relations de race, de territoire et de pouvoir, se constituant ainsi en un espace politique et éthique. À partir du concept de pratique clinique racialisée, les auteurs proposent une réflexion qui articule l'expérience vécue, la mémoire et l'engagement professionnel comme modes légitimes de production de savoir, notamment face aux processus d'épistémicide qui ont réduit au silence les savoirs des personnes noires, autochtones et marginalisées. L'essai dialogue avec des auteurs qui problématisent la colonialité du savoir et de l'être, soulignant que la souffrance psychique des sujets racialisés ne peut être comprise indépendamment de la violence historique, structurelle et symbolique qui imprègne leur existence. Tout au long du texte, les limites d'une clinique fondée sur des modèles universalisants et médicalisants sont discutées, ainsi que la nécessité de dépathologiser les expériences marquées par le racisme, l'exclusion et le deuil collectif. « Escrevivência » (un terme forgé par l'auteure, que l'on pourrait traduire par « écriture à partir de l'expérience vécue ») est mobilisée comme une démarche politique et méthodologique permettant de réécrire la pratique clinique racialisée, envisagée comme un espace d'écoute engagée, de soin collectif et de réenchantement de la vie. En refusant toute conclusion définitive, l'article affirme que la pratique clinique racialisée est une pratique en construction permanente, invitant la psychologie à élargir ses épistémologies, ses cadres de référence et ses modes de formation, afin de soutenir une pratique clinique ancrée dans la vie, la mémoire et la continuité des personnes historiquement marginalisées.

Mots-clés: Clinique racialisée ; « Escrevivência » ; Psychologie ; Épistémicide.

Introdução

A clínica psicológica, tantas vezes apresentada como espaço neutro, é, na verdade, atravessada por histórias, corpos e territórios. A ideia de neutralidade, tão cara à psicologia moderna, é um mito tecido à imagem do sujeito branco, masculino, elitista, urbano cisheteronormativa, etc. No Brasil, essa ciência se ergueu sobre alicerces eurocêntricos, enquanto silenciava as experiências negras, indígenas e periféricas que também tecem o humano (Carneiro, 2003; Gonzalez, 1988). A clínica, nesse cenário, foi se tornando um

espelho que reflete apenas uma parte do mundo, aquela que cabe nas molduras do poder. Pensar a clínica a partir da raça e do território é, portanto, um gesto de desobediência. É admitir que todo ato clínico é também político. É perceber que escutar não é apenas técnica, mas posicionamento.

A escrevivência, como propõe Conceição Evaristo (2020), irrompe aqui como verbo e método. Escrever e viver se fundem quando psicólogas e psicólogos racializados narram suas próprias travessias, transformando a dor em linguagem, e a linguagem em cura. Suas vozes não falam de fora da teoria, são a própria teoria encarnada. Nessa escrita-corpo, o cotidiano deixa de ser ruído e passa a ser saber, abrindo brechas para epistemologias do cuidado que escapam aos manuais (Souza, 1983; Piedade, 2017). A escuta, quando feita desde o corpo que sente e pensa o território, torna-se gesto político de sobrevivência e re-existência.

Refletir sobre a clínica racializada é mover o eixo ético da psicologia: de uma prática que observa, para uma prática que se implica. A clínica, mais que um espaço, é encruzilhada. Cada escuta se dá entre mundos. Cada silêncio carrega a memória do que foi negado. A prática psicológica, ao ser atravessada por raça, gênero e território, precisa reconhecer suas heranças coloniais, não como passado, mas como presença insistente. Escutar é, nesse sentido, confrontar fantasmas: os da ciência que quis ser neutra, e os do país que ainda não quis se ver.

Frantz Fanon (1952/2008) já havia desnudado o modo como o colonialismo se infiltra na psique, instaurando feridas que atravessam gerações. Sua obra nos ensina que não há cura possível sem libertação e que o terapeuta, ao escutar, precisa reconhecer também sua própria posição no jogo das forças coloniais. Ailton Krenak (2019), por outro caminho, convoca a psicologia a reatar seus laços com o coletivo, com o espiritual e com o território. Ele nos lembra que ser humano é também ser rio, floresta, memória. Que cuidar é estar em relação.

As reflexões de Sueli Carneiro (2003) e Lélia Gonzalez (1988) alargam esse horizonte ao revelar o racismo como eixo de produção do conhecimento. A branquitude, ao se fazer

norma, construiu uma psicologia que fala de todos, mas que não escuta ninguém. Sob essa lente, a clínica não pode mais se sustentar sobre a ilusão da universalidade. Escutar o sofrimento racializado é reconhecer as feridas epistêmicas que marcam o próprio fazer psicológico, feridas que pedem cura, mas também memória.

Sarah Ahmed (2017) e Gloria Anzaldúa (1987) nos lembram que corpos marginalizados pensam desde a dor e desde a fronteira. A fronteira, aqui, não é ausência: é lugar de invenção. É o entre-lugar de onde nasce uma nova sensibilidade, uma escuta que não busca fixar, mas mover. Escutar, nesse horizonte, é dançar com o silêncio. É permitir que a fala se faça mesmo quando a língua do poder ainda não tem palavras para nomeá-la.

Na dobra desse pensamento, Mariana Ortega (2016) e Gayatri Spivak (1988) tensionam o próprio conceito de sujeito. Elas nos convidam a pensar o ouvir como gesto político: escutar o subalterno é sustentar a opacidade do que não se traduz. É permitir que a diferença não precise ser explicada para existir. É acolher o não dito como parte do mundo.

As proposições de Geni Núñez (2017/2021), Cida Bandeira (2021) e Carla Akotirene (2019) iluminam caminhos de uma clínica que reconhece a interseccionalidade não como conceito abstrato, mas como ética do cuidado. Cuidar, nesses termos, é gesto que envolve corpo, história e coletividade. É reconhecer que o terapeuta também é território, que escutar o outro é também escutar o chão que se pisa, as vozes que nos antecedem, as lutas que nos sustentam.

Pensar a clínica como espaço racializado é, então, reconhecer que ela não existe fora das relações de poder que a moldam. É admitir que cada gesto clínico carrega uma história. Que cada escuta é também uma escolha política. A escuta psicológica só pode ser verdadeiramente transformadora quando se deixa atravessar pelas vozes silenciadas da história, quando abandona a pretensão de pureza e se deixa contaminar pela vida. A vida que pulsa fora dos manuais. A vida que insiste em ser dita, mesmo quando o saber tenta calá-la.

Optamos, neste ensaio, por uma escrita mais fluida e acessível como gesto ético e político de descolonização do próprio saber. A escolha por uma linguagem que dialogue

também com pessoas fora do meio acadêmico e da psicologia não representa abandono de rigor ou perda de cientificidade, mas afirma outra forma de rigor, comprometida com a vida concreta e com os corpos que historicamente foram afastados da produção do conhecimento. Ao contrário do que sustentam perspectivas clássicas que associam ciência a um estilo hermético e restritivo, entendemos que a clareza e a abertura da escrita ampliam o alcance do pensamento e sustentam sua densidade. Este ensaio se constrói, assim, em diálogo com autoras e autores que tensionam os limites da clínica e da psicologia, abrindo caminhos para pensar uma clínica racializada ainda em construção, marcada pela amplitude de experiências e pela aproximação entre corpos que compartilham atravessamentos culturais, históricos e afetivos, reconhecendo que corpos racializados tendem a encontrar ressonância e possibilidade de cuidado no encontro com outros corpos que vivenciam sofrimentos semelhantes.

1. Clínica racializada

A palavra clínica nasce do grego *klinē*: o leito. É o lugar onde o corpo se deita e onde outro corpo se inclina como gesto de escuta, inclinação e presença. Desde então, a clínica carrega a imagem de alguém que se aproxima do sofrimento alheio não para dominá-lo, mas para habitá-lo junto, como recordam Doron e Parot (1998) ao descreverem a origem médica e relacional do termo. No campo da psicologia, essa inclinação ganha novo nome no final do século XIX, quando Lightner Witmer propõe uma prática voltada ao cuidado dos modos de viver e adoecer uma “arte da atenção” que, séculos depois, seria apropriada por diferentes tradições terapêuticas (Jacó-Vilela, 2018). No Brasil, porém, a clínica adquire contornos próprios: mistura de ciência e corpo, de história e território. Aqui, o ato de cuidar não começou nos consultórios, começou nas mãos que benzem, nas ervas, nas rezas, nas casas que acolhem antes mesmo que a palavra “terapia” existisse.

Quando, em 1962, o Estado reconhece oficialmente a profissão, legitima também um modo de escuta ancorado em outra tradição: branca, universitária, urbana, elitista. É sobre

essa herança que a psicologia brasileira se ergue, sustentando ainda hoje os ecos de um olhar colonial que estrutura quem fala e quem escuta. Como argumenta Ecker (2021), pensar a clínica é pensar o que nela se tece entre o técnico e o vivido, entre o saber e a experiência de reconhecer que o terapêutico não se separa da história. Pesquisas de Damasceno e Zanello (2018/2022) mostram que a psicologia clínica no país permanece hegemonicamente branca e de classe média, o que revela o quanto o silêncio racial atravessa a formação e a prática. Revisitar o que chamamos de clínica é, então, reabrir sua pergunta fundadora: quem é o corpo que se deita, e quem é o corpo que se inclina? Entre esses dois corpos, pulsa o país e suas ausências. E é nesse espaço que talvez comece o trabalho de descolonizar a escuta, uma escuta que se faz também memória, gesto e restituição.

A história da psicologia clínica no Brasil é também a história de uma exclusão. Nascida sob a sombra das universidades coloniais e das epistemes europeias, ela se constituiu como uma prática de escuta que falava português, mas pensava em francês. Desde o início, o sujeito da clínica foi o mesmo sujeito da modernidade branco, urbano, masculino, descolado de seu território. Como observa Jacó-Vilela (2018), a institucionalização da clínica se deu a partir de modelos importados, adaptados às condições locais, mas sem romper com a matriz racial e de classe que estruturava o saber psicológico. Esse deslocamento colonial fez com que a escuta se tornasse, muitas vezes, um espaço de reprodução do silêncio: o sofrimento negro e indígena não cabia nos manuais de psicopatologia, nem nas cadeiras da academia.

Neusa Santos Souza (1983) foi uma das primeiras vozes a descrever o que essa ausência produz: um sujeito que só pode se reconhecer através do olhar do outro. Tornar-se negro, para ela, é um processo de dor e reinvenção, um vir a ser, um gesto de descolonização subjetiva que a clínica precisa aprender a sustentar. Lélia Gonzalez (1988) complementa essa leitura ao afirmar que a branquitude brasileira criou uma “neurose cultural” que apaga a presença negra de sua própria história e esse apagamento atravessa também o campo do cuidado psicológico. O Conselho Federal de Psicologia - CFP (2017) reconhece esse ponto

quando declara que o racismo é uma forma de violência estrutural que incide diretamente sobre a saúde mental, exigindo práticas clínicas antirracistas. Escutar, nesse contexto, é mais que técnica: é gesto político. E talvez seja nesse gesto que a clínica reencontre sua vocação, não como espaço neutro de correção, mas como território de re-existência, onde a palavra se mistura à pele e o silêncio se converte em testemunho.

O sofrimento que chega à clínica não vem sozinho. Ele carrega séculos de expropriação, deslocamento e silêncio e por isso não pode ser entendido como um fenômeno apenas intrapsíquico. Frantz Fanon (1952/1986) já anuncia que a dor do sujeito colonizado não nasce dentro dele, mas é projetada de fora, na violência que o obriga a se enxergar como inferior. Em *Pele Negra, Máscaras Brancas*, Fanon descreve como a colonialidade penetra na carne, transformando o corpo em fronteira e o olhar em ferida. Esse sofrimento, que é histórico e coletivo, atravessa gerações e se reinventa nas narrativas contemporâneas de racismo e exclusão. Faustino (2019) lembra que a clínica, quando ignora a estrutura colonial do sofrimento, corre o risco de patologizar o trauma histórico, tratando como sintoma individual aquilo que é, na verdade, expressão de uma violência social repetida.

No Brasil, essa estrutura se reproduz de forma particular. Pesquisas recentes, como a de Santos et al. (2023), mostram que profissionais da psicologia identificam o racismo como uma das principais causas de sofrimento psíquico entre pessoas negras, tanto por suas experiências diretas quanto pela interiorização do olhar racializado. Smolen e Araújo (2017), em revisão sistemática, demonstram que a população não branca apresenta índices significativamente maiores de transtornos mentais, o que confirma que a desigualdade racial é também uma desigualdade em saúde mental. O que a clínica escuta, portanto, não é apenas a dor de um indivíduo, mas o eco de uma história que se repete nas frestas do corpo. O sofrimento racializado não é um desvio; é o testemunho de uma sociedade que ainda não elaborou seu próprio trauma colonial. Reconhecê-lo é o primeiro gesto clínico de descolonização.

A neutralidade é um mito confortável. Um mito que protege o clínico da vertigem de reconhecer-se parte do mesmo tecido que escuta. A psicologia moderna ergueu-se sobre a promessa de objetividade: o olhar que observa sem ser visto, a escuta que analisa sem se afetar. Mas, como recorda Neusa Santos Souza (1983), nenhum olhar é inocente. A cor da pele, o sotaque, o território de onde se fala, tudo participa da escuta e a molda. No Brasil, onde o racismo é estruturante, a pretensão de neutralidade torna-se cumplicidade. O Conselho Federal de Psicologia (2017) reconhece isso ao afirmar que o racismo constitui uma grave violência que incide sobre a saúde mental e que o compromisso ético da psicologia é enfrentá-lo, não silenciá-lo. A neutralidade, nesse sentido, é apenas a forma polida do silêncio.

Gouveia e Zanello (2019) analisam como a clínica tradicional reproduz a branquitude como norma de humanidade, transformando a diferença racial em desvio. O consultório, pensado como espaço “universal”, é, na verdade, um lugar onde se encenam as hierarquias sociais do país. O corpo do psicólogo, frequentemente branco e de classe média, é tomado como padrão de equilíbrio, enquanto os corpos negros e indígenas continuam a ser vistos como “marcados”. O que chamamos de escuta neutra é, muitas vezes, a recusa de escutar o outro em sua alteridade radical. Escutar racialmente é deixar que o outro altere também quem escuta, é ser deslocado da própria brancura, do próprio conforto epistemológico. Por isso, a clínica racializada não busca neutralidade, mas presença: estar diante do outro com a consciência de que, entre nós, atravessa a história inteira de um país que ainda não aprendeu a se ouvir, que continua “marcando” seus corpos todos os dias.

A clínica racializada se aproxima da palavra como quem toca uma ferida: com cuidado, mas também com coragem. Escutar o outro é, muitas vezes, escutar histórias que o mundo tentou apagar, e escrever sobre elas é uma forma de devolver existência ao que foi silenciado. Conceição Evaristo (2005) chama esse gesto de escrevivência: uma escrita que nasce do corpo e da memória, que não apenas narra, mas reinscreve o sujeito no mundo. O que Evaristo faz com a palavra, a clínica pode fazer com a escuta. Ambas são práticas de sobrevivência e, mais do que isso, de insubmissão. Carla Akotirene (2018) afirma que toda

escrita e toda escuta que se pretendem neutras são, na verdade, dispositivos de poder que mantém as hierarquias coloniais. A escrevivência clínica, então, é um modo de romper esse pacto de silêncio: uma forma de devolver à experiência negra e indígena sua dimensão de saber.

Geni Núñez (2017/2021) propõe que a psicologia precisa se reencantar com os corpos, entender o sofrimento não apenas como dor, mas como linguagem ancestral. O corpo, para ela, é território de memória e de espiritualidade, lugar de travessia, onde o cuidado não se separa da política. Cida Bandeira (2021) amplia esse horizonte ao defender uma “psicologia preta” que não se contenta em incluir a negritude como tema, mas que se funda nela como epistemologia, afirmando que o cuidado é também um ato coletivo. Nesse encontro entre escrevivência e clínica, o que se escreve e o que se escuta se confundem: cada relato torna-se espelho, cada silêncio, tradução. A clínica, assim, se torna escrita viva, não sobre o outro, mas com o outro e é nesse com que mora a possibilidade de cura.

Toda clínica começa no corpo. Não no corpo biológico, mas no corpo que sente, lembra e resiste. Quando nos aproximamos de alguém que sofre, o que primeiro se aproxima não é o olhar nem a teoria, é o corpo que vibra, que se inquieta, que reconhece. Ailton Krenak (2019) nos lembra que a humanidade só se torna possível quando reconhece sua pertença à Terra; quando deixa de pensar o corpo como fronteira e o entende como extensão do rio, da árvore, da montanha. Na clínica racializada, esse pensamento ecoa: escutar o outro é escutar também o território que o sustenta e o feriu. Vilma Piedade (2017), ao conceber a “dororidade”, cria um idioma afetivo que conecta os corpos de mulheres negras pela partilha da dor e da potência, através do Feminismo Dialógico Interseccional, Piedade (2017) pontua a importância do Feminismo Brasileiro falar sobre o racismo, sobre o reconhecimento dos corpos negros femininos em sua luta. O corpo, em sua leitura, é uma ponte de reconhecimento e de cura de um território que não se fecha em si, mas se abre para o coletivo.

Sara Ahmed (2017) acrescenta que o corpo é também arquivo: ele carrega no gesto, no cansaço e na postura as marcas do mundo que o molda. Cada inclinação do clínico diante

do outro é também uma recordação de onde ele próprio se situa. Não há escuta que não seja encarnada, não há palavra que não atravesse a pele. A clínica, nesse sentido, deixa de ser um espaço mental e torna-se um lugar corpóreo: nela se respiram as memórias coloniais, os silêncios herdados, os traumas que se fazem músculo. Escutar é permitir que o corpo fale e é nesse falar que começa a transformação. O corpo não é o limite da clínica: é o seu chão.

Escutar é, antes de tudo, restituir. Restituir o que foi negado, o que foi arrancado, o que o tempo e o poder tentaram apagar. Na clínica racializada, a escuta deixa de ser um instrumento e se torna um gesto de reparação: ouvir é devolver corpo à palavra e memória à vida. Neusa Santos Souza (1983) afirmava que o sujeito negro é forçado a se reconhecer através do olhar do outro — um olhar que o nega, o fragmenta, o desumaniza. Escutar, nesse contexto, é sustentar a presença daquele que foi forçado a existir sob máscaras. É oferecer um espaço onde o olhar se desfaça e a voz possa se refazer. Lélia Gonzalez (1988) dizia que o racismo brasileiro se disfarça de cordialidade, tornando o silêncio uma forma de violência. A escuta clínica, portanto, não pode se contentar em acolher: ela precisa desenterrar.

Gayatri Spivak (2010) pergunta: “Pode o subalterno falar?” — e sua provocação ecoa no consultório brasileiro como uma ferida aberta. Se a fala do sujeito racializado é constantemente mediada por estruturas de poder, escutar é, também, aprender a calar o próprio privilégio. O CFP (2017) reforça essa implicação ao afirmar que o racismo é uma forma de trauma coletivo e que o compromisso ético da psicologia é com a transformação das condições que o produzem. Escutar é, então, uma prática de restituição: um modo de devolver o direito à existência narrativa. A clínica, quando racializada, se torna espaço de tradução onde a dor se transforma em palavra e a palavra em mundo. É nesse entre o ouvir e o devolver que o cuidado se faz político.

Além disso, na clínica racializada, falar é um risco e um renascimento. Toda palavra pronunciada por quem foi historicamente silenciado carrega a força de uma travessia. Djamila Ribeiro (2017) lembra que “lugar de fala” não é privilégio, mas o reconhecimento de que toda voz nasce de um corpo situado no mundo; e que o que chamamos de universal é,

quase sempre, o eco de um único corpo autorizado a falar. Na escuta clínica, o lugar de fala se torna também o lugar de cura: é o espaço onde o sujeito pode finalmente nomear o que antes só se sentia como ausência. Gloria Anzaldúa (1987), ao escrever *Borderlands/La Frontera*, transforma o ato de falar em travessia uma língua mestiça, feita de feridas e de mundos que se tocam. Sua escrita revela que entre o silêncio e a palavra existe uma fronteira viva, onde habita o corpo que fala a partir da dor.

Mariana Ortega (2016) amplia esse horizonte ao propor o conceito de “multicentralidade”, segundo o qual o sujeito racializado e feminino não fala de um único lugar, mas de múltiplas margens. Essa multiplicidade é, ela mesma, resistência. Na clínica, cada fala é uma costura entre passado e presente, entre o que se herdou e o que se reinventa, entre o que está enraizado na pele e o que ainda será raiz. Escutar o lugar de fala é permitir que o sujeito traduza o indizível e, ao fazê-lo, reordene o mundo. O silêncio, então, deixa de ser ausência e se torna potência: o intervalo onde a palavra amadurece antes de nascer. A clínica, nesse entre, torna-se um espaço de invenção onde o falar é também um modo de existir e resistir.

Toda clínica acontece na fronteira. Entre mundos, entre línguas, entre histórias que raramente se escutam. Gloria Anzaldúa (1987) ensina que viver na fronteira é habitar o entre, é fazer do próprio corpo um território de passagem, onde a dor e o desejo se encontram para inventar novas formas de existir. Essa imagem ecoa na clínica racializada: o consultório deixa de ser um lugar de pureza metodológica para se tornar espaço de mestiçagem, onde as epistemes do Sul se entrelaçam com os restos do pensamento colonial. Lélia Gonzalez (1988) já nos lembrava que a cultura brasileira é feita de encruzilhadas e que nelas habita a possibilidade de uma psicologia amefricana, atravessada por orixás, quilombos e memórias da diáspora. A mestiçagem, aqui, não é mistura ingênua, mas campo de disputa: nela se decide quem pode falar e o que pode ser escutado.

Nego Bispo (2019) nos oferece uma imagem para essa clínica fronteiriça: o “transbordamento”. Para ele, o pensamento do colonizado não cabe nas margens impostas

pelo colonizador, ele vaza, escapa, reinventa. Escutar, nesse contexto, é acompanhar esse transbordamento sem tentar contê-lo, estar junto do outro na travessia do invisível, aproximando-se daquilo que antes não podia ser visto, escutado, falado e que foi nomeado pelo outro, e não pelo próprio sujeito. Ailton Krenak (2019) diria que isso é “adiar o fim do mundo”: permitir que outros modos de vida e de sentir voltem a respirar no espaço da clínica. A mestiçagem, quando reconhecida como potência, transforma o ato terapêutico em um exercício de tradução viva onde a cura não é retorno à norma, mas invenção de um novo idioma para existir. A clínica, então, torna-se travessia: um território que se desloca com quem o habita.

A escuta clínica, quando racializada, se desenrola em outro tempo. Não o tempo cronológico da sessão, nem o tempo produtivo da modernidade, mas o tempo da memória e da ancestralidade, o tempo que retorna. Ailton Krenak (2019) nos ensina que o tempo não corre em linha reta, mas pulsa em ciclos, como o movimento do rio que nunca é o mesmo e, ainda assim, é sempre o mesmo. Na clínica, essa percepção desestabiliza a lógica da cura imediata: a fala não é progresso, é recomeço. Geni Núñez (2017/2021) afirma que o corpo racializado carrega uma temporalidade própria, uma espécie de relógio afetivo, regulado pelas histórias que o formaram. Esse corpo lembra antes de falar. Cada gesto, cada silêncio, é o eco de uma voz ancestral que ainda procura ser escutada.

Cida Bandeira (2021) propõe que a clínica decolonial seja também um espaço de encantamento, onde o tempo do cuidado precisa ser o tempo do vínculo. O encontro terapêutico, para ela, só acontece quando o psicólogo se permite desacelerar quando o ritmo da escuta acompanha o ritmo da alma. Nego Bispo (2019) chama isso de “tempo da mata”: o tempo em que o saber não se apressa, mas germina. A ancestralidade, nesse sentido, não é um conceito metafórico, mas uma forma de presença: ela atravessa o encontro clínico como uma lembrança que orienta. Na clínica racializada, o passado não é o que passou, é o que insiste. E talvez escutar seja isso: permitir que o tempo volte a respirar dentro do corpo, devolvendo à existência o compasso que a colonialidade tentou interromper.

A clínica, quando pensada a partir das margens, deixa de ser um encontro entre dois indivíduos para tornar-se um acontecimento comunitário. A dor que se apresenta não é apenas de um corpo, mas de uma coletividade que nele respira. Lélia Gonzalez (1988) já nos ensinava que a identidade negra é forjada na encruzilhada entre o individual e o coletivo, entre a herança e a invenção. O sujeito, para ela, é sempre plural, e o sofrimento, uma expressão da violência que se repete no corpo da comunidade. Neusa Santos Souza (1983) traduz esse movimento quando afirma que o tornar-se negro é um processo de descolonização interior e coletiva: é reconhecer-se como parte de um povo cuja história foi negada. Na clínica racializada, escutar o indivíduo é escutar a multidão que o habita suas vozes, seus fantasmas, seus pertencimentos.

Cida Bandeira (2021) propõe que a psicologia preta se sustenta no princípio da coletividade: ninguém se cura sozinho, porque o ferimento foi coletivo. Cuidar, aqui, é restituir laços, sejam estes individuais ou coletivos. A escuta clínica, nesse horizonte, aproxima-se da roda, da partilha, do gesto circular dos terreiros e quilombos. O Conselho Federal de Psicologia - CPF (2017) reconhece essa dimensão ao afirmar que a prática antirracista exige que o psicólogo atue também no campo social, tensionando estruturas e criando espaços de fala comunitários. A clínica, então, se expande: ela se senta no chão, escuta a vizinhança, participa das assembleias, dança nas festas de cura. O cuidado, que antes era método, torna-se movimento de um ritmo que pulsa entre o eu e o nós.

O afeto é um modo de saber. Antes da palavra, é o que vibra. Antes do conceito, é o que toca. Na clínica racializada, o afeto não é ornamento da escuta é o próprio método. Sara Ahmed (2017) escreve que os afetos não pertencem aos corpos isoladamente, mas circulam entre eles, moldando o modo como nos aproximamos e nos afastamos do mundo. O racismo, diz ela, é também uma política afetiva: ele regula quem pode ser tocado, quem pode ser amado, quem é visto como ameaça. Escutar a partir do afeto é, portanto, um ato de desobediência é permitir que o encontro clínico seja contaminado pelo vínculo e pela empatia. Vilma Piedade (2017) chama esse gesto de “dororidade”: uma sororidade tecida

pela dor que só pode ser sentida dependendo da cor da pele, uma comunhão de feridas que não se apagam, mas se reconhecem. Nessa clínica, a dor não é algo a ser eliminado, mas a matéria viva da transformação.

Geni Núñez (2023/2021) propõe que o afeto seja uma linguagem ancestral: nele se inscrevem os modos de cura que os povos colonizados preservaram contra o esquecimento. Quando o corpo sente, ele lembra; quando afeta, ele ensina. A clínica decolonial, então, não busca neutralizar o sofrimento, mas criar condições para que o afeto se torne consciência. Escutar é também ser afetado e é nesse atravessamento que o cuidado se faz político. O afeto, aqui, é uma prática de restituição: devolve à escuta o calor que a racionalidade branca tentou esfriar. Entre lágrimas, pausas e respiros, nasce outra ciência, uma ciência feita de corpo, memória e gesto.

O cuidado, na clínica racializada, é uma forma de conhecimento. Não o saber que se adquire nos livros, mas aquele que nasce do encontro, da escuta e do toque. Carla Akotirene (2018) nos alerta que o conhecimento produzido pela modernidade branca se edificou sobre o apagamento de outras epistemologias, especialmente aquelas que se articulam em torno do corpo e da experiência. O cuidado, portanto, precisa ser compreendido como prática insurgente, uma forma de saber que se faz no sentir. Cida Bandeira (2021) afirma que a psicologia preta é também uma filosofia do cuidado, porque parte do princípio de que cuidar é restituir humanidade, é devolver corpo e tempo ao que foi desumanizado. Nesse sentido, o cuidado não é apenas um ato clínico, mas um gesto político: ele denuncia a ferida colonial e propõe outra forma de vida, outra forma de existir em meio às resistências.

Faustino (2019) acrescenta que o racismo não apenas adoce os corpos, mas desorganiza as formas de relação. A clínica, quando se reconhece racializada, precisa reconstruir essas pontes, restituir o que a violência destruiu: o laço, o afeto, o sentido de comunidade. Cuidar é, então, um modo de pensar, e pensar é também um modo de cuidar. Entre o saber e o sentir não há hierarquia, há fluxo. O gesto clínico, nesse horizonte, deixa de buscar a cura como normalização e passa a reconhecê-la como criação: um saber que se

escreve no corpo e se transmite pelo olhar, pelo silêncio e pela escuta. A clínica torna-se, assim, epistemologia viva, um campo onde pensar é tocar e tocar é pensar.

A clínica é, inevitavelmente, um território político. Cada silêncio, cada escuta, cada palavra que se permite nascer ali participa das disputas sobre quem pode existir, sentir e sonhar. Neusa Santos Souza (1983) já nos advertia que o sofrimento do sujeito negro não é produto de uma patologia interior, mas de uma estrutura social que insiste em negar sua humanidade. A clínica, então, não é um refúgio neutro diante dessa violência é um campo de enfrentamento. Lélia Gonzalez (1988) chama esse gesto de “amefrikanidade”: um modo de pensar e de estar no mundo que resiste à colonialidade, que transforma o cotidiano em política e o corpo em território de insubmissão. Nessa perspectiva, o consultório se desdobra para fora das paredes; o *setting* se amplia, tornando-se o espaço onde se pode, enfim, respirar a dignidade de ser.

Geni Núñez (2021) reforça que a prática clínica precisa assumir seu papel ético na luta contra o racismo e o patriarcado, reconhecendo que todo cuidado é também ação política. A escuta não se separa da militância, porque cada gesto de acolhimento é um gesto de restituição. O Conselho Federal de Psicologia (2017) reafirma esse compromisso ao orientar que a prática profissional deve ser antirracista e comprometida com os direitos humanos, reconhecendo o sofrimento racial como expressão de uma ferida social. A clínica racializada, portanto, não se limita a tratar sintomas ela denuncia estruturas. É, ao mesmo tempo, abrigo e trincheira. Lugar de cura e de desobediência. E talvez seja nesse entre que o clínico se torne também guardião de mundos: aquele que escuta o que o país tenta calar.

Descolonizar a escuta é aprender a desaprender. É aceitar que o saber não está no centro, mas nas margens, nas vozes que a história tentou silenciar. Gayatri Spivak (2010) nos pergunta se o subalterno pode falar?, mas, talvez a questão, na clínica racializada, seja outra: podemos escutá-lo sem traduzi-lo? Escutar sem transformar sua fala em objeto de análise, sem submetê-la à gramática da branquitude? Sara Ahmed (2017) propõe que a escuta é também um gesto corporal: ouvir o outro é inclinar-se, é desviar o corpo do eixo confortável

do privilégio. Escutar, nesse horizonte, é abrir espaço para ser afetado, é permitir que o encontro abale o que tomamos como verdade. O descentramento, portanto, não é apenas epistemológico, é ontológico é o desarranjo necessário para que a clínica se torne lugar de diálogo entre mundos.

Carla Akotirene (2018) lembra que as epistemologias negras e feministas nasceram de uma escuta que foi, antes de tudo, sobrevivência: ouvir-se entre ruídos, falar nas frestas, construir saberes enquanto se cura. A escuta descolonial segue essa linhagem: é método e resistência. Ela exige vulnerabilidade uma disposição para ser transformado pela fala do outro. Quando o clínico se permite esse deslocamento, o saber deixa de ser propriedade e se torna travessia. Escutar, então, não é interpretar, é acompanhar. E é nesse acompanhamento terno, tenso, vivo que a clínica reencontra sua razão de ser: não compreender, mas co-existir.

A clínica racializada é travessia. Não é chegada, nem destino. É o entre, o espaço onde o corpo, a palavra e o silêncio se encontram para se reinventar. O que nela se cura não é apenas a dor, mas o esquecimento. Escutar é lembrar o mundo. Cada encontro clínico é uma reescrita da história, um pequeno ato de restituição. Como diria Ailton Krenak (2019), “adiar o fim do mundo” é continuar criando vínculos onde a colonialidade quis construir abismos. A clínica, nesse sentido, é uma política do reencantamento: um modo de devolver sentido à existência quando tudo parece ruir. Ela é feita de pausas, de respirações e de presenças. Não promete salvação, mas oferece companhia, uma companhia radical, aquela que se recusa a abandonar o outro no meio do caminho.

Lélia Gonzalez (1988) ensinou que as margens sempre falam, mesmo quando o centro finge não escutar. Neusa Santos Souza (1983) mostrou que a cura, para o sujeito negro, é tornar-se quem se é, apesar das máscaras. E Cida Bandeira (2021) nos lembra que o cuidado é coletivo ele só acontece quando o “eu” se reconhece no “nós”. A clínica racializada é herdeira dessas vozes: não quer domesticar o sofrimento, mas compreendê-lo como linguagem. É gesto de escrevivência, escrita que sangra e cura, palavra que resiste ao apagamento. Talvez, então, clinicar hoje, neste país, seja isso: sustentar o impossível e o

impossível, transformar/redimensionar dor em presença, e, com cada escuta, abrir uma novas possibilidades de mundos. Porque toda escuta é também um modo de continuidade.

2. Interseccionalidade e atravessamentos na clínica racializada

2.1. O fazer clínico e a expressão das emoções racializadas

Para iniciar o debate sobre a expressão das emoções racializadas, é necessário debater, anteriormente, sobre a construção da identidade de um sujeito racializado. No cenário brasileiro é presente um sistema racial sustentado pelo mito da democracia racial, que se apresenta como desprovido de barreiras legais ou institucionais à igualdade racial e que, ao negar a existência do racismo, opera na constituição da identidade do sujeito e na forma como emoções são reconhecidas, expressas ou silenciadas dentro do contexto clínico.

Fanon (2008) aponta que o racismo informa ao negro que ele é a própria causa da violência que sofre, pois ele é inferior. Sendo assim, é necessário analisar que para além de uma alienação de si, o sujeito vive em uma alienação cultural, porque os valores impostos são assimilados, incorporados, internalizados, vivenciados e reproduzidos (Ambrosio & Silva, 2023). É durante esse processo que o sujeito constrói sua identidade racial, onde o seu estar no mundo acaba por se transformar em um complexo de inferioridade que é confirmado através dos meios sociais e culturais.

“Não caçamos pretos, no meio da rua, a pauladas, como nos Estados Unidos. Mas fazemos o que talvez seja pior. A vida do preto brasileiro é toda tecida de humilhações. Nós tratamos com uma cordialidade que é o disfarce pusilânime de um desprezo que fermenta em nós, dia e noite.” (Nelson Rodrigues, 1957).

O racismo no Brasil é um fenômeno complexo, pouco compreensível e difícil de ser enfrentado, algo bastante vívido dentro do espaço clínico e elaborado de diversas maneiras. Sendo assim, no contexto da Psicologia clínica, não é possível analisar as emoções como fenômenos exclusivamente intrapsíquicos e universais, é necessário avaliar o contexto que aquela escuta traz consigo. Ahmed (2015) e Hochschild (2012) apontam que as emoções são

produzidas, reguladas e interpretadas a partir de normas sociais, históricas e políticas que atravessam o sujeito de maneiras desiguais. Nesse sentido, as emoções configuram-se como experiências socialmente moduladas, inscritas em relações de poder que definem quais afetos podem ser expressos, por quem e em quais contextos. Em sociedades marcadas pelo racismo estrutural, essa modulação afetiva incide de forma particularmente violenta sobre corpos racializados.

Algumas emoções vivenciadas por sujeitos negros e indígenas, quando expressadas, são vistas como ameaça ou descontrole, como a raiva, por exemplo, produzindo mecanismos implícitos e explícitos de silenciamento. A raiva negra, por exemplo, é historicamente patologizada e associada à periculosidade, enquanto o medo vivido por corpos negros tende a ser deslegitimado, mesmo diante de contextos concretos de violência racial (Kilomba, 2019; Fanon, 2008). Já outras emoções, como a tristeza ou solidão, tendem a ser invisibilizadas nos contextos sociais vivenciados por esses sujeitos, sendo algo até mesmo naturalizado, e muito presente na clínica, como se o sofrimento psíquico fosse um destino para pessoas negras e indígenas, onde a felicidade e alegria não pudessem ser vivenciadas em sua totalidade, porque sempre haverá um “mas” após esse momento.

Por isso, torna-se extremamente necessária que a escuta do profissional de psicologia, não seja neutra e tão menos orientada por referenciais universalizantes e desracializados, porque é nesse meio que há o perigo de uma história única, como traz Chimamanda Ngozi Adichie (2019) em seu livro, silenciando experiências afetivas que emergem do racismo cotidiano (Gonzalez, 2020; Bento, 2022) e perpetuando mais um meio de opressão em um ambiente que, em tese, seria de segurança, acolhimento, escuta e ética.

Esse compromisso ético-político torna-se ainda mais complexo quando se considera o encontro entre psicólogos que também são atravessados pelo racismo fora da clínica. Profissionais negros e indígenas não ocupam um lugar exterior às estruturas que produzem sofrimento racial; ao contrário, carregam em seus corpos e trajetórias as mesmas marcas que escutam em seus pacientes (Carneiro, 2019). Sendo assim, em contextos racializados,

legitimar o afeto é também um gesto político, capaz de romper com lógicas históricas de silenciamento e produzir novas possibilidades de existência, tanto para pacientes quanto para profissionais.

2.2. Luto em continuidade: perdas individuais e lutos coletivos

Hooks (2006) apresenta a questão do proibicionismo da expressão de afetos entre pessoas negras escravizadas, além da repressão aos sentimentos e emoções desses sujeitos para que seus senhores ficassem confortáveis e continuassem exercendo seu poder, podendo acontecer apenas em contextos de extrema necessidade ou segurança entre seus pares. No contexto atual, é importante notar o quanto a repressão de emoções de pessoas racializadas continua presente, de uma maneira um tanto quanto sutil, mas ainda enraizada nos corpos e nas memórias de quem resiste.

Para que o sistema continue sendo eficiente, para que a pirâmide social que estamos inseridos continue exercendo seu papel, é extremamente necessário que a opressão de pessoas negras e indígenas perpetue, porque a partir disso, mantêm-se vivos os resquícios da escravização dessa população. Embora não sejam mais legais a comercialização de pessoas, ainda são várias as experiências de uma ruptura violenta dos vínculos afetivos de sujeitos negros e indígenas, como a morte prematura por fome e sede, negligência médica, exposição em situação de rua, feminicídio, suicídio, processo de encarceramento em massa em prisões e manicômios, retirada forçada de seus ambientes de origem, exploração da mão de obra, entre outros (Tavares, 2021).

Em casos de extermínios da população negra e indígena, é possível observar a inibição da vivência desse luto, em como essa ruptura violenta do vínculo afetivo, não apenas individual, mas coletivo, perdura e opõe a vivência e elaboração do luto. O silêncio e o apagamento continuam sendo presentes, inclusive nesses momentos. Grada Kilomba (2019) fala sobre o processo do sujeito negro se tornar um sujeito, já que historicamente sua humanidade foi apagada. Aqui, a branquitude é tratada com normalidade, então os processos

de luto do sujeito branco são reconhecidos, enquanto o processo de luto do sujeito negro não pode acontecer, porque não é garantido a humanidade, portanto, tampouco a morte.

O não reconhecimento da humanidade de sujeitos negros/indígenas, colabora para os lutos que não se encerram, onde o outro não consegue encontrar condições simbólicas, sociais ou políticas para ser integrada à história do sujeito ou da coletividade. Diferentemente de um processo de luto de uma pessoa branca, esse momento violento de interrupção da vida, cria um movimento como se estivéssemos em um vórtice, emaranhados num presente violento, restando a impossibilidade de conhecer o passado e caminhar para um futuro próspero (Tavares, 2021). A ausência desse reconhecimento social aprofunda o sofrimento psíquico e compromete as possibilidades de elaboração do luto, uma vez que este é também um processo relacional e coletivo.

Quando um corpo indígena acolhe outro corpo indígena na cena clínica, o luto que se anuncia já nasce plural, tecido na memória coletiva e atravessado por histórias que excedem a experiência individual. No caso de um/uma jovem Yanomami que chega marcado pela morte de um parente por suicídio, o sofrimento se espalha para além da perda singular e convoca as imagens da pandemia da COVID-19, período em que a morte circulou pelas aldeias como presença constante, reorganizando afetos, vínculos e modos de permanecer vivo. O luto, aqui, assume a forma de um campo compartilhado, onde a dor pessoal se mistura ao abalo do povo, e a clínica se torna espaço de escuta de uma ferida histórica ainda aberta.

Essa experiência ganha densidade ao considerar a leitura de Bruce Albert sobre a retirada e o “desaparecimento” dos corpos indígenas durante a pandemia. Para o antropólogo, o impedimento do luto e a subtração dos mortos guardam semelhança com práticas de apagamento ocorridas durante a ditadura militar brasileira, nas quais o corpo ausente operava como violência prolongada sobre os vivos (Silva, 2021). Roubar os mortos e interditar o luto constitui, segundo Albert, uma expressão extrema de barbárie, pois instaura o desprezo e a negação do Outro em sua existência étnica e política (Albert, 2020). Ao emergir na clínica, essa memória coletiva transforma o luto em denúncia silenciosa e convoca o cuidado

psicológico a reconhecer que cada morte carrega, junto de si, a história de um povo que ainda continua existindo. Convém lembrar que a chegada da covid-19 às aldeias Yanomami ocorreu junto de outras enfermidades antigas e reincidentes, trazidas por corpos estranhos ao território, nomeados na língua do povo como *napē pē*, aqueles que vêm de fora e deixam rastros de doença, exploração e morte (Silva, 2021). Relatos reiterados denunciam que essas perdas se deram sob a conivência silenciosa do Estado, cuja ausência operou como forma contínua de violência, prolongando o sofrimento e fragilizando os modos coletivos de cuidado e proteção da vida.

Essa realidade foi sistematizada em documentos produzidos por organizações indígenas e aliadas. Como forma de registrar e denunciar os efeitos da pandemia entre os Yanomami e Ye'kwana, a Rede Pró-Yanomami e Ye'kwana, em articulação com o Fórum de Lideranças Yanomami e Ye'kwana, elaborou o relatório *Xawara: rastros da Covid-19 na Terra Indígena Yanomami e a omissão do Estado*. O documento evidencia o quadro crítico instaurado pelo avanço simultâneo da covid-19, da malária e outras doenças, apontando o garimpo ilegal e o enfraquecimento deliberado das políticas públicas de saúde indígena como vetores centrais desse processo. Ao situar a pandemia dentro de dinâmica mais ampla de negligência estatal e invasão territorial, o relatório inscreve o adoecimento como expressão política de um projeto que expõe corpos indígenas à morte evitável (Rede Pró-Yanomami e Ye'kwana & Fórum de Lideranças Yanomami e Ye'kwana, 2021)³.

Conforme, Anthony Seeger, Roberto de Matta e Eduardo Viveiro de Castro (1979) relatam que, entre os povos de terras baixas sul-americanas, o corpo ocupa lugar estruturante na elaboração das cosmologias, funcionando como eixo a partir do qual se organizaram as relações com o mundo, com os outros e com o plano do vivido. No horizonte ontológico ameríndio, o corpo se constitui como lugar onde mundo, memória e relação se enovelam, produzindo sentidos que antecedem qualquer separação entre natureza, cultura e pensamento.

³ “Projeto de morte”, diz APIB sobre PL que autoriza mineração em terras indígenas. Disponível em Visto por último em 10/10/2025.

Ele se forma como manobra da vida compartilhada, nas práticas que atravessam no cotidiano, no alimento que o compõe, interditos que o orientam, em marcas que inscrevem como parte de uma constelação coletiva (Krenak, 2019). Expressões ditas no corpo como; grafismo, perfurações, escarificações e pinturas fazem parte da oralidade/linguagem incorporada, fazendo do corpo uma superfície viva de inscrição cosmológica.

Quando essa compreensão de morte atravessa o encontro clínico, o manuseio deixa de ser organizado em torno de um sofrimento circunscrito ao ser e passa a se apresentar como escuta de um campo relacional mais amplo, onde vivos e mortos continuam a se implicar mutuamente. Nesse contexto, a clínica se configura como espaço de mediação entre regimes ontológicos distintos. Atender um corpo indígena que carrega a memória dos mortos implica reconhecer que a saudade, a melancolia e o sofrimento expressos não se reduzem a estados psíquicos individuais, mas se vinculam a um regime de alteridade no qual o morto continua a agir (Viveiros de Castro, 2001). A escuta clínica, assim, se orienta menos pela contenção de sintomas e mais pela possibilidade de sustentar narrativas, silêncios e afetos que permitam reorganizar as relações entre vivos e mortos. Trata-se de acompanhar o modo como o luto se inscreve no corpo e na coletividade, evitando que o desejo de proximidade dos mortos se converta em risco para a continuidade da vida.

A experiência clínica com o povo Yanomami convoca, portanto, uma prática que reconheça o luto como experiência situada e coletiva, atravessada por histórias de violência, epidemias e perdas acumuladas (Viveiros de Castro, 2010). A clínica passa a operar como lugar de cuidado do vínculo, onde rituais, memórias e palavras podem ser mobilizados para conter a atração exercida pelos mortos e sustentar a permanência dos vivos em seu mundo (Meira e Fernandes, 2025). Nesse sentido, o atendimento psicológico se aproxima de uma prática de mediação ontológica, comprometida com a preservação da vida e com a circulação dos afetos, respeitando os modos próprios pelos quais esse povo administra a presença dos mortos e reinscreve a vida em continuidade

Atuar enquanto psicóloga/o/e clínica nesses contextos implica reconhecer que o sofrimento apresentado pelo sujeito racializado não é apenas algo individual, mas sim uma resposta legítima a condições sociais violentas, apagamentos e silenciamentos contínuos na história de toda uma comunidade, caso contrário, a clínica passa a ser, novamente, um espaço de reprodução desse silenciamento. Em alguns casos atendidos, de sujeitos racializados, é comum de se escutar frases como: “não me sinto pertencente ao mundo”; “sinto como se ninguém pudesse me ouvir verdadeiramente”; “é como se essa dor ninguém mais pudesse sentir”; “se eu morrer amanhã, serei apenas mais um com a vida interrompida”; “não consigo sonhar, pensar no futuro, porque isso foi tirado de mim desde sempre”, e nesses contextos, acolher o outro vai muito além de apenas escutar, é necessário estar presente com o corpo, ser congruente com aquele que está a sua frente e ser atravessado por um mundo que deixa cicatrizes expostas, mesmo quando não queremos.

Tavares (2021) aponta que quando ocorre o desvio de uma produção hegemônica na saúde mental, é possível perceber que a não elaboração do luto na população negra é justamente por uma hiperexposição continuada às mortes que a comunidade sofre, em sua grande maioria, de maneiras violentas e múltiplas, o que perpetua a insegurança para essa população, sendo associada sempre ao medo de perder a própria vida e de seus pares. Não há tempo para que o luto seja elaborado com as perdas repetidas, violentas e em curtos períodos de tempo, sendo assim, o que resta é o silenciamento da dor que é sempre relembrada por novos casos que acontecem todos os dias.

Logo, não há como debater sobre a questão do luto no fazer clínico, sem antes entender que o luto vivenciado por sujeitos racializados é um ato político, que precisa ser acolhido, testemunhado e também politizado. Apenas dessa maneira é possível que se crie um espaço onde a dor encontre linguagem, sentido e uma possibilidade de elaboração desse luto, mesmo quando a perda permanece aberta.

2.3. Corpo, padrões estéticos e racialização

A construção de padrões estéticos eurocentrados opera como um dos principais meios de controle e poder de corpos negros/indígenas, não apenas pela determinação do que é aceitável ou desejável, mas também pela produção de dor e vergonha por não conseguir atingir determinado padrão estético, ocultando também suas marcas ancestrais (Hooks, 2003; Kilomba, 2019), porém, o corpo sempre lembra daquilo que a sociedade tenta esquecer, sejam através de marcas, histórias, cicatrizes, fenótipos, e por isso é primordial que, no fazer clínico, isso também seja, para além de visto, compreendido.

Para Gonzalez (2020), ser mulher e negra no Brasil é estar no nível mais alto de opressão, pois enfrenta simultaneamente o racismo, sexism e opressão de classes, ressaltando a interseccionalidade dessas relações produzidas, principalmente entre questões voltadas à estrutura do racismo, gênero e classe, tornando determinadas pessoas mais vulneráveis a certos tipos de desigualdade de poder (Crenshaw, 2002).

(...) o estereótipo estabelece a relação: mulher negra = trabalhadora doméstica. O ditado “Branca para casar, mulata para forniciar e negra para trabalhar” é exatamente como a mulher negra é vista na sociedade brasileira: como um corpo que trabalha e é superexplorado economicamente, ela é a faxineira, arrumadeira e cozinheira, a “mula de carga” de seus empregadores brancos; como um corpo que fornece prazer e é superexplorado sexualmente, ela é a mulata do Carnaval cuja sensualidade recai na categoria do “erótico-exótico”. (González, 2020, p.170).

Lélia pontua ainda que os discursos de mulheres negras não são validados por serem considerados emocionais ou cobranças. É possível visualizar essa questão na clínica ao nos depararmos com mulheres negras extremamente exaustas por exercerem duplas/triplas jornadas, e ainda precisarem lidar com o silenciamento e a solidão que o racismo proporciona de maneira estrutural, o que acaba, por consequência, colocando essas mulheres nos papéis de objetos e não de sujeitos, sendo excluídas do próprio discurso (Castro e Meira, 2025). Por isso, a necessidade da voz no contexto da Psicologia, conseguir apresentar meios que facilitem a linguagem, a voz, a verbalização no contexto racial é imprescindível.

Para a clínica psicológica antirracista existir, é fundamental o reconhecimento do corpo como lugar de memória, rompendo com lógicas normativas que reproduzem, historicamente, o silenciamento e a exclusão. Oyewùmi (2017) problematiza a universalização da categoria “mulher” operada pelo feminismo euro-estadunidense, para ela, essa perspectiva toma as experiências particulares de um grupo como padrão universal, fazendo com que as mulheres que fazem parte do movimento vejam seus pares como universais na luta feminista, e esse é um dos grandes problemas encontrados em uma psicologia hegemônica, onde é descartado todo o contexto social em que o sujeito está inserido, deixando de observar e compreender o todo, e não apenas o indivíduo enquanto individual, mas também como coletivo e todas as controvérsias que isso tem em sua vida.

Segundo Rocha (2022), a beleza, a partir da colonização e do capitalismo, é transformada em uma mercadoria e um desejo, proporcionando ao homem o que ele deseja, ultrapassando o padrão estético, direcionando-se para um sinônimo de humanidade. Logo, se faz necessário, quando atua-se com pessoas racializadas na clínica, abranger questões acerca da hiperssexualização dos nossos corpos, porque a partir dessas questões há, também, a construção de identidade desse sujeito e como questões acerca da autoestima, da beleza e padrões estéticos foram desenvolvidos em sua vida. Portanto, é possível observar o fardo e o peso que um padrão de beleza tem na vida da pessoa que chega até uma psicoterapia e quais as consequências que esse peso tiveram em sua vivência, tornando-se extremamente necessário escutar o corpo dessa pessoa, não como um “sintoma” isolado, mas como uma grande biblioteca, com novas histórias e ressignificados a serem escritos (hooks, 2003; Kilomba, 2019).

Nessa perspectiva, o fazer clínico precisa deslocar-se de tentativas de normalização ou adaptação aos ideais hegemônicos para a legitimação da vivência corporal e afetiva do sujeito racializado, favorecendo esses processos de ressignificação com seu corpo e a ancestralidade que carrega consigo, além de ampliar uma (re)construção da identidade formada socialmente para o individual, mas sempre lembrando da importância do

reconhecimento desse corpo enquanto experiência vívida e histórica, sustentando a possibilidade desse corpo emergir como território de existência e resistência.

3. Psicologia, mercado e patologização da vida

3.1. A psicologia como mercadoria

O fazer do psicólogo racializado na clínica se inscreve em um campo profundamente atravessado pela lógica neoliberal e pelos efeitos históricos da colonialidade. O exercício profissional, que deveria estar voltado ao cuidado e à promoção da vida, muitas vezes é submetido à racionalidade de mercado, que transforma o sofrimento em capital simbólico e financeiro. Nesse contexto, a psicologia, em vez de uma prática ética voltada à emancipação, torna-se uma mercadoria submetida às regras da produtividade e da performance (Santos, 2019). O psicólogo, então, é convocado a vender não apenas serviços, mas também uma imagem idealizada de sucesso e equilíbrio emocional, esvaziando o sentido político e coletivo do cuidado.

A lógica neoliberal penetra o campo da saúde mental ao valorizar a autonomia individual e a responsabilização subjetiva, deslocando a análise das condições sociais e raciais que produzem sofrimento. Conforme Mbembe (2018), o capitalismo tardio redefine a gestão da vida e da morte, e no campo psicológico, essa gestão se manifesta no controle das emoções e na medicalização da experiência humana. Assim, a clínica corre o risco de reproduzir a necropolítica, regime em que algumas vidas são mais dignas de cuidado do que outras, perpetuando desigualdades históricas.

Nesse cenário, o sofrimento se converte em produto. Redes sociais e práticas de autopromoção criam uma economia da dor, em que psicólogos e pacientes passam a consumir e exibir experiências emocionais. Essa dinâmica transforma o sofrimento em espetáculo e esvazia sua dimensão histórica. Como aponta Kilomba (2019), a dor dos corpos negros e racializados é frequentemente apropriada como objeto de consumo por uma audiência

branca, que busca na alteridade um espelho exotizado de sua própria humanidade. O cuidado, portanto, torna-se espetáculo, e o terapeuta, um empreendedor da subjetividade.

O psicólogo racializado que ocupa esse espaço enfrenta o duplo desafio de resistir à mercantilização da psicologia e de sustentar uma escuta que reconheça o sofrimento como expressão política. Fanon (2008) já advertia que o sujeito negro é convocado a se alienar para ser reconhecido, e essa alienação se reproduz quando o profissional racializado precisa adequar sua clínica aos moldes eurocentrados para ser aceito como competente. Resistir a essa lógica é um ato ético e decolonial: significa reintroduzir a história, a raça e o território como elementos estruturantes do cuidado.

As políticas públicas brasileiras, especialmente o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), oferecem diretrizes contrárias à lógica mercadológica. O SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988, consagra o cuidado em saúde como direito universal e dever do Estado, baseando-se nos princípios de integralidade, equidade e participação social (Brasil, 1988). Já o SUAS reconhece a assistência como política pública e não como favor, assegurando proteção social a grupos vulnerabilizados (Brasil, 2005). Esses sistemas propõem um cuidado que não se reduz à clínica privada, mas que se constrói como prática coletiva e emancipatória.

Entretanto, a neoliberalização das políticas públicas ameaça esse horizonte. O desmonte do SUS e do SUAS, impulsionado pela precarização do trabalho e pela terceirização dos serviços, reintroduz a lógica da mercadoria no campo do cuidado (Bravo & Matos, 2016). A saúde e a assistência passam a ser tratadas como custos, e não como direitos. Para o psicólogo racializado, que atua nesses espaços, o desafio é resistir à captura do cuidado pela lógica da eficiência e reafirmar sua função social e ética diante de corpos sistematicamente negligenciados pelo Estado.

A Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, é um marco importante nessa discussão. Ao instituir a Reforma Psiquiátrica, essa lei rompe com a tradição manicomial e defende a reinserção social e o

cuidado em liberdade (Brasil, 2001). Para o psicólogo racializado, esse dispositivo representa não apenas uma política de saúde mental, mas também uma ferramenta de resistência à patologização dos corpos racializados e pobres, historicamente confinados em instituições de exclusão. A clínica, nesse contexto, torna-se um espaço de reumanização.

A mercantilização da psicologia, portanto, contrasta com o ideal constitucional e com a ética do cuidado presente nas políticas públicas. Enquanto o mercado valoriza o desempenho e o lucro, a perspectiva do SUS e do SUAS reconhece a vida em sua complexidade social e histórica. O psicólogo racializado, ao atuar nesses espaços, reinscreve a psicologia no campo da luta por direitos e pela equidade racial, transformando o ato clínico em prática política e reparadora (Ribeiro, 2019).

Por fim, resistir à lógica mercadológica é também reinventar o modo de estar na clínica. O fazer do psicólogo racializado exige criar linguagens e metodologias próprias, que acolham o sofrimento como expressão de luta e de memória. Como afirma Hooks (1994), o amor é um ato político e, nesse sentido, cuidar é um gesto de desobediência à colonialidade. A psicologia que emerge dessa prática não é um produto, mas um processo de reconstrução coletiva da dignidade e da humanidade.

3.2. Patologização da existência racializada

A construção histórica da psicologia ocidental está profundamente vinculada à criação de um ideal de humanidade baseado na branquitude e na racionalidade europeia. Esse ideal estabeleceu as fronteiras entre o que é considerado normal e o que é visto como desvio. Corpos negros e indígenas foram posicionados fora desse modelo, transformados em signos daquilo que a ciência deveria corrigir ou normalizar. Como aponta Fanon (2008), o racismo é um dispositivo de alienação que aprisiona o sujeito negro em uma identidade imposta, produzida pelo olhar colonizador. Essa estrutura epistemológica segue operando na clínica contemporânea, onde o sofrimento racial é frequentemente interpretado como patologia individual.

O processo de patologização da existência racializada tem início quando o sofrimento produzido por estruturas históricas de exclusão é despolitizado e convertido em sintoma. A clínica, ao adotar parâmetros universais e abstrair o contexto racial, transforma a dor coletiva em expressão de desajuste pessoal. Kilomba (2019) observa que, na lógica colonial, o corpo negro é visto como excessivo, sente demais, fala demais, reage demais e, por isso, é lido como disfuncional. Essa leitura patologizante é o que impede que a dor racial seja reconhecida como uma resposta legítima à violência e à negação de humanidade.

O psicólogo racializado que se insere nesse cenário precisa construir um fazer clínico que se recuse a reproduzir tais violências epistêmicas. Seu trabalho não é o de “curar” o sujeito de sua negritude ou de seu sofrimento, mas o de legitimar essa dor como experiência política e histórica. Maldonado-Torres (2007) propõe o conceito de “colonialidade do ser” para descrever o modo como a modernidade define quem é reconhecido como sujeito e quem é reduzido à condição de coisa. Na clínica, essa colonialidade se traduz em práticas que invisibilizam o sofrimento negro e o tornam ilegítimo. O desafio ético do psicólogo racializado é transformar o espaço terapêutico em lugar de reconstrução do ser.

A patologização da existência racializada também se manifesta na produção de diagnósticos e categorias que reforçam a inferiorização de certos grupos. A normatividade branca, tida como referência de saúde, estabelece padrões de comportamento e de afeto que excluem formas de existência coletivas, espirituais e comunitárias. Carneiro (2005) descreve esse processo como epistemicídio a destruição sistemática dos modos de saber e de sentir das populações negras. Quando a clínica ignora as cosmologias africanas e indígenas, ela reafirma o monopólio do saber ocidental e reproduz o mesmo mecanismo que sustentou o colonialismo.

O corpo racializado, marcado pela herança da escravidão/originária e pela violência cotidiana, carrega uma memória de sobrevivência que a psicologia tradicional tende a apagar. Mbembe (2018) argumenta que o poder moderno exerce controle sobre a vida e a morte, produzindo corpos descartáveis. Essa lógica necropolítica se expressa na clínica quando o

sofrimento negro é banalizado, diagnosticado como “resistência ao tratamento” ou tratado como problema moral. O psicólogo racializado, ao contrário, reconhece nesse corpo uma narrativa de resistência e memória, e não de anormalidade.

Fanon (1961) já apontava que o trauma colonial não é individual, mas histórico: ele se inscreve na carne e se transmite entre gerações. A clínica decolonial parte dessa compreensão e busca reconstruir a subjetividade a partir da coletividade, não do isolamento. Escutar o sofrimento racial é escutar a história que o produz uma escuta que inclui o som do cansaço, da perda, mas também da luta e da sobrevivência (Castro e Meira, 2025/2024). O psicólogo racializado, ao oferecer essa escuta, realiza um ato de reparação simbólica, um gesto político de reumanização.

A clínica tradicional, fundada no mito da neutralidade, muitas vezes exige que o psicólogo racializado se silencie para ser aceito como profissional. Essa exigência de neutralidade é uma forma de censura, pois impede a presença do corpo e da história na escuta. Hooks (1994) defende que o amor entendido como compromisso com a liberdade e com a verdade é uma prática política. O fazer clínico racializado é, portanto, um ato de amor radical: cuidar de si e do outro como gesto de desobediência à lógica colonial.

A despatologização da existência racializada implica também repensar as epistemologias que sustentam a formação e a prática psicológica. É necessário abrir espaço para narrativas que emergem das margens, como as de mulheres negras, povos indígenas e comunidades periféricas. Evaristo (2017) nos lembra que “nossos corpos carregam memórias de sobrevivência”, e essas memórias precisam ser reconhecidas como saber. O psicólogo racializado atua como tradutor entre mundos, entre a linguagem da dor e a linguagem da resistência, construindo pontes entre o individual e o coletivo.

Por fim, o fazer do psicólogo racializado na clínica é um exercício de reencantamento da vida. Ele transforma o sofrimento em narrativa e a narrativa em potência política. Ao se recusar a ver a dor racial como doença, esse profissional afirma a existência como forma de resistência. A clínica torna-se um espaço de descolonização cotidiana no território, onde a

escuta é também denúncia, e onde cada fala é um ato de insurgência contra o esquecimento. Despatologizar é, afinal, devolver à vida sua complexidade, sua ancestralidade e seu direito de existir em plenitude.

Entre meios e começos

Este texto se encerra sem fechar. Optamos por nomear este movimento como *entre meios e começos* porque a clínica racializada, tal como a compreendemos, permanece em construção impermanente, atravessada por deslocamentos, revisões e recusas. Ela não se estabiliza como técnica acabada nem como modelo exportável, pois se produz no encontro situado entre corpos marcados por histórias de raça, etnia, território e violência. Falar em clínica racializada implica reconhecer que seu exercício exige mais do que protocolos; exige letramento racial contínuo, escuta implicada e abertura para aquilo que desorganiza a psicologia tal como foi instituída.

Nesse percurso, torna-se necessário tensionar a redução do sofrimento psíquico a categorias medicalizantes e à captura pela indústria farmacêutica psiquiátrica, historicamente associada a projetos de controle e silenciamento. As imagens dos navios, já tão presentes na história colonial, reaparecem metaforicamente quando corpos racializados seguem sendo transportados, diagnosticados e tratados sem que suas histórias, lutos e pertencimentos sejam considerados. A clínica racializada se opõe a essa lógica ao insistir em escutas que reconheçam o sofrimento como atravessados por estruturas sociais, raciais e coloniais.

A escrevivência emerge, aqui, como continuidade e não como método fechado. Ela sustenta a possibilidade de escrever a partir do vivido, de fazer da memória um campo de resistência e de reinscrever a psicologia a partir de outros corpos. Escrever e ler tornam-se gestos políticos quando pessoas negras leem pessoas negras, indígenas leem indígenas, quilombolas leem quilombolas, e pessoas brancas se dispõem a ler a todos, sem ocupar novamente o lugar de tradução autorizada da dor alheia. Há um cansaço legítimo em ler a

clínica, o sofrimento e a luta sempre narrados a partir de olhares brancos, mesmo quando bem-intencionados.

O fazer clínico racializado convoca, portanto, uma ampliação radical do campo psicológico. Não se trata de substituir autores ou inverter hierarquias de modo simplista, mas de tensionar quem escreve, quem orienta, quem valida e quem ocupa os lugares de autoridade. Nos espaços de formação, especialização, mestrado e doutorado, a escassez de corpos negros e indígenas em posições de orientação revela que a colonialidade segue operando, mesmo sob discursos de aliança e diversidade.

Essa constatação exige cuidado crítico com a noção de “aliado”. Trabalhar com populações em situação de vulnerabilidade implica compreender que alianças produzem responsabilidades concretas. Quem orienta, quem avalia, quem legitima precisa reconhecer que experiências de racismo, etnocídio, LGBTfobia e violência não se aprendem apenas por leitura ou empatia. Elas atravessam corpos, histórias e memórias, e apenas quem as vive carrega certas compreensões que não se traduzem facilmente.

Para psicólogas/os/es racializadas, o exercício clínico se dá em meio a essas tensões. O sofrimento escutado encontra ressonância em vivências próprias, produzindo implicações éticas e afetivas que não se resolvem pela neutralidade profissional. Isso não elimina a necessidade de cuidado com quem cuida, nem o direito ao acompanhamento clínico desses profissionais, mas evidencia que o trabalho clínico, nesse contexto, estrutura e afeta de modos profundos, muitas vezes sem oferecer a sensação de fechamento ou reparação.

A memória, nesse cenário, assume papel central. Lembrar torna-se gesto de sobrevivência, forma de honrar ancestralidades e de não permitir que violências se repitam sob novos nomes. A clínica racializada se inscreve como espaço onde memória, corpo e palavra se articulam para sustentar a vida em contextos marcados pela necropolítica e pelo apagamento, especialmente em um cenário biopolítico que segue produzindo descartabilidades.

Recusar um fechamento definitivo deste ensaio significa afirmar que a psicologia segue em refazimento. A escuta que propomos permanece aberta, interrogativa e situada. Importa perguntar quem escuta, a partir de onde se escuta e para quem se escreve. O que se produz como clínica hoje se desdobra em futuros possíveis, afetando outros corpos, outras práticas e outras formas de existir. Enquanto a vida insiste em se fazer ouvir, este texto permanece em meio ao caminho, abrindo frestas para começos que ainda estão por vir.

Referências

- Adichie, C. N. (2019). *O perigo de uma história única*. Companhia das Letras.
- Ahmed, S. (2015). *The cultural politics of emotion* (2nd ed.). Edinburgh University Press.
- Ahmed, S. (2017). Living a feminist life. Duke University Press.
<https://doi.org/10.1515/9780822373377>
- Akotirene, C. (2018). O que é interseccionalidade? (Coleção Feminismos Plurais). Letramento.
- Albert, B. (2002). O ouro canibal e a queda do céu: Uma crítica xamânica da economia política da natureza (Yanomami). In B. Albert & A. C. Ramos (Orgs.), *Pacificando o branco: Cosmologias do contato norte-amazônico* (pp. 239–270). Editora UNESP.
- Ambrosio, L., & Silva, C. R. (2023). Racismo é um trauma colonial: diálogos entre Frantz Fanon, Neusa Souza e Grada Kilomba sobre o adoecimento negro no Brasil. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, 16(Edição Especial).
- Anzaldúa, G. (1987). *Borderlands/La Frontera: The New Mestiza*. Aunt Lute Books.
- Bandeira, C. (2021). Psicologia preta: Saberes insurgentes e cuidado coletivo. Zahar.
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. (2001). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm

Brasil. (2005). Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004): Norma Operacional Básica do SUAS (NOB/SUAS). Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Bravo, M. I. S., & Matos, M. C. S. (2016). A política de saúde mental no Brasil: Avanços e desafios. São Paulo: Cortez.

Castro, E. H. B. de, & Meira, J. C. (2025). *Produção em Psicologia fenomenológico-existencial no Amazonas e a imbricação com a ancestralidade dos povos originários: ensaio teórico*. *Amazônica – Revista de Psicopedagogia, Psicologia Escolar e Educação*. Recuperado de <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonica/article/view/18971/11920>

Castro, E. H. B. de, & Meira, J. C. (2025). Psicologia, fenomenologia e o ser-amazônida: Meu território é corpo, meu corpo é território! *Amazônica – Revista de Psicopedagogia, Psicologia Escolar e Educação*, 18(2), 614–638. <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonica/article/view/18218>

Carneiro, S. (2005). A construção do outro como não-ser como fundamento do ser. In J. Souza (Org.), Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil (pp. 11–36). São Paulo: Selo Negro.

Carneiro, S. (2019). *Dispositivo de racialidade: A construção do outro como não-ser*. Zahar.

Conselho Federal de Psicologia. (2005). Código de Ética Profissional do Psicólogo. CFP. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia-1.pdf>

Conselho Federal de Psicologia. (2017). Relações raciais: Referências técnicas para atuação de psicólogas/os. CFP.

Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista estudos feministas*, 10, 171-188.

Evaristo, C. (2017). Olhos d'água. Rio de Janeiro: Pallas.

Doron, R., & Parot, F. (Eds.). (1998). Psicologia clínica. In *Dicionário de psicologia* (Vol. 1, pp. 144–145). Ática.

Damasceno, M. G., & Zanello, V. M. L. (2018). Saúde mental e racismo contra negros: Produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(3), 450–464.

Damasceno, M. G., & Zanello, V. M. L. (2022). Psicoterapeutas brancos/as e clientes negros/as: Sobre racismo invisível e lacunas nas relações raciais na formação profissional. *Revista da ABPN*, 14(41), 317–342.

Fanon, F. (1952/1986). *Black Skin, White Masks* (C. L. Markmann, Trans.). Grove Press. (Disponível em domínio público como PDF) https://monoskop.org/images/a/a5/Fanon_Frantz_Black_Skin_White_Masks_1986.pdf?utm_source=chatgpt.com

Ecker, D. D. I. (2021). *Pensando a noção de clínica em Psicologia no Brasil: clínica, clínico, terapêutico e terapêutica*. *Conhecimento & Diversidade*, 8(?), –. Recuperado de https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/conhecimento_diversidade/article/view/7184/9648

Fanon, F. (1961). *Os condenados da terra* (J. P. Rodrigues, Trad.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. (Trabalho original publicado em 1961)

Fanon, F. (2008). *Pele negra, máscaras brancas* (R. Silveira, Trad.). Salvador: EDUFBA. (Trabalho original publicado em 1952)

Gonzalez, L. (2020). Por um feminismo afrolatino americano: ensaios, intervenções e diálogos / organização de Flavia Rios, Márcia Lima. – 1^a ed. – Rio de Janeiro: Zahar.

Gouveia, M., & Zanello, V. M. L. (2019). Psychotherapy, race, and racism in the Brazilian context: Experiences and perceptions of Black women. *Psicologia em Estudo*, 24, e42738. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.42738>

Hochschild, A. R. (2012). *The managed heart: Commercialization of human feeling* (3rd ed.). University of California Press.

Hooks, B. (1994). *Teaching to transgress: Education as the practice of freedom*. New York: Routledge.

Hooks, B. (2003). *Ensinando a transgredir: A educação como prática da liberdade*. Martins Fontes.

Hooks, bell. Vivendo de amor. In: Werneck, Jurema; Mendonça, Maisa; White, Evelyn. O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe. Rio de Janeiro: Pallas/Crioula, 2006. p. 188-198.

Jacó-Vilela, A. M., Ferreira, A. A. L., & Portugal, F. T. (Eds.). (2006). *História da psicologia: Rumos e percursos*. Nau Editora.

Kilomba, G. (2019). Memórias da plantação: Episódios de racismo cotidiano (J. Oliveira, Trad.). Rio de Janeiro: Cobogó.

Krenak, A. (2019). Ideias para adiar o fim do mundo. Companhia das Letras.

Kopenawa, D., & Albert, B. (2015). *A queda do céu: Palavras de um xamã Yanomami*. Companhia das Letras.

Longhini, G. D. N. (2021). Da cor da terra: Etnocídio e resistência indígena. *Revista Tecnologia & Cultura, (número especial)*, 65–73.

Maldonado-Torres, N. (2007). On the coloniality of being: Contributions to the development of a concept. *Cultural Studies*, 21(2–3), 240–270.
<https://doi.org/10.1080/09502380601162548>

Mbembe, A. (2018). Necropolítica (R. Silveira, Trad.). São Paulo: n-1 edições. (Trabalho original publicado em 2003)

Meira, J. C., Brasil, E. da S., Silva, G. M. da, Rodrigues, D. M., & Rosário, D. A. do. (2024). *A interseção entre Psicologia Fenomenológica Crítica e Racialidade Amazônica – Revista de Psicopedagogia, Psicologia Escolar e Educação*, 17(2), 386–421.
<https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonica/article/view/15944/9648>

Meira, J. C., & Fernandes, A. K. S. W. (2025). *Saúde indígena no Brasil no século XXI e a Psicologia indígena. Amazônica – Revista de Psicopedagogia, Psicologia Escolar e Educação*, 18(1), 1569–1586.
<https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonica/article/view/17570/10959>

Meira, J. C., & Castro, E. H. B. de. (2023). *O adolescer, a escuta, a fala e o ser-possível de alunos no plantão psicológico. Amazônica – Revista de Psicopedagogia, Psicologia Escolar e Educação*, 16(1), 51–70.
<https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonica/article/view/11488/8294>

Núñez, G. (2017). Descolonização do pensamento psicológico. *Plural*, 2, 7–11.
https://crpsc.org.br/public/images/boletins/crp-sc_plural-agosto%20Geni.pdf

Núñez, G. (2023). Descolonizando afetos: experimentações sobre outras formas de amar. Planeta do Brasil.

Ortega, M. (2016). In-Between: Latina feminist phenomenology, multiplicity, and the self. SUNY Press. <https://doi.org/10.1353/book.47738>

Oyewùmi, O. (2017). La invención de las mujeres: una perspectiva africana sobre los discursos occidentales de género. Bogotá: Editorial en la Frontera.

Ramalho, M. (2008). *Os Yanomami e a morte* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas.
<https://doi.org/10.11606/T.8.2008.tde-04052009-154152>

Ribeiro, D. (2019). Pequeno manual antirracista. São Paulo: Companhia das Letras.

Rocha, N. D. P. N. (2022). Raízes, Marcas e Colonialidade: o padrão de beleza e as mulheres racializadas.

Santos, B. S. (2019). O fim do império cognitivo: A afirmação das epistemologias do Sul. Belo Horizonte: Autêntica.

Silva, L. G. (2021). *Cada rastro de seu toque: A morte para os Yanomami*.

Santos, C. M. (2021). Psicologia, território e resistência: Práticas emancipatórias em contextos de vulnerabilidade. Salvador: EDUFBA.

Santos, F. B. dos, Castelar, M., Machado, V. S., Lisboa, M. S., & Souto, V. S. (2023). Atuação de psicólogas clínicas perante o sofrimento psíquico originado pelo racismo. *Revista Psicologia e Saúde*, 15(1), e1532068.
<https://doi.org/10.20435/pssa.v15i1.2068>

Smolen, J. R., & Araújo, E. M. (2017). Race/skin color and mental health disorders in Brazil: A systematic review of the literature. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(12), 4021–4030.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.19782016>

Souza, N. S. (1983/2019). Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. LeBooks.

Spivak, G. C. (1988). Can the Subaltern Speak? In C. Nelson & L. Grossberg (Eds.), *Marxism and the interpretation of culture* (pp. 271–313). University of Illinois Press.

Tavares, J. S. C. (2021). Expressão do luto na população negra: entre o invisível e o patológico. *Saúde das populações negras na América e África*. Salvador: EDUNEB. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Jeane-Saskya-Tavares/publication/359268358>

Viveiros de Castro, E. (2001). *A propriedade do conceito*. In *Uma notável reviravolta: Antropologia (brasileira) e filosofia (indígena)*. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (ANPOCS). Manuscrito não publicado.



Viveiros de Castro, E. (2006). A floresta de cristal: Notas sobre a ontologia dos espíritos amazônicos. *Cadernos de Campo*, (14–15), 319–338.

Viveiros de Castro, E. (2010). *A morte como ritual* [Vídeo]. Café Filosófico CPFL.
<https://www.youtube.com/watch?v=LW0ojNmrF68>

Submetido: 12/12/2025

Aprovado: 23/12/2025

Publicado: 01/01/2026

Autores

Janderson Costa Meira

Mestrando no Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFPR. Psicólogo pelo Centro Universitário Escola Superior Batista do Amazonas - ESBAM. Gestor de Recursos Humanos pela UNIP – Manaus. Membro do Grupo de Pesquisa em Psicologia Fenomenológico - Existencial (CNPq). Membro do Laboratório de Psicologia Fenomenológico — Existencial (LABFEN/UFAM). Supervisor do Projeto de Extensão Plantão Psicológico em escolas do sistema público de ensino em Manaus. Ex-Diretor acadêmico da Liga Acadêmica de Psicologia Fenomenológico-Existencial –LAPFE (FAPSI/UFAM). E-mail: jandersonmeiraa@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9145-6465>

Vitória Maria Bassi Marques

Psicóloga pela Universidade Tuiuti do Paraná. Pós-graduada em Psicologia Humanista: Abordagem Centrada na Pessoa pela Faculdade Facuminas. Pós-graduanda em Comportamento Suicida, Autolesão e Luto pelo Centro Educacional Novas Abordagens em Saúde Mental (CENAT). Ex-presidenta do Coletivo Eminência Negra, movimento negro formado dentro da Universidade Tuiuti do Paraná. E-mail: psi.vitoriabassi@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-6761-8910>